

פרקים ברפואה פליאטיבית

פרופ' פסח שוורצמן

היחידה לשיכון כאב וטיפול פליאטיבי, הפקולטה למדעי הבריאות,
אוניברסיטת בן גוריון בנגב

רשימת כותבים

עו"ס מתיה בר טל
ד"ר שרגית גרינברג
ד"ר יהורם זינגר
ד"ר אורן טמיר
ד"ר ששון מנחם
ד"ר ולנטינה סמיונוב
ד"ר אלון קרני
פרופ' פסח שוורצמן

עריכה

הראלה א הלוי

עזרה טכנית

מירי פליישר

מרץ 2015.

אין לצטט , להעתיק בכל מדיה אלקטרונית בחומר המופיע בספר ללא קבלת אישור מהעורך.

תוכן עניינים

5	הקדמה
6	הנחיות רפואיות מקדימות
10	מסירת בשורות רעות
15	איזון תסמינים - גישה כללית
17	כאב
42	היצרות תעלת השדרה
44	דיספניאה (קשיי נשימה)
48	שיעול
53	שיהוקים
57	בחילה והקאה
63	עצירות
72	שלשול
77	ריור
82	חסימת מעיים על רקע ממאירויות
87	מיימת
93	הליטודיס (באשת פה)
97	גרד
101	הזעת יתר וגלי חום
105	היפרקלצמיה
109	פרכוס
113	דליריום
119	תשישות
125	חרדה

129	דיכאון
132	הפרעות בשינה
136	דימום
142	אצירת שתן חריפה
144	השעות האחרונות
147	חרחורי גסיסה
149	נפיחות גפיים
152	עירוי תת-עורי
155	סדציה פליאטיבית

נספחים

161	1. פרוטוקול מס' 1 למתן לידוקאין בעירוי ווריד
164	2. שיטה להערכת בלבול
169	3. סולם להערכת דליריום
	Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
175	4. חוזר המנהל הכללי בדבר הפעלת שירות פליאטיבי בקהילה, בבי"ח כללי ובמוסד סיעודי 30/09
180	5. הנחיות לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתו של חולה
190	6. בקשה למתן תיעוד ממרשם האוכלוסין
192	7. הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנטל למות
203	8. טופס הפנית חולה לטיפול בהוספיס בית
206	9. רשימות לשימוש בקנבים
215	10. קווים מנחים לסדציה פליאטיבית בבית החולה (בקהילה)
219	11. חברות לקבורה אזרחית חלופית

הקדמה

טיפול פליאטיבי הינו גישת טיפול בחולים עם מחלה חשוכת מרפא. מטרתו העיקרית של הטיפול הפליאטיבי היא לשפר עד כמה שניתן את איכות החיים של החולה באמצעות שליטה בכאב, ובתסמינים גופניים אחרים, תוך מתן מענה לצרכים נפשיים, חברתיים, פסיכולוגיים ורוחניים של החולה ובני משפחתו.

הטיפול הפליאטיבי נועד לחולים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת, כגון סרטן בשלב הטיפולי האקטיבי או בשלב מתקדם, מחלת ניוון שרירים, חולים הסובלים מאי ספיקת לב, כבד, כליה או ריאות שאינם מיועדים להשתלה, חולים המטופלים בדיאליזה, ילדים בעלי מומים מולדים קשים, וחולי שיטיון (דמנציה). ניתן ליישם את הטיפול הפליאטיבי כבר בשלבים מוקדמים של המחלה, בשילוב עם טיפולים רפואיים קורטיביים, הניתנים כחלק מהמאמצים לרפא את המחלה, ובמקביל לטיפולים העשויים לשנות את מהלך המחלה. את הטיפול הפליאטיבי ההתחלתי יכול להעניק הצוות המטפל הראשוני (רופא משפחה, רופא ילדים, אונקולוג, ניירולוג, פולמונולוג, נפרולוג, גריאטר וכדומה).

במדינות רבות כגון אנגליה, קנדה ואוסטרליה, ובארצות הברית, קיימת התמחות מוכרת ברפואה פליאטיבית. ב-2009 הכיר משרד הבריאות בישראל בסיעוד הפליאטיבי. באותה שנה יצא חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 30/09 (ראה נספח 1) אשר קבע שלכל אזרח במדינת ישראל תהיה גנישות לשירות פליאטיבי בבית, בבתי חולים כלליים, בבתי חולים גריאטרים או בבתי אבות. בדומה לארצות הברית, חולים הזכאים לשירותים הפליאטיביים בישראל הם אלה עם תוחלת חיים משוערת של חצי שנה. ב-2012 אישר משרד הבריאות את הרפואה הפליאטיבית כתחום התמחות.

ספר זה מיועד לכל צוות רפואי המעניק טיפול פליאטיבי. מטרתו לשמש כמקור מידע מעשי וזמין בכל הנוגע לאיזון תסמינים שכיחים אצל חולה הסובל ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת, ולספק מידע לגבי הנחיות רפואיות הנוגעות לטיפול הפליאטיבי.

הנחיות רפואיות מקדימות

בדצמבר 2005 התקבל בכנסת "חוק החולה הנוטה למות". חוק זה מגדיר את זכותו של אדם כשיר, או מיופה כוח מטעמו, לתת מראש הנחיות רפואיות מקדימות לגבי טיפול רפואי עתידי בו, אם ייקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות ולא יהיה כשיר לתת הנחיות רפואיות באותה עת.

חולה נוטה למות הוא חולה הסובל ממחלה חשוכת מרפא, שתוחלת החיים הצפויה, גם אם יקבל טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים. זכותו של חולה להסכים או לסרב לקבל טיפול רפואי נקבעה כבר ב"חוק זכויות החולה" בשנת תשנ"ו-1996. "חוק החולה הנוטה למות" מרחיב את החוק הקודם בכך שהוא מקנה לחולה כשיר (אדם בהכרה מלאה, צלול, שלא הוכרז פסול דין, המסוגל להביע את רצונו באופן חופשי) את הזכות לקבוע מראש את היקף הטיפול הרפואי שיינתן לו בעתיד, במידה שייקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות.

החוק קובע כי אדם רשאי להביע את רצונו, מראש, לגבי הפעולות הרפואיות שיש לנקוט, או שמהן יש להימנע, אם יגיע למצב שבו אינו כשיר לתת הנחיות רפואיות בשל מצב של חוסר הכרה, היעדר יכולת שיפוט וכדומה. הנחיות אלה ניתנות באמצעות טופס הנחיות רפואיות מקדימות (נספח 2 ו-3). קבלת החלטות בעניין זה תיעשה אך ורק מתוך רצון חופשי של המטופל, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר. רצונו של המטופל יכול להיות מוכח בדרכים שונות, והטובה שבהן היא הוראות מפורשות שכתב בעצמו.

מטרת "חוק החולה הנוטה למות" היא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, תוך איזון בין ערך קדושת החיים לבין הכרה ברצונו האוטונומי של החולה. לצד ערכים אלה יש לייחס חשיבות לא רק לקיום חייו, כי אם גם לאיכות חייו. **הנחיות רפואיות מקדימות עשויות להקל על המטופל ובני משפחתו, וכן על הצוות הרפואי, בתהליך קבלת ההחלטות בסוף חיי החולה, ולסייע בפתרון דילמות גורליות.**

מחויבות הצוות המטפל להנחיות המקדימות

על אף קיומו של טופס המפרט את רצונו של המטופל לגבי הטיפול הרפואי בו, החוק אינו מתיר חופש פעולה מוחלט. לרוב, יכובד רצונו של חולה הנטה למות, פרט למקרים הבאים:

← אסור לעשות כל פעולה המכוונת להמית את המטופל, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, תהיה גרימת מותו.

← אסור לסייע לאדם להתאבד.

← אסור להפסיק טיפול רפואי רציף שהפסקתו עלולה להביא למותו של המטופל (מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף שנפסק שלא במכוון ושלא בניגוד לחוק, וכן מותר לא לחדש טיפול רפואי מחזורי כגון דיאליזה, טיפול כימותרפי או מתן אנטיביוטיקה).

← אסור להימנע מלתת לחולה נטה למות, שאינו כשיר, מזון ונוזלים, טיפול פליאטיבי וטיפול נלווה (גם אם במפורש ביקש זאת, למעט במקרה של חולה סופני, כלומר בשבועיים האחרונים לחייו).

יש לציין שמאז קבלת החוק מעטים חתמו על טופס הנחיות רפואיות מקדימות. הסיבות לכך הן רבות, וכוללות בין היתר פחות מדי פרסום של החוק בקרב הציבור, חוסר מודעות לקיומו של החוק בקרב צוותים רפואיים והעובדה שתהליך הרישום, וטופס ההנחיות המקדימות עצמו, הינו מורכב, ארוך ומסורבל.

על אף מורכבות התהליך, חיוני להציע לכל חולה המטופל במסגרת פליאטיבית לחתום על הנחיות מקדימות. כמו כן, חשוב והכרחי להגביר את המודעות, הידע וההכשרה של צוותים רפואיים בנושא זה (בעיקר אונקולוגים, נוירולוגים, גריאטרים ורופאי משפחה).

נקודות חשובות לגבי טופס הנחיות רפואיות מקדימות:

אדם זכאי למלא ולחתום על שני טפסים:

א. טופס הנחיות רפואיות מקדימות – מאפשר לאדם לפרט את הנחיותיו לגבי טיפול עתידי
 בו – הטופס כולל אפשרות להוראות לגבי הימנעות מטיפול מאריך חיים או הוראות הנוגעות לקבלת טיפולים רפואיים חריגים, גם בניגוד להמלצתו המקצועית של הרופא.

ב. טופס למינוי מיופה כוח – מאפשר לאדם לתת ייפוי כוח לאדם אחר שיהיה מוסמך להחליט בבוא העת על הטיפול שיינתן למטופל.

אדם רשאי למלא ולחתום על טופס אחד או על שניהם, כלומר, ניתן לשלב מתן הנחיות רפואיות מקדימות עם מינוי מיופה כוח. במקרה כזה, מומלץ לכלול הוראה מפורשת למקרה שיש ניגוד בין הוראה מקדימה להוראתו של מיופה הכוח.

כל אדם הממלא טופס הנחיות מקדימות או טופס ייפוי כוח חייב לקבל מרופא או מאחות מוסמכת הסבר ומידע רפואי הדרושים לו על מנת להבין את משמעות ההנחיות שהוא נותן בטופס עליו הוא חותם. אדם שבזמן כתיבת ההנחיות כבר מוגדר כ"חולה הנוטה למות" חייב לקבל הסברים ומידע רפואי רק מרופא מומחה.

משרד הבריאות הקים את המרכז להנחיות רפואיות מקדימות בו ניתן למסור טפסי הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח. מאגר זה מקל על איתור הטפסים שנחתמו על ידי תושבי מדינת ישראל.³

מי רשאי למלא את הטפסים?

- ← כל אדם בריא מעל גיל 17 שהינו כשיר, כלומר הוא בהכרה מלאה, צלול, שאינו פסול דין, הנותן את ההנחיות מרצונו החופשי.
- ← נותן ההנחיות יכול להיות כל אדם: בריא, חולה או מי שכבר נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות.

מי חותם על הטופס לאישור תקפותו?

1. נותן ההנחיות (המטופל או מיופה הכוח).
2. רופא/אחות מוסמכת שמסרו את ההסברים לנותן ההנחיות.
3. שני עדים. על העדים להיות נוכחים **יחד** במעמד החתימה. עד אינו יכול להיות אדם שיש לו אינטרס כלכלי או אחר בנותן ההנחיות, ואינו יכול להיות מיופה הכוח. רופא או אחות מוסמכת שנתנו את ההסברים יכולים לשמש כעדים.

מה תוקף ההנחיות המקדימות ויפוי הכוח?

תוקף הנחיות מקדימות ויפוי כוח הוא עד חמש שנים. ניתן להאריך או לבטלם בכל עת באמצעות הטפסים המתאימים.

להנחיות מפורטות כיצד למלא את טופס הנחיות רפואיות מקדימות:
http://www.health.gov.il/Download/pages/doa_how122009.pdf

מידע נוסף על הנחיות מקדימות ניתן למצוא באתר משרד הבריאות: www.health.gov.il

[http://www.health.gov.il/Services/Citizen_Services/DyingPatientLaw/
Pages/DyingPatientRequest.aspx](http://www.health.gov.il/Services/Citizen_Services/DyingPatientLaw/Pages/DyingPatientRequest.aspx)

מסירת בשורות רעות

בשורה רעה מתייחסת לכל מידע המשפיע על ראיית עתידו של המטופל – אבחון מחלה קשה, פרוגנוזה גרועה או מוות מתקרב. מסירת בשורות רעות הינה אחת מהמשימות הקשות בתחומי אחריותו של הצוות הרפואי המטפל. המיומנות לבשר בשורות רעות בצורה אמפטית ותומכת מהווה חלק ממתן טיפול פליאטיבי איכותי.

מתן בשורה רעה הוא משימה מורכבת וקשה, הן לצוות הרפואי והן למטופל. בשורה רעה עלולה לגרום למטופל ולבני משפחתו חוסר תקווה ולתחושה של איום על קיומו הגופני או הנפשי. למרות זאת, מחקרים מצביעים על כך שבחברה המערבית מרבית החולים רוצים לדעת את האמת הקשורה לאבחון המחלה והפרוגנוזה.

לאופן שבו מעבירים את המידע הקשה יש השלכות קריטיות על התנהגותו והתייחסותו הנוכחית והעתידית של המטופל למצבו ולטיפול שהוא מקבל. סקירה של מחקרים שבדקו מהן העדפות החולה בעת מסירת בשורה רעה, מצאה שמטופלים רוצים:

- ← שהמידע יימסר להם במקום פרטי ושקט, בקצב שלהם וללא מינוח מקצועי מסובך.
- ← שהמידע יימסר תוך מתן תקווה כלשהיא.
- ← שיינתן מספיק זמן לדיון.
- ← שהשיחה תהיה בנוכחות אדם תומך.
- ← שהרופא יהיה כן, מתחשב ובעל ידע.

תפקיד הצוות הרפואי במסירת בשורות רעות

במחקר שסקר את המחקרים שפורסמו בספרות הרפואית על אמירת אמת ודיון בפרוגנוזה במחלות סופניות, נמצא, שבניגוד לטענת הרופאים, שלדעתם החולה והמטופלים העיקריים בהם צריכים לקבל מידע אמיתי על הפרוגנוזה, מטופלים רבים נמנעים מלדון בנושא או שאינם מוסרים מידע לחולה. הסיבות כוללות חוסר אמון, מתח, חוסר זמן להתמודד עם הצרכים הרגשיים של החולה, פחד מהשפעה שלילית על החולה, חוסר ודאות לגבי הפרוגנוזה, בקשה של בני משפחה להסתיר את המידע מהחולה ותחושה של חוסר תקווה ביחס להיעדר אפשרות ריפוי החולה.

על אף שמתן בשורה רעה אינו מצב קל למרבית האנשים, ניתן לשפר את המיומנות בהעברת המסרים ובתקשורת עם המטופלים. ההמלצות לגבי אופן מתן בשורות רעות מתבססות על דעות מומחים וחוקרים בנושא.

בספרות קיימות שיטות שונות שמטרתן להקל על תהליך מסירת הבשורות הרעות, ביניהן מודל SPIKES ומודל ABCDE. למודלים אלה מספר עקרונות משותפים שעשויים לסייע בעת השיחה וראוי ליישם בעת מסירת הבשורה הרעה.

מודל ה-SPIKES של Beilie and Buckman

פרוטוקול מעשי ופשוט הכולל שישה שלבים. מטרת המודל לאפשר לרופא למלא אחר ארבע המטרות החשובות ביותר בפגישה בה הוא מוסר בשורה רעה: איסוף מידע מהמטופל, העברת מידע רפואי, תמיכה במטופל, וניסיון לעודד את המטופל לשתף פעולה בפיתוח אסטרטגיית הטיפול בעתיד.

S-Setting up the interview

P-Patient Perception

I-Patient's Invitation

K-Giving Knowledge

E-Addressing the Patient's Emotions

S-Strategy and Summary

מודל ABCDE של Rabow and McPhee

מודל שפותח מתוך מטרה לספק המלצות כלליות כיצד לנהל את השיחה עם המטופל.

A-Advance preparation

B-Build a therapeutic environment/relationship

C-Communicate well

D-Deal with patient and family reactions

E-Encourage and validate emotions

על פי מודלים אלה, יש לשים לב במיוחד לשלבים הבאים:

הכנת המטופל לשיחה

1. בחר מקום שקט ללא הפרעות, שיאפשר לקיים את השיחה תוך שמירה על פרטיות המטופל ובני משפחתו.
2. במהלך הפגישה שב קרוב לחולה. הישיבה מרגיעה את המטופל ונותנת לו הרגשה שהרופא אינו ממנה.
3. שמור על קשר עין עם המטופל. שמירה על קשר עין יכולה להיות קשה במצב זה, אך זוהי דרך טובה לשדר אמפטיה.
4. היה מודע וקשוב לתקשורת המילולית והגופנית של המטופל במהלך השיחה.
5. בתחילת הפגישה ברר מה המטופל יודע על מחלתו. מומלץ לבקש מהמטופל לספר על מחלתו עד כה. לדוגמה: "מה אתה יודע על מצבך הרפואי עד עכשיו?", "האם אתה יודע מהן הסיבות ששלחנו אותך לסקירת MRI?"
6. בעוד מטופלים רבים רוצים לדעת על האבחון, מהי הפרוגנוזה ופרטים על מחלתם, ישנם כאלה שיעדיפו לא לדעת. בתחילת הפגישה ברר מהן ציפיות המטופל והאם הוא רוצה לדעת יותר.

כיצד לבשר את הבשורה הרעה

1. ניתן להתחיל את התהליך בשיחה ניטרלית אך להיזהר לא לסטות ממטרת הפגישה.
2. הכנת המטופל לקראת הידיעה יכולה להפחית את ההלם. תוכל לפתוח את השיחה במילים כמו "אני חושש שיש לי בשורות לא טובות".

3. שלב מסירת עובדות רפואיות על ידי הרופא המטפל עשוי להיות פשוט יותר אם במקום מושגים רפואיים ייעשה שימוש במילים המובנות למטופל (למשל "דגימה של רקמה" במקום "ביופסיה"). הימנע מבטוות מוגזמות בהסברת המצב ("יש לך סרטן וללא טיפול אתה עשוי למות", "אין עוד טיפולים שנוכל לנסות"), והעדף הסבר עדין יותר.
4. הימנע מהעברת המסר בצורה מהירה, ונסה להעביר את המידע בשלבים. שימוש בטכניקות של עצירה בין משפטים הינו יעיל ועשוי לאפשר למטופל זמן לחשוב ולהגיב על הדברים.
5. מומלץ לאפשר לחולה להשתתף בצורה פתוחה בשיחה כדי להגביר את תחושת השליטה שלו על התהליך.
6. בתום השיחה הרשה למטופל לחזור על הדברים. באופן זה תוכל לוודא שהמטופל הבין את המסר ומה משמעות הדברים למטופל ולמשפחתו.

הקדשת זמן להבעת רגשות המטופל ולתגובה לרגשות אלה

ההתמודדות עם רגשות המטופל בעקבות החדשות הרעות היא החלק הקשה ביותר בשיחה. המטופל עשוי לחוות רגשות קשים כמו הכחשה, שתיקה מתדהמה, כעס, אשמה, ניכור, חרדה, התמקחות ודיכאון. יש לאפשר לו להביע, ולהגיב אליהן בצורה אמפטית כמו "אני מבין אותך, זה באמת קשה" או "אהיה לצידיך בהמשך ואעזור לך כמיטב יכולתי". יש לאפשר למטופל להביע את כעסו ללא התמקחות או העברת ביקורת.

סיום הפגישה

1. לקראת סיום הפגישה הצג את תוכניות הטיפול האפשריות. **יש לתאם ברור נוסף או יעוץ עוד לפני המיפגש** וכך לתת אפשרות של תקווה מציאותית למרות המצב הקשה.
2. יש לבסס חוזה טיפולי לעתיד של המשך מעקב אחר המטופל.
3. רצוי לתכנן פגישות נוספות.

מקורות:

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. Spikes-A six step protocol for delivering bad news: Applicaiton to the patient with cancer. Oncologist, 2000; 5(4): 302-11.
2. Vandekeft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician, 2001; 64(12): 1975-79.

איזון תסמינים - גישה כללית

חולים פליאטיביים סובלים לעיתים ממספר תסמינים. תסמינים, בעיקר: כאב, עצירות, בחילה, הקאה, עייפות/תשישות, דיכאון, חרדה, נימנום והפרעות בשינה. איזון מיטבי של התסמינים השונים מחייב התיחסות למכלול התסמינים מהם סובל החולה. לדוגמה: לא ניתן יהיה להביא לשינה איכותית מבלי לטפל בכאב או בעצירות, ולא ניתן יהיה להביא לאיזון כאב מיטבי מבלי להתייחס לדיכאון או לחרדה.

הגישה הכללית לאיזון תסמינים מחייבת תכנון מראש (Advanced Planning) והגדרת מטרות טיפוליות ברות השגה. מטרות אלה יוגדרו על ידי הצוות הרפואי ביחד עם החולה ובני משפחתו. לדוגמה: בתהליך איזון כאב ניתן להגדיר תחילה כי המטרה הטיפולית תהיה השגת שינה טובה בלילה או בעת שכיבה במיטה. בהמשך ניתן לשקול מטרות טיפול נוספות, כגון ישיבה או הליכה ללא כאב או עם כאב נסבל. בכל יום ניתן להגדיר מטרות טיפוליות עדכניות בהתאם למצב החולה, התגובה לטיפולים שניתנו, והעדפות החולה ובני משפחתו.

יש לבצע בירור ואבחנה ספציפית לגבי מקור הכאב, תוחלת חייו של החולה, זמן התגובה הצפוי לטיפול ותופעות לוואי אפשריות לטיפול, ולנסות לזהות מצבים שעשויים להיות הפיכים. בירור ואבחון אטיולוגיה בשלב ההתחלתי יאפשרו לאבחן מצבים שבהם החולה עשוי ליהנות מהטיפול.

תמיד יש לנסות להבין את האטיולוגיה של התסמינים מכיוון שלעיתים קרובות לתסמין עם אטיולוגיה מסוימת קיימות גישות טיפוליות ספציפיות. לדוגמה: לכאב גב הנובע מגרורה בחוליה ניתן לרשום סטרואידים או לחילופין להקרין את הנגע הספציפי. לחולה הסובל מהקאות על רקע גרורה במוח ולחץ תוך גולגולתי מוגבר ניתן לתת טיפול בדקסמטזון ולא רק טיפול אנטיאמטי.

לא תמיד יש צורך לבצע בירור מקיף, וחשוב לשקול האם הבדיקה שאנו מבצעים אכן תשנה את הגישה שלנו. לדוגמה: אם תוצאת הבדיקה (חיובית או שלילית) לא תשנה את הגישה שלנו לטיפול, אין לבצע את הבדיקה. לעיתים עדיף מתן טיפול אמפירי מבלי לבצע בירור מקיף, ולכלכל את הצעדים הבאים בהתאם לתגובת החולה.

לסיכום:

- ← בצע הערכת פרוגנוזה.
- ← ברר מהן העדפותיו של החולה ובני משפחתו.
- ← הערך את המצב הנפשי, החברתי, והרגשי של החולה ושל בני משפחתו.
- ← הערך את תוחלת החיים הצפויה של החולה.
- ← בדוק האם קיימות סיבות הפיכות וטפל בהן.
- ← בהתאם לנ"ל, ועל מנת שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה, בחר חלופות פולשניות באופן מינימלי לשם אבחון וטיפול.
- ← שקול האם תוצאות בדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, ועד כמה עצם ביצוע בדיקה יקשה על החולה ומשפחתו.

טיפול פליאטיבי אינו טיפול תומך פסיבי, כי אם טיפול נמרץ שנועד לאזן תסמינים ולהקל על הסבל והמצוקה של החולה ושל בני המשפחה.

כאב

כאב הינו חוויה תחושתית ורגשית סובייקטיבית, הנגרם על רקע פגיעה פיזית ברקמות או פגיעה הנתפסת ככזו על ידי המוח. כאב שאינו מטופל עלול לגרום לחוסר שינה, לעצבות או לדיכאון, לחרדה, לחוסר יכולת לתפקד או לעבוד, להתבודדות חברתית ולעיתים אף לקשיים בביצוע פעילות יומיומית פשוטה, כגון הליכה ושיבה ממושכת.

סוגי כאב

כאב נוסיספטיבי

כאב הנובע מפגיעה בעצמות או ברקמה אחרת בגוף, כגון פלאורה, עור או דופן מעי, הגורמת להפעלת החיישנים השונים לכאב. בכאב נוסיספטיבי מערכת העצבים הפריפריית ומערכת העצבים המרכזית תקינות.

כאב נירופטי (עצבי)

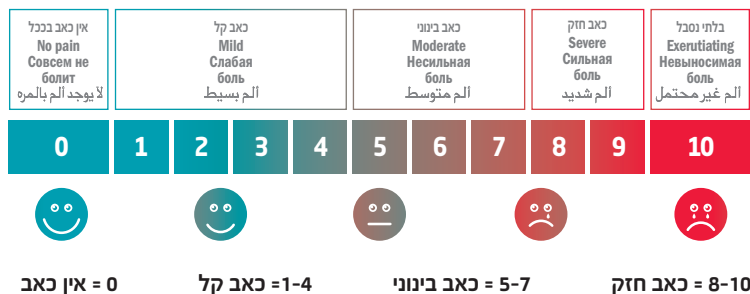
כאב הנובע מנזק שנגרם למערכת העצבים הפריפריית או למערכת העצבים המרכזית (המערכת הסומטו-סנסורית). בין הגורמים לכאב עצבי ניתן למנות חבלה, רקמת גידול הלוחצת על עצב, על מקלעת עצבים, או על שורש חוט השדרה, כאב הנגרם כתוצאה מהפרשת חומרים שונים על-ידי גידול או זיהום, או כתוצאה מהטיפול בגידול כגון תרופות כימותרפיות, קרינה או ניתוח.

על פי רוב, הכאב ממוקם היטב ומצוי באזור הנזק לעצב או מוקרן לדרמטום. הכאב יכול להיות חד עם התפרצויות התקפיות. אופי הכאב העצבי מתואר בדרך כלל כתחושה המדמה זרם חשמלי, שריפה, צריבה, נימול או דקירה. לעיתים נלווים לכאב ליקוי תחושת (היפראסטיה או היפואסטיה), איבוד רפלקסים או שינויים מוטוריים.

עוצמת כאב

נהוג לבקש מהמטופל להעריך את עוצמת הכאב ממנו הוא סובל באמצעות "סרגל אומדן" מ-0 עד 10, כאשר 0 הוא מצב בו אין כאב בכלל, ואילו 10 מצביע על כאב מקסימלי, בלתי נסבל. על אף שמדובר בסרגל סובייקטיבי, הוא עבר תיקוף במספר רב של עבודות ונחשב ככלי הטוב ביותר העומד לרשותנו למדידת עוצמת הכאב.

דוגמה לסרגל כאב:



מאפייני כאב

בנוסף לעוצמת הכאב, יש לערוך עם המטופל ראיון מקיף אשר יכלול את ההיבטים הבאים:

- ← **מיקום והקרנה** – היכן כואב? לאן הכאב מקרין?
- ← **זמן** – מתי החל הכאב? האם הוא בא וחולף, או שהוא קבוע? כמה זמן נמשך כל התקף? באיזו תדירות?
- ← **איכות** – תיאור הכאב במילים על ידי החולה, למשל: שורף, עמום, דוקר, הרגשת כובד, לחץ, סחיטה, נימול, דקירות.
- ← **גורמים מחמירים** – אילו גורמים מחמירים את הכאב, למשל: תנוחה, תנועה, ארוחה, בליעה, זמן, שינויי מצב-רוח.
- ← **גורמים מקלים** – אילו גורמים מקלים את הכאב?
- ← **השפעת הכאב** – מהי השפעת הכאב על פעילות ואיכות חיים?

← **טיפול קודם בכאב** – אילו טיפולים או תרופות ניתנו בעבר? באילו מינונים ומה היו דרכי המתן? האם עזרו? האם היו תופעות לוואי? האם היה מינון קבוע או שהחולה נטל אותן לפי הצורך? כמה זמן נמשך הטיפול?

עקרונות הטיפול בכאב

1. השארת השליטה בידי המטופל

כאב עלול לגרום למטופל לתחושת חוסר אונים ולאובדן שליטה, ולכן בכל תוכנית טיפולית יש להחזיר את תחושת השליטה למטופל. הדבר נעשה על-ידי שיתוף המטופל ובני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות ובבחירת השיטה הטיפולית, כך שתופחת התלות בצוות הרפואי המטפל. יש להעדיף תרופות במתן דרך הפה או דרך העור/ריריות.

2. תיאום ציפיות

יש לספק למטופל מידע על מגוון שיטות הטיפול האפשריות. חשוב להדגיש בפניו את האפשרות לשילוב מספר שיטות במקביל וכי יהיה צורך בטיפול מתמשך, בדומה לטיפול במחלות כרוניות אחרות.

3. בחירת שיטת הטיפול המתאימה

מתוך מגוון השיטות האפשריות, יש לבחור ביחד עם המטופל את השיטה המתאימה למצבו ולסביבה הטיפולית בה הוא נתון. אין שיטת טיפול אחת שמתאימה לכל המטופלים. יש להתאים לכל מטופל את סוג ואופן הטיפול המתאימים לו ביותר על פי צרכיו האישיים.

4. שילוב בין שיטות טיפול

ניתן, ואף מומלץ, להשתמש במקביל במספר שיטות טיפול או לשלב בין הטיפולים.

5. הערכה מחדש והתאמת הטיפול בהתאם

הכאב אצל המטופל הפליאטיבי הנו דינמי ולכן, על מנת לוודא איזון מיטבי, יש לבצע למטופל הערכה תקופתית.

אין להשתמש באינבו (Placebo) כשיטה לטיפול בכאב

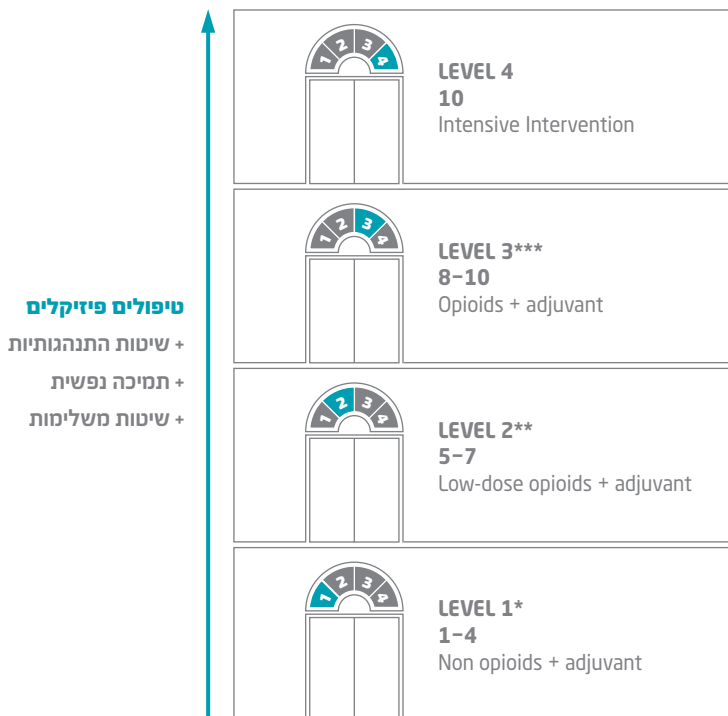
טיפול תרופתי

בחירת סוג הטיפול לשיכוך כאב

תרופות הן אמצעי הטיפול הנפוץ, היעיל והזמין ביותר לשימוש. התרופות המצויות בשימוש הינן תרופות אופיואידיות, תרופות לא אופיואידיות ותרופות נלוות (כגון סטרואידים, נוגדי דיכאון, נוגדי פרכוס).

עוצמת התרופות לשיכוך כאבים נקבעת בהתאם לעוצמת הכאב שמדווח המטופל על גבי "מעלית הכאב".

מעלית הכאב



עיקרון מעלית הכאב:

- ← התאם את משככי כאב לעוצמת הכאב עליה מדווח המטופל **כרגע**.
- ← כאשר המטופל מדווח על עוצמת כאב חזקה יש לתת לו אופיואידים חזקים, גם אם לא קיבל לפני לכן משככי כאב חלשים יותר.
- ← יש לשקול תמיד שילוב של תרופות אופיואידיות לשיכוך כאב עם תרופות שאינן אופיואידיות ו/או תרופות נלוות, על מנת לאפשר שיכוך כאב מרבי ולהקטין את האפשרות לתופעות לוואי.

בחירת דרך מתן התרופות

יש לבחור את הדרך הפשוטה ביותר למתן התרופות כך שתתאפשר שליטה מרבית בניהול הטיפול בכאב על ידי המטופל ובני משפחתו. לפיכך, יש להעדיף מתן תרופה דרך הפה (בבליעה), תרופה דרך הירריות, או במתן טרנסדרמאלי – באמצעות מדבקות לספיגה דרך העור.

← מקרים בהם המטופל אינו יכול ליטול את התרופות דרך הפה (חסימה, הקאות, הפרעה בהכרה), יש לשקול מתן תרופות בספיגה עורית (מדבקות), דרך ריריות האף או במתן רקטאלי.

← במקרים בהם לא ניתן לתת את התרופות דרך העור, דרך הירריות או באופן רקטאלי, יש לשקול מתן תרופה באופן פראנטרלי (תוך-ורידי, תת-עורי).

במקרים יוצאי דופן, יש לשקול גם מתן תרופות בדרך אפידורלית או ישירות לנוזל חוט השדרה.

יש להימנע ממתן תרופה לתוך השריר

מתן תרופות מסביב לשעון, בפרקי זמן קבועים

יש לאפשר למטופל שיכוך כאב רציף במשך כל שעות היום והלילה. לפיכך, יש לתת את התרופות בפרקי זמן מתאימים. יש להעדיף מתן תרופות ארוכות טווח, בהתאם לתכונות הפרמקולוגיות של התרופה.

טיפול בכאב מתפרץ באמצעות תרופות הצלה (rescue medication)

אירועי כאב מתפרץ הינם החמרות זמניות בכאב על רקע כאב מתמשך מאוזן – הם עלולים להופיע ספונטנית מספר פעמים ביום. לעיתים, אירועים אלו קשורים לפעילות ספציפית, כגון לאחר רחצה או עליה במדרגות. לטיפול סביב השעון יש להוסיף תרופות הצלה (בתכשירים קצרי טווח) כדי להקל על ההחמרות הזמניות בכאב מתפרץ.

אופיאודים – מינון התחלתי וכיצד להגיע למינון המתאים

לפני התחלת הטיפול, יש לתת הסבר אודות הטיפול ולהדגיש כי קיימת שכיחות נמוכה של התמכרויות וסבילות לטיפול. כמו כן, יש להזהיר את המטופל שלא להפסיק בפתאומיות את התרופה – הפסקת הטיפול חייבת להיעשות אך ורק בתיאום עם הרופא.

- ← התחל טיפול קבוע באופיאוד ארוך טווח במינון הקטן ביותר האפשרי.
- ← אם החולה או משפחתו חוששים מתופעות לוואי, או אם היו תופעות לוואי בעבר, יש להתחיל במתן אופיאוד קצר טווח (אק"ט) במינון הקטן ביותר האפשרי, כל ארבע שעות, ובנוסף, לתת תרופת הצלה לפי הצורך (עד כל שעה) בנוסף למינון הקבוע.
- ← עם תחילת הטיפול יש להתעדכן לפחות פעם ביום בנוגע למצב המטופל.
- ← למחרת תחילת הטיפול יש לסכם מה היתה המנה היומית של האופיאוד קצר הטווח בעשרים וארבע שעות, ולהמיר אותה בצורת אופיאוד ארוך טווח (אא"ט). יש להמליץ על מנת הצלה של אופיאוד קצר טווח לפי הצורך (בדרך כלל 10-20% מהמנה היומית).
- ← יש להדריך את המטופל ליטול מנת הצלה של אופיאוד קצר טווח במקרים בהם הכאב מתגבר, או אם מופיע התקף כאב. מטופל הזקוק ליותר משלוש מנות הצלה ביום, אינו מאוזן וחייב לדווח על כך לרופא המטפל. במקרה זה יש לחזור ולסכם את המנה היומית של האופיאוד ארוך טווח. כמו כן, יש לסכם את סך התוספות (מנת הצלה) של האופיאוד הקצר טווח להן נזקק המטופל, ולמחרת להמיר את המנה זו באופיאוד ארוך טווח.

← כאשר יש צורך במנת הצלה, מומלץ (אך לא הכרחי) לשאוף למתן אופיואיד קצר טווח מאותו הסוג של האופיואיד ארוך הטווח שניתן למטופל, למעט מדבקות פנטניל המחייבות מתן אופיואיד קצר טווח מקבוצה אחרת ומתדון שאינו קיים כאופיואיד קצר טווח.

← יש להמשיך ולהתאים את המינון כמצוין לעיל.

← במקרים בהם אין תגובה, יש להגדיל את המנה היומית ב-30% עד 50%.

← אם המטופל נוטל באופן קבוע רק אופיואיד קצר טווח, כל ארבע שעות, ניתן להכפיל (פי 2) את המנה שהמטופל נוטל לפני השינה, על מנת לחסוך ממנו את הצורך להתעורר כדי ליטול את מנת הלילה.

← אם המטופל אינו מסוגל לבלוע, יש לתת אופיואיד באחד מהאופנים הבאים:

- מתן טרנסדרמאלי – דרך העור
- מתן רקטאלי (במינון הזהה למנה הפומית)
- מתן תת-עורי (שליש מהמנה הפומית) – בדרך כלל על-ידי שימוש במשאבה
- מתן תוך-וריד (שליש מהמנה הפומית) – בדרך כלל על-ידי שימוש במשאבה
- מתן אפידורלי (ספינלי).

← כאשר אין תגובה לאופיואיד, ובמקרים בהם לאחר העלאות מינון חוזרות או מתפתחות תופעות לוואי:

- יש לשקול החלפה לאופיואיד אחר - Opioid Rotation.
- יש להעריך האם מקור הכאב עצי.
- יש לשקול הוספת תרופה נלווית.
- יש להעריך האם מדובר בהתפתחות נדירה של סבילות (Tolerance).
- יש להעריך גורמים סביבתיים, נפשיים ומשפחתיים.
- יש לשקול שימוש בשיטות פולשניות.

← אין טעם להשתמש בתערובת של שני אופיואידים חזקים או של שני אופיואידים חלשים.

← יש להקפיד על רישום תקין של המרשם. (נספח 4)

התרופות הזמינות בארץ

תרופות שאינן אופיואידיות

קבוצת תרופות זו משמשת לטיפול בדרגת כאב קלה עד בינונית. מגוון התרופות גדול, והוא כולל בין היתר:

← Paracetamol (פארצטמול)

תרופה לשיכוך כאב והורדת חום, ללא תכונות נוגדות דלקת. התרופה אינה משפיעה על רירית הקיבה ואינה משפיעה על אגרזיית טסיות. לפארצטמול כושר ספיגה טוב ומהיר מהמעיים והיא מגיעה לרמות מרביות בדם כחצי שעה לאחר נטילתה. זמן מחצית החיים של התרופה הוא כשעתיים, והשפעתה נמשכת כארבע שעות. המינון המומלץ למבוגר הוא 1 גרם למנה. המנה המקסימלית המומלצת היא כ-4 גרם ליממה. לאחרונה אף הומלץ לרדת ל-3 גרם ליממה, עקב לקיחת יתר. מנת יתר של מעל 10-16 גרם תגרום לנזק קשה לכבד ולנזק כלייתי העלול להסתיים במוות.

צורות הגשה זמינות בארץ: סירופ בריכוז של 80 מ"ג/50-25 מ"ג/סמ"ק, נרות: 150 מ"ג, 250 מ"ג, טבליטות, של 500 מ"ג ובקבוקונים של 05 או 001 סמ"ק בריכוז של 01 מ"ג/סמ"ק.

← Dypirone (דיפירון)

תרופה לשיכוך כאב והורדת חום. נספגת היטב במעי ומתחילה את פעולתה כחצי שעה לאחר נטילתה. זמן מחצית החיים ארוך יותר מזה של פארצטמול ולכן השפעתה נמשכת 5-6 שעות. לא מומלץ ליטול יותר מ-4 גרם ליממה. תופעת לוואי נדירה הינה אגרנולוציטוזיס שאינה תלויה במינון. בכאב שלאחר ניתוח – יש עבודות המדווחות על יעילות דומה לאופיואיד.

צורות הגשה זמינות בארץ: טבליה של 500 מ"ג, טיפות 500 מ"ג/סמ"ק, ואמפולות 1 גרם/2 סמ"ק.

← Nonsteroidal anti-inflammatory drugs – NSAIDs

לתרופות האנטי-דלקתיות יש גם השפעה אנלגטית (שיכוך כאב) ואנטיפירטית (הורדת חום). תרופות נוגדות דלקת מתחלקות למעכבות לא סלקטיביות של ציקלואוקסיגנאז-1 (COX 1) ולתכשירים המעכבים סלקטיבית בעיקר את אנזים ציקלואוקסיגנאז-2 (COX 2).

בקבוצת התכשירים שאינם סלקטיביים (COX-1) מצויות תרופות מוכרות וותיקות, כגון: Indomethacin, Diclofenac, Naproxen, Lornoxicam, Ibuprofen. קבוצת מעכבי COX-2 סלקטיביים כוללת תרופות כגון: Etoricoxib, Celecoxib, Valdecoxib.

היתרונות בעיכוב סלקטיבי של COX-2 הם שכיחות נמוכה יותר של תופעות לוואי במערכת העיכול, כגון התפתחות כיבים, דימום או התנקבויות, ובכך שאינו גורם לעיכוב אגרסיבי הטסיות.

היעילות האנלגטית של שתי הקבוצות דומה. אין הבדל בין שתי הקבוצות באפשרות לפגיעה הכלייתית. לאחרונה התפרסמו עדויות לגבי הסיכון הקרדיווסקולרי של שתי קבוצות אלו כאשר נעשה שימוש לטווח ארוך.

- אצל מטופלים מעל גיל 65, עם סיכון גבוה להתפתחות תופעות לוואי במערכת העיכול, ועם עבר של דמומים או כיבים במערכת העיכול, שיש להם תחלואה נוספת כגון אי ספיקת כליות או אי ספיקת לב, השימוש ב-COX 2 סלקטיבי הינו מוצדק. אם הדבר אינו מתאפשר, יש לשקול הוספת מעכבי משאבות פרוטונים (PPI) דוגמת אומפרזול, או פרוסטגלנדינים דוגמת מיזופרוסטול (חוסמי קולטני H2 אינו נחשב כטיפול מונע!).
- אין להשתמש ב-NSAIDs בשילוב עם סטרואידים.
- יש להיזהר משימוש בזמנית ב-NSAIDs ובנוגדי קרישה.
- אין מניעה להמשך טיפול באספירין.

← Tramadol (טרמאדול)

תרופה זו הינה מקבילה סינטטית של קודאין (Codeine). זהו אגוניסט חלש לקולטן אופיאט μ, אך בארץ תרופה זו אינה נחשבת לאופיאיד. השפעתה מתחילה כשעה לאחר נטילת התרופה ונמשכת כשש שעות (בתכשיר הקצר טווח). המינון המרבי המומלץ הוא 400 מ"ג ליממה, מחולק לשתיים עד שלוש מנות יומיות. המינון המרבי המומלץ עם תכשיר חד יומי OD (once daily) הוא 300 מ"ג ליממה. תופעות הלוואי השכיחות כוללות: סחרחורת, ישנוניות, עצירות ובחילה. על מנת להפחית תופעות אלו יש להתחיל במינון נמוך ולהעלות את המינון בהדרגה.

צורות הגשה זמינות בארץ: טבליות לשחרור מיידי (50, 100 מ"ג) ואיטי (100, 200, 300 מ"ג), טיפות (100 מ"ג/סמ"ק) וכדורים מסיסים למציצה (50 מ"ג). יש להמנע מלרשום תרופה זו בחולים הסובלים מפרקוסים.

תרופות נלוות

תרופות נלוות נועדו במקורן לטיפול במצבי חולי שונים, אך נמצאו יעילות גם בטיפול בסוגי כאב מסוימים. לדוגמה לתרופות נוגדות דיכאון או נוגדות כפיין ישנה גם השפעה אנלגטית, והן ניתנות גם לחולים שאינם סובלים מדיכאון או מאפילפסיה.

← סטרואידים

ניתן להוסיף סטרואידים למשככי כאב בכדי לשפר את יעילות הטיפול ולהקטין את תופעות הלוואי. טיפול בסטרואידים ניתן במקרים בהם יש לחץ תוך-גולגולתי מוגבר, לחץ על חוט השדרה (Spinal Cord Compression), או כאשר הכאב הוא ממקור עצבי או ממקור גרמי. הסטרואיד השכיח בשימוש כתרופה נלווית לטיפול בכאב הינו Dexamethasone במינונים של עד 20 מ"ג 4 מ"ג ליממה. במקרים של חשד משמעותי ללחץ חריף על חוט השדרה, ניתן להגיע למינונים של עד 100 מ"ג ליממה. סטרואידים משמשים במטופלים אונקולוגים גם כמגבירי תאבון, כמשפרי מצב רוח וכנוגדי בחילה והקאה.

← נוגדי כפיין

תרופות אלה שכיחות בשימוש בכאב ממקור עצבי. לא נמצאו הבדלים משמעותיים ביעילות תרופות הכיפיון השונות. תופעות הלוואי השכיחות הינן הפרעות במערכת העצבים המרכזית, המתבטאות בעייפות, נמנום והפרעות בשווי משקל, ועל כן מומלץ להעלות את המינון בהדרגה. אין צורך בניטור רמות דם.

← תרופות לאלחוש מקומי

קבוצה זו יעילה בטיפול בכאב ממקור עצבי. לדוגמה לידוקאין (Lidocaine) הניתנת דרך הווריד או במתן תת-עורי. (ניספח 5)

← נוגדי דיכאון

מבין נוגדי הדיכאון, קבוצת הטריציקליים נחשבת ליעילה ביותר בעיקר בטיפול בכאב ממקור עצבי. התרופה שצברה את הניסיון הרב ביותר היא אמטריפטילין (Amitriptyline). ההשפעה האנלגטית מושגת כעבור שבוע, ללא קשר לפעילות נוגדת הדיכאון. יש להתחיל במינון נמוך של עד 25 מ"ג 10 מ"ג, לתת את כל המנה בלילה, ולהעלות מינון בהדרגה. אחת לחמישה ימים ניתן להשתמש גם בנוגדי דיכאון אחרים כגון דסיפראמין (Desipramine) ואימפראמין (Imipramine).

בשל תופעות הלוואי השכיחות בשימוש בנוגדי דיכאון טריציקליים (עייפות, ישנוניות, יובש בפה ועצירות), ניתן לשקול שימוש גם בנוגדי דיכאון סלקטיביים אחרים מקבוצת SNRI (ונלאפקסין Venlafaxine ודולוקסטין Duloxetine).

תרופות אופיאידיות

בכאב חזק ניתן לטפל במשככי כאב אופיאודים. מרבית החולים בסרטן יזדקקו לשימוש באופיאודים.

← אופיאודים קצרי טווח - בשחרור מהיר

תרופות אלו מהוות אבן יסוד בטיפול בכאב בקרב מטופלי סרטן. אופיאודים קצרי טווח משמשים לטיפול בכאב מתפרץ אשר מופיע לאחר פעילות מסוימת ושנמשך בדרך כלל מעל לשעה.

על אף יעילותם הרבה, המוכחת מזה שנים רבות, ישנם אנשים הנמנעים משימוש בתרופות אלה מחשש להתמכרות, הפסקת נשימה, סבילות (Tolerance) או מחשש שמא שימוש מוקדם באופיאודים לא יאפשר את שיוכו הכאב בעתיד, עם התפתחות המחלה. **לחששות אלה אין בסיס מדעי.** לפיכך, על הרופאים לרשום אופיאודים למטופלים הזקוקים לכך.

להלן קבוצות האופיאודים בהן משתמשים בארץ:

טבליות מורפין סולפט -

Morphine Sulphate (Morphine Immediate Release MIR)

התרופה מתחילה לפעול תוך 20 עד 30 דקות מנטילתה, ומגיעה לשיא פעילותה לאחר שעה. טווח ההשפעה הינו עד ארבע שעות. טבליות MIR מיועדות לכיול הצריכה היומית של המורפין, וניתן להשתמש בהן גם כתרופת הצלה במצבים של כאב מתפרץ (Breakthrough Pain).

מינונים זמינים: 15 מ"ג, 30 מ"ג.

אמפולות Fentanyl

צורות מתן:

- בולוס 1-2 מק"ג/ק"ג/מנה תוך-וריד
- 100-25 מק"ג מנה או עירוי רציף 1-2 מק"ג/ק"ג/שעה, או 200-25 מק"ג/שעה
- PCA כעשרים מק"ג כל 5 עד 10 דקות.

אמפולות מורפין הידרוכלוריד או מורפין סולפט

האמפולות ניתנות לשימוש במתן תת-עורי או תוך-וריד. המינון ההתחלתי המומלץ הוא 10 עד 20 מ"ג.

ניתן גם להכין סירופ מורפין עם ריכוז מרבי של 100 מ"ג/סמ"ק ולתת אמפולה בשתיה כל 4 שעות, בעיקר למטופלים המתקשים בבליעה. בארץ לא קיים תכשיר מסחרי מוכן לשתיה.

במתן תוך ורידי מגיע לשיא תוך כ-10 דקות.

במתן תת עורי מגיע לשיא תוך כ-30 דקות.

Oxycodone אוקסיקודון

התכשיר דומה בפעולתו למורפין בשחרור מיידי (MIR) והוא בעל פרופיל תופעות לוואי דומה, אך עוצמתו גדולה פי 1.5 ממורפין.

צורות הגשה זמינות בארץ: סירופ Oxycod 2 מ"ג/סמ"ק או כאוקסיקוד פורטה 10 מ"ג / סמ"ק, טבליה (Percocet) אוקסיקודון 5 או 10 מ"ג, או בשילוב עם פרצטמול 325 מ"ג, אמפולות בנות 1 או 2 סמ"ק ברכוז 10 מ"ג/סמ"ק. (ניתן למהול בסליין או דקסטרז 5%).

Hydromorphone הידרומורפון

התכשיר דומה בפעולתו למורפין בשחרור מיידי ולמורפין הידרוכלוריד, אך במתן פראנטרלי עוצמתו גבוהה פי 7.5.

צורות הגשה זמינות בארץ: זריקה – מגיע באמפולות של Hydromorphone (Palladone) injection 10 mg/ml, 2 mg/ml.

← אופיאידים בשחרור מהיר (Rapid onset opioids)

Actiq אקטיק לכסניות לספיגה דרך החיך (Oral Trans Mucosal Fentanyl)

לכסניות הנספגות דרך רירית החיך על ידי חכוך מקומי. ההשפעה מתחילה תוך 15 דקות ומגיעה לשיאה תוך 45 דקות.

הלכסניות זמינות במגוון מינונים: 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 מק"ג.

Pecfent פקפנט תרסיס פנטניל לאף

השפעת התכשיר מתחילה תוך דקות ספורות.
מינונים זמינים בארץ: בקבוקון בעל 8 מנות במינונים של 100 מ"ג ו-400 מ"ג.

Abstral אבסטרל

טבליות פנטניל, תת לשוניות.
מינונים זמינים בארץ: 100, 200, 400, 600, 800 מ"ג.
תכשירים אלה משמשים לטיפול בכאב מתפרץ קצר אשר חולף תוך פחות משעה.
(אותם כאבים שאק"ט אינם נותנים מענה מתאים).

← אופיאודים בשחרור מושה – ארוכי טווח

טבליות מורפין MCR (Morphine Controlled Release)

MCR מיועדת לטיפול מתמשך בכאב. יש לזכור כי טבליה של MCR מגיעה לשיא פעולתה שעתיים עד 4 שעות לאחר נטילתה, ועל כן אין להשתמש בה כתרופת הצלה.
מתן פומי כל 12 שעות (ל-10% עד 30% מהמטופלים יש לתת את התרופה כל 8 שעות). אין לרסק או לשבור את טבליות ה-MCR.
מינונים זמינים: 10, 30 ו-100 מ"ג.

Sustained release Oxycodone אוקסיקודון בשחרור מבוקר

עוצמת אוקסיקודון הנה פי 1.5 ממורפין.
צורת מתן: מתן פומי כל 12-8 שעות. בדומה ל-MCR, אין לרסק את הטבליה.
מינונים זמינים (אוקסיקונטין): טבליות של 5, 10, 20, 40 ו-80 מ"ג.

Targin טרגין

אוקסיקודון בשילוב עם נלוקסון. שילוב הנלוקסון נועד למנוע/להפחית עצירות הנגרמת על ידי אופיאואידים.
מינונים זמינים: טבליות של 5, 10, 20, 40 מ"ג.

Fentanyl Patch מדבקת פנטניל

פנטניל בשחרור מושה למשך 72 שעות. התרופה מתחילה לפעול במהלך 12-17 שעות ממתן המדבקה הראשונה. שיא השפעתה הוא כעבור 24 שעות מהדבקת המדבקה הראשונה. רמת הפנטניל נשמרת קבועה בדם במהלך הטיפול, אך השפעת

התרופה יורדת 48-72 שעות לאחר הסרת המדבקה. כ-20% מהמטופלים יזדקקו להחלפת מדבקה כל 48 שעות.
המדבקות זמינות במינונים: 12.5, 25, 50, 75, 100 מ"ק/ג/שעה.

Methadone מתדון

מתדון אינו אופיואיד בשחרור מושהה אך יש לו השפעה אנלגטית ארוכת טווח. זמן מחצית החיים של התרופה בשימוש קבוע הוא 96-19 שעות. המינון השקול למינונים חד פעמיים, או במינונים נמוכים חוזרים, הוא לפי יחס מינוני מורפין מתדון 1:1, אך משתנה במינונים גבוהים. התרופה מוכרת כ-Adolan והיא ניתנת למכורים לסמים לצורך גמילה, דבר שהקנה לה סטיגמה שלילית. עם זאת, מדובר באופיואיד יעיל ככל אופיואיד אחר, ואולי אף יעיל יותר כשמדובר בכאב עצבי.
מינונים זמינים: ריכוז של 0.04% וריכוז של 5%. מומלץ למהול את המינון הגבוה. הריכוז המומלץ למינון נח הינו מתדון 1% (10 מ"ג/סמ"ק)

Butrans (Buprenorphine) בוטרנס

אופיואיד אגוניסט-אנטגוניסט המיועד לטיפול בכאבים בינוניים וחזקים ממושכים. זמין במדבקות עוריות (טרנסדרמאליות) בריכוזים של 5, 10, 20 מ"ק/ג/שעה. יש להחליף מדבקה אחת ל-7 ימים.

אופיואידים שאינם מומלצים

(Meperidine) Pethidine – יעיל רק למשך שעתיים-שלוש, ניתן בזריקה תוך-שרירית או תוך-ורידית. אופיואיד זה מתפרק לנורמפרדין אשר מצטבר בגוף ועלול להביא לתופעות לוואי במערכת העצבים המרכזית (פרוסים ובלבול). לתרופה זו אין מקום בטיפול בכאב אונקולוגי.

(Pentazocine) Talwin – תכשיר אנלגטי חלש בעל שכיחות גבוהה של תופעות לוואי פסיכומימטיות ואפקט תקרה. במינונים גבוהים התרופה עלולה להביא לעלייה בלחץ בעורק הריאתי ובשל כך להביא לקוצר נשימה. תרופה זו אינה מתאימה לטיפול בכאב אצל חולי סרטן.

טיפול בתופעות לוואי של אופיואידים

על אף שאופיואידים משמשים כמשככי כאב יעילים, הטיפול בהם מלווה בתופעות לוואי. עם זאת, ניתן לטפל או להפחית תופעות לוואי אלה על ידי שימוש במספר אסטרטגיות:

- ← החלפת אופיואיד (Opioid Rotation)
- ← הפחתת מינון האופיואיד על ידי שילוב של שיטות ו/או תכשירים אחרים
- ← טיפול מכון בתופעות הלוואי

החלפת אופיואיד (Opioid Rotation)

במקרה של כישלון טיפולי, או כאשר רמת שיכון הכאב אינה מספקת ו/או קיימות תופעות לוואי, ניתן להחליף אופיואיד אחד באופיואיד אחר על-פי טבלאות ההמרה (ראה עמוד 32).

- ← למטופל שכאבו היה מאוזן יש לתת כ-75% מהמינון שנקבע על פי טבלת ההמרה.
- ← אם כאב המטופל אינו מאוזן יש לתת את מלוא מנת האופיואיד החדש על פי טבלת ההמרה.

- ← אין חפיפה בתגובה האנלגטית ותופעות הלוואי בין אופיואיד אחד למשנהו אצל אותו מטופל.

מעבר מאופיואיד ארוך טווח (מורפין, אוקסיקודון) למדבקת פנטניל

1. יש להפסיק מתן אופיואיד ארוך טווח.
2. במקביל יש להדביק את מדבקת הפנטניל במינון השווה למינון היומי של האופיואיד ארוך הטווח שהופסק (על פי טבלת ההמרה).
3. לפי הצורך, ב-12 השעות הבאות יש לתת אופיואיד קצר טווח נגד כאבים מתפרצים.

מעבר ממדבקת פנטניל לאופיואיד ארוך טווח (מורפין, אוקסיקודון)

1. יש להסיר את מדבקת הפנטניל.
2. כ-8-12 שעות לאחר הסרת המדבקה יש להתחיל במתן אופיואיד ארוך טווח במינון המתאים (על פי טבלת ההמרה).
3. במקרה של כאבים מתפרצים, יש לתת אופיואיד קצר טווח כתרופת הצלה, כמקובל.

יחסי ההמרה המצויינים בטבלאות הבאות מבוססים על הערכות בלבד ועשויים להשתנות מחולה לחולה ובמצבי כאב שונים. יש לעקוב בקפידה אחר רמת שיכון הכאב ותופעות הלוואי בימים שלאחר ביצוע ההמרה.

טבלאות המרת אופיואידים:

Parenteral Dose Mg	Analgesic	Oral/Rectal Dose Mg
-	Propoxyphene	300
-	Tramadol	90
0.1	Fentanyl	*
1.4	Hydromorphone	7
	Methadone	**
10	Morphine	30
10	Oxycodone	20

המרה מפנטניל למורפין:

Oral Morphine Mg/24 hrs	Fentanyl Patch µg/h/72hrs
50-75	25
100-150	50
150-225	75
200-300	100

המרה ממורפין למתדון:**

Oral Morphine Dose Mg	MOR/Methadone
100 >	3:1
100-300	5:1
300-600	10:1
600-800	12:1
800 <	15-20 :1

** מאחר שההמרה תלויה מינון יש להיזהר מהמרה למתדון ללא ניסיון קודם.

תופעות לוואי שכיחות והטיפול בהן

עצירות

עצירות הינה הפרעה נפוצה בקרב מטופלים המקבלים תרופות מקבוצת האופיואידים. הסיבות לעצירות הן צריכת כמות קטנה של נוזלים ותנועתיות בלתי מספקת של המעי הגס. עצירות עלולה לגרום לאי נוחות ולעיתים היא מלווה בכאבי בטן, בחילה וחוסר תיאבון. ברוב המקרים עצירות מלווה בסבל ומובילה להחמרה של תסמינים רבים נוספים.

מטופלים ובני משפחתם נוטים להמעיט בדיווח על סימני העצירות ולכן יש לבצע אומדן עצירות יזום ובדיקה גופנית. שלבי ההתערבות בעצירות כוללים מניעה וטיפול תרופתי.

מניעה

- שתייה של לפחות 8-10 כוסות נוזלים ליום.
- תזונה עשירה בסיבים, פירות וירקות טריים בקליפתם, פירות יבשים.
- פעילות גופנית, ככל שניתן.

טיפול תרופתי

התכשירים נחלקים לשלוש קבוצות של מנגנוני פעולה:

1. סופחי נוזלים (אוסמוטי) – שקיות של גרגירים להמסה בשתייה ומזון:

א. Syr. Avilac/Duphalac 30cc X1-2 /day

ב. Importal (Lactulose) – 10gr 1-2 /day

2. מגבירי תנועתיות המעי (פריסטלטי)

א. Tab. Laxative/Laxadine 1-4 /day

ב. Tea Senna

3. מרככי צואה

א. Ducosoft 100-200mgr. /day Caps./Syr.

ב. Supp. Glycerin 1-2 /day

השלבים המומלצים הם:

1. מתן תכשיר מגרה פריסטלטיקה בשילוב עם תכשיר מרכז.
2. אם תוכן היציאה קשה, יש להוסיף תכשיר אוסמוטי.
3. ביצוע בדיקה רקטלית לאבני צואה והוספת נרות גליצרין או חוקן עם Fleet Enema.
4. עדיף להתחיל בתכשיר אופיואיד הגורם לעצירות בשכיחות נמוכה יותר כמו טרגין, בעיקר במטופלים עם רקע או פוטנציאל לפתח עצירות.

בכל מתן של אופיואידים יש להתחיל במקביל בטיפול בתכשירים נוגדי עצירות ובכך למנוע תופעה זו. יש להדריך את המטופל ומשפחתו בחשיבות ההתמדה בטיפול מונע עצירות.

בחילות והקאות

בחילות והקאות עלולות להופיע בתחילת הטיפול או בעליית מינון, ולרוב הן חולפות תוך 7-10 ימים. מרבית המטופלים מפתחים סבילות לתופעה. הסבילות מתפתחת לבחילות שנובעות מקישור לרצפטורים במוח, אך לא לבחילות שמקורן בתנועתיות המעי. במידה שהבעיה נמשכת יש להציע טיפול נגד בחילה, כגון:

- Metoclopramide (Pramin) 30-240 mg/day
- Domperidone (Motilium) 3-6 tabs/day
- Haloperidol (Halidol) 0.5-5mg/day
- Dexamethasone – 4-12mg/day
- Lorivan (Lorazepam) 0.5-2mg/day
- 5 HT H3 – Zofran, Kytril

ניתן לשקול מתן טיפול מונע בשבוע הראשון לתחילת הטיפול באופיואיד.

רדימות

תופעה זו עשויה להיות זמנית ולהיעלם ימים ספורים לאחר תחילת הטיפול או לאחר שינוי המינון. אם הרדימות אינה חולפת, יש לנקוט בצעדים הבאים:

1. יש לשקול להפסיק או להפחית מינון תרופה אחרת שעלולה לדכא את מערכת העצבים המרכזית.
2. יש להעריך האם קיימות סיבות נוספות לרדימות, כגון: זיהום, בעיה מטבולית או גרורות במוח.
3. אם התגובה האנלגטית טובה, יש לשקול הוספת פסיכוסטימוולנט, כגון: (Ritalin) Methylphenidate במינון של 5-10 מ"ג, פעמיים ביום, או (Cylert) Pemoline במינון של עד 37 מ"ג 18.5 מ"ג, פעמיים ביום. ניתן לנטר את המינון בהתאם לתגובה.
4. אם התופעה נמשכת על אף כל הצעדים שנקטו, יש לשקול הוספת תרופה נלווית או תרופה לא אופיואידית שתאפשר להוריד את מינון האופיואיד.
5. אם כל הנ"ל אינו עוזר, יש לשקול החלפה לאופיואיד אחר (Opioid Rotation) או לשנות את צורת מתן האופיואיד.
6. שינוי במצב ההכרה עלול להוות סימן מקדים לדיכוי נשימתי ולכן יש לבדוק ולעקוב אחר קצב הנשימה.

בלבול

1. יש לשקול הפסקה או הפחתה של מתן תרופה אחרת העלולה לגרום לבלבול.
2. יש להעריך האם קיימות סיבות נוספות לבלבול, כגון: זיהום, בעיה מטבולית או גרורות במוח.
3. אם התופעה נמשכת חרף כל הצעדים שנקטו, יש לשקול הוספת תרופה נלווית או תרופה לא אופיואידית שתאפשר להוריד את מינון האופיואיד.
4. אם כל הנ"ל אינו עוזר, יש לשקול החלפה לאופיואיד אחר (Opioid Rotation) או לשנות את דרך מתן האופיואיד.
5. אם המטופל מבולבל או הוזה, יש לשקול מתן Haloperidol (במינון התחלתי של 0.5 מ"ג, שלוש פעמים ביום). בהמשך יש לעלות בהדרגה בהתאם לצורך.

דיכוי נשימתי

זוהי תופעת הלוואי החמורה ביותר, אך היא נדירה מאוד בחולים הסובלים מכאב. לדיכוי נשימתי **תמיד** קודמת תופעת דיכוי מערכת העצבים המרכזית, ובעיקר שינוי במצב ערנותו של החולה. הביטוי הקליני של דיכוי נשימתי מתבטא בירידה בקצב הנשימה. מצוקה נשימתית עם טכיפניאה וחרדה לעולם אינה נגרמת כתוצאה מטיפול באופיואיד. במידה שהיא מופיעה יש לחפש לה סיבות אחרות, כגון דלקת ריאות או תסחיף ריאתי. מטרת הטיפול בדיכוי נשימתי היא מחד להגביר את קצב הנשימה, ומאידך להימנע מתופעות גמילה או הגברת הכאב. כדי להשיג מטרה זו יש לנקוט בצעדים הבאים:

1. אם ניתן להעיר את המטופל אין לתת נלוקסון אלא להפחית את המינון היומי ב-25% ולעכב מנות הצלה עד להתייצבות. מצב ההכרה הוא הסמן הטוב ביותר לדיכוי נשימתי אפשרי.

2. אם מצב ההכרה של המטופל מידרדר, לא ניתן להעירו, וקיימת ירידה בקצב הנשימה, יש להכין תמיסה של נלוקסון 4 מ"ג מדוללת בסליין 9 סמ"ק ולהזריק 1 סמ"ק תוך-ורידי ולעקוב אחר הנשימה.

מאחר שלנלוקסון זמן מחצית חיים קצר, מטופלים המקבלים תכשירי אופיואידים ארוכי טווח עשויים להזדקק למנות חוזרות או לעירוי של נלוקסון, למניעת הישנות הדיכוי הנשימתי, ועל כן יש לשקול העברת המטופל להשגחה באשפוז.

מיוקלונס

תופעת המיוקלונס עשויה לחלוף באופן עצמאי, אך במידה שהתופעה מטרידה יש לנסות לתת Clonazepam במינון של 0.5 מ"ג פעמיים ביום.

אם התופעה אינה חולפת למרות הטיפול, יש לשקול החלפת אופיואיד או הפחתת המינון והוספת תרופות נלוות.

אצירת שתן

מופיעה בעיקר אצל גברים קשישים, למרות שסבילות לתופעה זו מתפתחת מהר.

במקרים מסויימים יש לשקול:

1. החלפת אופיואיד כדי למנוע צורך בהחדרת צנתר לשלפוחית השתן.
2. הפחתת תרופות עם אפקט אנטי כולינרגי.
3. החלפת צורת מתן התרופה.

תלות ואופיואידים

סבילות (Tolerance)

תופעה פרמקולוגית המאופיינת בירידה הדרגתית בתגובה לתרופה עם הזמן מתעורר הצורך להגדיל את מינון התרופה בכדי להשיג את אותה השפעה טיפולית כמו בתחילת הטיפול בתנאי, שלא היתה התקדמות במחלה. תופעה זו נדירה ביותר.

תלות גופנית (Physical Dependence)

זוהי תופעה פארמקולוגית של "תסמונת גמילה", המתפתחת במקרה של הפסקה פתאומית של הטיפול, ירידה במינון האופיואיד או בעקבות מתן אנטגוניסט. תופעה זו אינה מהווה בעיה קלינית, אם מורים למטופל שלא להפסיק את הטיפול בבת אחת, ואם נמנעים משימוש באנטגוניסט.

תלות פסיכולוגית ("התמכרות") (Psychological Dependence)

זוהי תופעה פסיכולוגית התנהגותית המביאה לאובדן שליטה על השימוש בתרופה ולשימוש כפייתי בה, עד כדי כך שהיא עלולה לגרום נזק למשתמש בה ו/או לסובבים אותו. התפתחות של התמכרות בעקבות שימוש רפואי באופיואיד נדירה מאוד.

לתופעות שונות הנגרמות על-ידי האופיואידים – קצב התפתחות סבילות משתנה. הסבילות לדיכוי נשימתי, לבחילה, להקאה ולרדימות מתפתחת בדרך כלל מהר מאוד, ואילו סבילות לעצירות, אם מתפתחת, הינה איטית מאוד.

אצל רוב המטופלים הסיבה להעלאת מינון התרופה האופיואידית אינה סבילות אנלגטית, אלא החמרת המחלה והתקדמותה.

תופעות הנלוות לטיפול באופיואידים ודרך הטיפול בהן

הטיפול	התופעה
Metoclopramide Domperidone Haloperidol Dexamethasone, Ondansetron	הרגשת מלאות בבטן, גיהוקים, בחילה/הקאה
Methylphenidate 10 – *הורדת מינון, מתן – 20 mg, או Pemoline לשקול רוטציית אופיואידים.	רצון לישון, עייפות, נמנום
הורדת מינון אופיואיד Haloperidol – 3-5 mg, רוטציית אופיואידים.	דליריום
הורדת מינון, רוטציית אופיואידים, מתן בנזודיאזפין.	מיוקלונוס
אנטי היסטמינים. Opiod rotation לשקול מעבר לפנטניל או הידרמורפון.	גרד
נדיר Naloxone אם לא ניתן להעיר את החולה	דיכוי נשימתי

מפה לטיפול בכאב בילדים

פרוטוקול הטיפול בתרשים זה נועד לסייע לצוות הרפואי והסיעודי במתן טיפול יעיל בכאב כרוני ואקוטי, באמצעות תרופות מתאימות. הפרוטוקול מתייחס לטיפול בחולים אונקולוגים (ילדים).

ס ר ג ל י כ א ב



כאב שצפוי להמשך 5 ימים ויותר
אופיאידים ארוכי טווח (שחרור מושהה)

* מתחילים ומוסיפים מנות הצלה של אופיאידים קצרי טווח ואח"כ נותנים ארוכי טווח וממשיכים בארוכי טווח ומנות הצלה לפי הצורך.

תרופה	מינון	תדירות	הערות
Fentanyl Patched	12, 25, 50, 75, 100 Mcg/h	החלפת מדבקה כל 48-72 שעות	מתחילה לפעול 12-17 ש' ממתן המדבקה הראשונה. שיא השפעה כעבור 24 ש'. להמנע ממתן עם Voriconazol
MCR	0.3-0.6 mg/kg	כל 8-12 שעות	אין לרסק
Oxycontin	0.2-0.4 mg/kg	כל 8-12 שעות	אין לרסק

Rescue dose – מנות הצלה – אופיאידים קצרי טווח:

- ← 10-20% מהמנה היומית הכוללת
- ← ניתן לחזור על מנות ההצלה כל שעה כאשר התרופה ניתנת P.O או כל 15 דק' אם ניתנת I.V. עד שיכון כאב.
- ← אם ניתנו יותר מ-3 מנות הצלה ליום – יש לשקול שינוי מינון הבסיס היומי של תרופות נוגדות כאב.
- ← המינון המתוקן החדש שווה למינון הבסיס של אופיאידים ארוכי טווח + סך כל מנות ההצלה שניתנו באותו יום.

* תרופות משלימות – תורמות להגברת ההשפעה משככת הכאבים וטיפול בתסמינים
Dexamethasone, Lyrica, Elatrol, Gabapentin הנלווים:

הערות	תדירות	מינון	Tab/syr תרופה
מחייב זהירות בחולי אי ספיקת כבד	כל 4 שעות	10-15 mg/kg	Paracetamol
	כל 6 שעות	10-20 mg/kg	Dypiron
אין לתת תרופה לילדים עם מחלה פירכוסית. לא מומלץ באי ספיקת כליות	בילדים מעל 14: יום 1: 10 טיפות (20 מ"ג) כל 4 שעות יום 2: 20 טיפות (50 מ"ג) כל 8 שעות יום 3: 20 טיפות כל 6 שעות להמשך: 100 מ"ג פעמיים ביום	1-2 mg/kg עד 3 פעמים ביום (מעל גיל שנה))	Tramadex



כאב שנמשך עד 5 ימים
אופאידים קצרי טווח (שחרור מהיר)

הערות	תדירות	מינון	תרופה
טיפול יעיל – 6 פעמים ביום	כל 4 שעות ולפי צורך	0.1-0.2 mg/kg	Syr Oxycode
	כל 4 שעות ולפי צורך	0.15-0.3 mg/kg	Tab. MIR
	כל 4 שעות ולפי צורך	0.05-0.1 mg/kg	iv.Morphine
מינון מקסימלי ליום 4 יח'	במידה ועדיין יש כאב לאחר יח' אחת, ניתן להשתמש ביח' נוספת 15 דק' לאחר סיום. הפעם הבאה לשימוש הינה 45 דק' מסיום היח' השניה	מינון התחלתי 200 mcg	ACTIQ
מעל גיל 14	פעמיים ביום (כל טבליה 100 מ"ג, אין לעבור מינון של 100 מ"ג ביום)	1-2 tab	Tramadex flash tab
מעל גיל 14	20 טיפות כל 4-6 שעות ולפי צורך (אין לעבור מינון של 400 מ"ג ביום – 160 טיפות)	1-2 mg/kg	Tramadex Drops

היצרות תעלת השדרה

SPINAL CORD COMPRESSION (SCC)

רקע

היצרות תעלת השדרה (SCC) הינה הסיבוך הנירולוגי השכיח ביותר אחרי גרורות למוח והיא מתרחשת בקרב 5%-2% מחולי הסרטן. בקרב 20% מהחולים תהיה זו ההסתמנות הראשונה לקיום מחלת הסרטן. תסמונת זו שכיחה בעיקר בגידולי ריאה, שד, ערמונית וכן בגידולי כליה, בלוטת תריס, מעי גס, מיאלומה נפוצה ולימפומה.

בכ-60% מהמקרים הלחץ יהיה בגובה עמוד שדרה טורקאלי, ב-25% בגובה לומבוסקראלי וב-15% בגובה ע"ש צווארי. בכשליש מהמקרים ימצא הלחץ בכמה גבהים.

התסמינים תלויים במיקום ההיצרות, אולם במרבית המקרים (96%) התסמין הראשוני העיקרי הינה כאב. הכאב עלול להופיע שעות, אך לעיתים גם חודשים, לפני הופעת התסמינים והסימנים הנירולוגיים. ב-2% מהחולים התסמין הראשון יהיה חולשת גפה ובקרב 2% מהחולים התסמין הראשון יהיה אטקסיה.

אבחון

SCC הינו מצב חירום הדורש אבחון מהיר, לפני שמתפתחים תסמינים וסימנים נירולוגיים. בדיקת הבחירה הינה MRI של כל עמוד השדרה. טומוגרפיה ממוחשבת תקינה של עמוד השדרה אינה שוללת SCC.

טיפול

ישנה חשיבות עליונה לטיפול באופן מיידי על מנת לשמר תפקוד ולמנוע הידרדרות נירולוגית. מטרת הטיפול הינה לשמר את התפקוד הנירולוגי (למנוע פרה פלגיה) ו/ או אי שליטה על סוגרים ולהקל את הכאב. הטיפולים המומלצים הינם:

1. Dexamethasone 100 mg בשלב המיידי כשמתעורר החשד. יש להמשיך כל עוד החולה סמפטומטי.
2. קרינה – יש להקריין מיידית את האזורים בהם הודגם לחץ על חוט השדרה (גידולים רגישים לקרינה: מיאלומה, למפומה, ערמונית, שד).
3. בגידולים שאינם רגישים לקרינה (כמו למשל בסרטן הכליה או סרקומה או מלנומה) ניתן להציע דקומפרסיה כירורגית.
4. בגידולים הרגישים ניתן להציע כימותרפיה.

דיספניאה (קשיי נשימה) DYSPPNEA

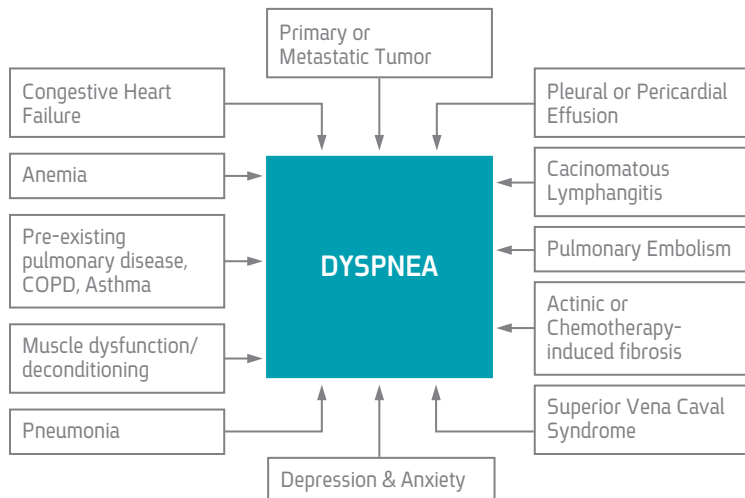
רקע

דיספניאה הינה אחד מהסתמינים השכיחים בקרב חולים המקבלים טיפול פליאטיבי, ואחד מהתסמינים המפחידים ביותר עבור חולים ובני משפחתם וצוותי הטיפול. בדומה לכאב, גם קשיי נשימה הם חוויה סובייקטיבית המושפעת מגורמים רבים, פסיכולוגיים ופסיכולוגיים. בירור מקיף של הדיספניאה, הכולל היבטים פיזיים, רגשיים, חברתיים ורוחניים של תסמין מורכב זה, מנחה את הצוות הרפואי בבחירת הטיפול המתאים.

תלונות קשיי נשימה עשויות לכלול תחושה סובייקטיבית של קוצר נשימה, מחנק, אי נוחות, מחסור באויר, ותחושה של איום על החיים. טווח הקושי עשוי להיות החל מקוצר נשימה במאמץ ועד תחושת מחנק במנוחה. טכיפניאה אינה דיספניאה.

הטיפול בקשיי הנשימה יכול להוות טיפול משלים לטיפול במחלה, המתמקד באטיולוגיה הבסיסית, או להפוך להיות מטרת הטיפול העיקרית. במקרים בהם קשיי הנשימה נעשים חמורים, הטיפול הניתן למחלה הוא מקסימאלי ומטרות הטיפול הן בעיקרן שיפור איכות חיים ונוחות של המטופל. לא ניתן לאבחן דיספניאה בבדיקה פיזיקלית או בבדיקת מעבדה.

אבחנה מבדלת



בנוסף לנ"ל יש לחשוב על סימנים וכאב לא מאוזן.

עקרונות כלליים לטיפול

1. הערך פרוגנוזה.
2. ברר את רצון והעדפות החולה משפחתו.
3. הערך את מצבו הנפשי, החברתי, והרגשי של החולה, ושל משפחתו.
4. בהתאם להערכה לעיל, בחר בהתערבות **פולשנית** באופן מינימלי לשם אבחנה וטיפול.
5. האמן לחולה גם כאשר אין "סימנים אובייקטיביים" לתחושותיו.
6. חפש סיבות הפיכות וטפל בהן (ראה אבחנה מבדלת).
7. במסגרת ההחלטה על בירור, שקול האם תוצאות הבדיקה ישנו את הגישה הטיפולית ועד כמה ביצוע הבדיקה יקשה על החולה ומשפחתו.

הגישה הטיפולית בדיספניאה

התערבות ראשונית

1. שינוי תנוחה או ישיבה.
2. אורור פני החולה בעזרת מאורר.
3. אורור החדר:
 - פתיחת חלון.
 - הגבלת מספר האנשים בחדר.
 - הפחתת טמפרטורה ולחות.
4. בירור משמעות קוצר הנשימה.
5. מתן תחושת ביטחון – לא להשאיר את החולה לבד.
6. תרגול שיטות הרפיה והפחתת חרדה.
7. חמצן – יעיל בדרך כלל בחולים היפוקסמיים, אך לעיתים יעיל גם בחולים שאינם היפוקסמיים, עד 5 ליטר לדקה. יש להפסיק בחולים שאינם חשים הטבה.

טיפול סמפטומטי תרופתי

אופיואידים סיסטמיים

אופיואידים סיסטמיים, ובעיקר האופיואידים קצרי הטווח, הינם קבוצת התרופות היעילה ביותר לטיפול בדיספניאה.

- ← יש להעלות בהדרגה ולעשות טיטריציה – בדומה לטיפול בכאב.
 - ← MOR 7.5 מ"ג או סירופ אוקסיקוד 4 מ"ג ולהעלות מינון לפי הצורך.
 - ← ניתן לתת באופן קבוע, כל 4 שעות. או/ו (לפי הצורך) מתן Morphine 5-10 mg או סירופ אוקסיקוד כל 4 שעות.
 - ← ניתן להשתמש גם באופיואידים ארוכי טווח.
- מידת ההטבה אינה קשורה לקצב הנשימה או רוי חמצן, אלא לתחושתו הסובייקטיבית של החולה.

יש להסביר למשפחה ולשאר הצוות שמורפין אינו מדכא נשימה במקרים אלה.

אופיואידים באינהלציה

מידת יעילותם נתונה במחלוקת.

יש לנטר תגובה ולהעלות מינון בהדרגה בהתאם. ניתן להגיע עד 60 מ"ג ליום.

אין כל מניעה לתת אופיואידים סיסטמיים גם לחולי COPD.

סטרואידים

Dexamethasone 8-20 mg או Prednisone 40-60mg.

יעיל במיוחד במקרים של לימפאנגייטיס, פנאומוניטיס או גרורות מפוזרות. ניתן לתת מינון גבוה יותר של דקסמטזון (60 מ"ג) אם אין הוראת נגד ובהמשך יש לרדת למינון המשמר את התגובה. במידה שאין שיפור – ניתן להפסיק.

אינהלציות

Saline 2.5cc Ventolin 0.5cc+ או עם Aerovent 1cc, במיוחד אם יש מחלת ריאות חסימתית (COPD) או אסטמה. יש דווחים אנקדוטאליים של שמוש באינהלציות פוסיד.

נוגדי חרדה

יש לשקול שימוש בנוגדי חרדה, במיוחד כאשר אין תגובה למינון גבוה של אופיואידים (אבל לא רק). בטוחים בשימוש יחד עם אופיואידים.

1. לורופן – 0.5 עד 2 מ"ג, כל 4-6 שעות, עד שיש רגיעה.

2. קלונקס – 0.25 עד 2 מ"ג לפי הצורך, עד פעמים ביום.

התערבות פולשנית

← בגידול תוך ברונכיאלי בלבד ללא התפשטות, בחולה עם תוחלת חיים מוערכת של 2-3 חודשים, ניתן לשקול כריתה בלייזר בשיטה אנדוסקופית או הכנסת סטנט. לעיתים יש צורך לחזור על הפעולה כל 6-8 שבועות.

← בשיעור ודיספניאה על רקע פיסטולה אזופגיאית – יש לשקול הכנסת סטנט.

← ניתן גם לשקול קרינה במקרה של סרטן ריאות מתקדם.

סדציה

בשלב הסופיים ניתן להציע סדציה פליאטיבית.

שיעול COUGH

רקע

עד 86% מסה"כ החולים במחלה מתקדמת המסכנת חיים יסבלו משיעול. כאשר שיעול הופך כרוני הוא עלול לגרום להפרעת שינה, אי שקט, חרדה, ובהמשך להתיש את המטופל. ב-42% עד 62% מהמקרים הסיבה לשיעול הינה רב גורמית (מולטיפקטוריאלי). הגישה לטיפול בשיעול כוללת הערכה, אבחנה, הדרכה, טיפול לא תרופתי וטיפול תרופתי.

בשלב ראשון יש לחפש סיבות הפיכות ולטפל בהן. בהתאם לממצאים, ועל מנת שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה, בחר חלופות פולשניות באופן מינימלי לשם אבחון וטיפול. יש לשקול האם תוצאות הבדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, עד כמה ביצוע הבדיקה תקשה על החולה ומשפחתו.

בין אם ניתן לאבחן או לטפל בגורם הישיר לשיעול, ובין אם לא, כל המטופלים ייהנו ממענה סימפטומטי באמצעות הדרכה וטיפול תרופתי.

טיפול לא תרופתי

טכניקות נשיפה מאומצת להרחקת כיח, ניקוז תנוחתי, הימנעות מחומרים מגרים (עישון, עשן, תרסיסים וכדומה), אינהלצית סליין, אוויר קר ולח, שתייה מספקת, מתן הדרכה לטכניקות הפחתת חרדה. רצוי להימנע משאיבת הפרשות (suction) למעט בנוכחות טרכאוסטומי או בחסימת וושט מלאה.

טיפול תרופתי

1. קודאין 10-20 מ"ג כל 4-6 שעות.
2. אוקסיקודון 5 מ"ג כל 4 שעות.
3. מורפין 5 מ"ג כל 4 שעות.
4. מתדון 2.5-10 מ"ג PO. טיפול זה נמצא יעל יותר ממורפין וקודאין. מומלץ שעתיים לפני השינה.

5. הידרומורפון 1-2 מ"ג כל 4 שעות.

6. הידרוקודון 5-10 מ"ג כל 4-6 שעות.

7. דקסמטזון 4-8 מ"ג (PO, SC)

← במטופלים תחת טיפול אופיאודי ארוך טווח מומלץ להגדיל את המינון ב-25% עד 50%.

← בחולים שאינם מגיבים לטיפול ניתן לנסות אינהלציה של לידוקאין 2-5 מ"ל ב-1 מ"ל סליין או בופיווקאין 0.25%, 5 מ"ל כל 4 שעות. בחולי אסטמה עשוי לגרום לברונכוספאזם. עשוי לגרום לירידה ברפלקס GAG ולכן מומלץ לא לשתות או לאכול 1-2 שעות לאחר מכן. כמו כן, לאחר האינהלציה מומלץ לשטוף את הפה ולירוק החוצה כדי להימנע מרדימות הלשון.

סוג הטיפול היעודי יינתן בהתבסס על הגורם לשיעול:

ALS	סקופולמין, אטרופין להפחתת הפרשות
ברונכוספאזם/ברונכיאלקטזיס	מרחיבי סימפונות, אנטיביוטיקה
COPD, אסטמה	משאפים בטא אגוניסטים, אינהלציות, סטרואידים
חולשה סופנית	נוגדי חרדה, אטרופין
GERD	חסמי H ₂ , PPI, פרמין, הרמת ראש המיטה, ניקור מיימת
דלקת ריאות	מניעת אספירציה, אנטיביוטיקה כטיפול תסמיני
תפליט ריאתי מליגני	ניקור, הדבקה, שכיבה על צד קבוע
נזק ריאתי מקרינה	סטרואידים
חסימת ווריד נבוב עליון	קרינה, סטרואידים
גידול המגרה את דרכי האוויר	רדיותרפיה/ברכיתרפיה, לייזר, תומכן, סטרואידים
אי ספיקת לב	משתנים (פוסיד, אלדקטון)

יש לשים לב כי גם תרופות כמו מעכבי ACE עלולות לגרום לשיעול.

מקורות:

1. Gallagher R. Cough in Terminal Care. In: Downing GM, Wainwright W, editors. Medical Care of the Dying. 4th ed. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006: 363 – 5.
2. Chan KS, Sham M, M. K., Tse DMW, Thorsen AB. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005: 587 – 618.
3. Leach R. Palliative medicine and non-malignant, end-stage respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005: 895 – 916.
4. Esper P, Heidrich D. Symptom Clusters in Advanced Illness. Seminars in Oncology Nursing. 2005 February 2005; 21(1): 20 – 8.
5. Kvale PA, Simoff M, Prakash UBS. Palliative care. Chest 2003 Jan; 123(1): Suppl: 284S-311S.
6. Louie K, Bertolino M, Fainsinger R. Management of Intractable Cough. Journal of Palliative Care. 1992; 8(4): 46 – 8.
7. Zyllicz Z, Krajnik M. The use of antitussive drugs in terminally ill patients. European Journal of Palliative Care 2004 Nov-Dec; 11(6): 225-9.
8. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet L-P, Braman SS, Brightling CE, et al. Diagnosis and Management of Cough – Executive Summary. Chest. 2006 January 2006; 129: 1S – 23S.

9. Holmes RL, Fadden CT. Evaluation of the Patient with Chronic Cough. American Family Physician. 2004 May 1, 2004; 69(9):2159 – 66.
10. Whiting N. Cough. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. Palliative Medicine – A case based manual 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005.
11. Sherman DW, Matzo ML, Coyne P, Ferrell BR, Penn BK. Teaching symptom management in end-of-life care: the didactic content and teaching strategies based on the end-of-life nursing education curriculum. Journal for Nurses in Staff Development – JNSD. 2004 May-Jun; 20(3): 103-15; quiz 16-7.
12. Coyne PJ, Lyne ME, Watson AC. Symptom management in people with AIDS. American Journal of Nursing. 2002 Sep; 102(9): 48-56; quiz 7.
13. Dudgeon D. Dyspnoea. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. Palliative Medicine – A case based manual 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005.
14. McCool FD, Rosen MJ. Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006 January, 2006; 129(Supplement): 250 – 9.
15. Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guideline: Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Nursing Best Practice Guidelines Program 2005; Available from: http://www.rnao.org/Storage/11/604_BPG_COPD.pdf
16. Homsy J, Walsh D, Nelson KA. Important drugs for cough in advanced cancer. Support Care Cancer. 2001; 19: 565-74.

17. Stein WM, Young KM. Nebulized morphine for paroxysmal cough and dyspnea in a nursing home resident with metastatic cancer. The American Journal of Hospice and Palliative Care. March/April 1997; 14(2): 52 – 6.
18. Moroni M, Porta C, Gualtiet G, Nastasi G, Tinelli C. Inhaled sodium cromoglycate to treat advanced lung cancer patients. British Journal of Cancer. 1996; 74(2): 309-11.

שיהוקים HICCUPS

רקע

שיהוק הינו כיווץ רפלקסיבי של שרירי הסרעפת, הגורם לשאיפת אויר פתאומית במקביל לסגירת הגלופים, ומכאן מקור השם Hiccup – שילוב של המילה Hic (אינספיריום פתאומי) יחד עם המילה Cup (סגירת הגלופים). שיהוקים עלולים לגרום לירידה ביכולת האכילה, להפרעה בשינה ולהחמרת כאבים.

שיהוקים הינם תופעה שכיחה ביותר ויש להתייחס אליהם כתסמין רק כאשר תדירותם גבוהה והם מפריעים למטופל. בדרך כלל, שיהוקים שכיחים יותר לקראת ערב.

תהליך השיהוק מתווך באמצעות קשת רפלקסים הכוללת את:

← העצבים האפרנטיים (afferent) הפריפריים vagus, phrenic and thoracic sympathetic nerves.

← העצבים האפרנטיים (efferent) הפריפריים: phrenic nerve.

← גרעינים מוחיים: מרכזי הבקרה על האינספיריום ועל הגלופים (ב-Posterior lower medula)

← לעיתים קשורים לגרעיני העצב הפרני, להיפותלמוס ול-reticular formation.

לחץ מכני או גירוי מטבולי, איסכמי, דלקתי או זיהומי עשויים להוות טריגר לקשת הרפלקסים הנ"ל:

← גירוי של עצב הואגוס: דלקת ריאות, גידול ושטי, רפלקס ושטי, חסימת ושט, דיסטנציית קיבה, דלקת בקיבה, חסימת מעיים, דימום במערכת העיכול, גידול תוך בטני, הגדלת כבד, דלקת בלבלב, גידול בערמונית, הידרונפרוזיס, דלקת בדרכי השתן, ניתוחים, אירוע לבבי.

← גירוי של העצב הפרני: גידול צווארי, גידול מדיאסטינלי או sarcoid, empyema, pleurisy, גידול המערב את הסרעפת, subphrenic abscess, ניתוחים.

← מערכת עצבים מרכזית: גידול, נגע CNS (CVA, MS), דלקת מוחית, דלקת קרום המוח, חבלת ראש, היפונתרמיה, היפוקפניה, היפוקלצמיה, אלכוהול, אורמיה, basilar artery insufficiency

כמו כן, ישנן תרופות הגורמות לשיהוקים: כימותרפיה, megestrol, cisplatin, etoposide, methyl dopa, אופיאידים, ניקוטין.

הגורם השכיח ביותר לשיהוקים הינו הרחבת קיבה (gastric distension).

טיפול

טיפולים לא תרופתיים

- א. הימנעות ממזונות הגורמים ליצירת גזים / גירוי של הקיבה.
- ב. עיסוי החך palatal massage – מבוצע באמצעות מקל עטוף צמר גפן בחלקו המדיאני של החך הרך.
- ג. אינהלציות saline מידי 4 שעות.
- ד. הכנסת זונדה במצבים עמידים.

טיפולים למצבים ספציפיים

← שיהוקים עקב הרחבת קיבה – היות שזהו הגורם השכיח ביותר, מומלץ כבר בשלב הראשון לשקול טיפול מכוון לכך. ניתן להשתמש בסימטיקון (simethicon) (נמצא גם בקרבוסילן כתוספת לפחם הפעיל) אותו ניתן לשלב עם תכשיר פרוקינטי (metoclopramide, domperidone).

← לחץ של הגידול על סביבתו – במידה שישנה בצקת מסביב לגידול, ניתן לנסות להוריד את הבצקת באמצעות מתן dexamethasone. מתחילים בדרך כלל במינון של 8 מ"ג/יום בבוקר.

← זיהומים – טיפול בזיהום בבית החזה, בשתן או בושט (כולל קנדידה, herpes zoster, herpes simplex, CMV). במקרים בהם יש נזק למוקצה ניתן להוריד כאב על ידי נוגדי חומצה או באמצעות חומר הרדמה מקומי (amethocaine) כ-15 דקות לפני האוכל.

טיפולם תרופתיים לשיהוקים עמידים

תרופה	מינון	הערות
Simethicone	40-120mg after meals	מפחית את התרחבות הקיבה
Metoclopramide	10mg*2/d-20mg*4/d	מעודד התרוקנות הקיבה
Baclofen	10mg*2/d-25mg*3/d	עשוי לגרום לסדציה בקשישים
Chlorpromazine	25-50mg*3/d	ת"ל : ירידת ל"ד, סדציה
Haloperidol	3-5mg*3/d	מוריד את תגובת ה-CNS
Nifedipine	10mg-20mg*3/d	ניתן לתת גם תת לשוני
Dexamethasone	8mg*1/d	בבוקר
Carbamazepine	200-1600mg tid	מוריד בגירוי העצבי
Gabapentine	300-600mg*3/d	ניתן לשלב עם baclofen
Methylphenidate	10mg	
Midazolam	(2.5mg SC (every 15 min	עירוי מתמשך לפי 30-120 מ"ג/יום
marijuana		

טיפולים עממיים

1. גירוי הלוע (Pharynx) באמצעים שונים: בליעה מהירה של שתי כפיות גדושות של סוכר; שתיה בבת אחת של שתי כוסות ליקר; בליעת לחם יבש; בליעת קרח מרוסק; שתיה מהצד "הלא נכון" של הכוס; שתיית מים תוך החזקת עיפרון בין השיניים; משיכת הלשון; גרגור עם מי קרח; גרימת הקאה; עיסוי קרוטידי; לחץ על גלגלי העיניים.
2. היפרקפניה: עצירת הנשימה לזמן ממושך או נשימה לתוך שקית.

טיפולים נוספים בחולים עם תוחלת חיים ארוכה יחסית:

← הרס מכאני של העצב הפרני.

← גירוי של העצב הפרני.

References:

1. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK. Oxford textbook of palliative medicine. 4th edition. Oxford University Press. 2010; 825-827.
2. Berger AM, Shuster JL, Von Roenn JH. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2006; 193-195
3. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS. 20 Common Problems: End-of-Life Care. 1st edition. McGraw-Hill companies. 2002; 239-240.

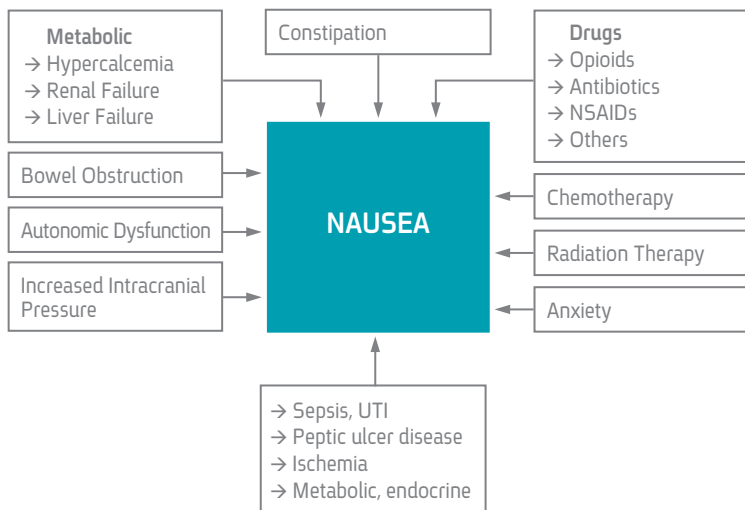
בחילה והקאה

NAUSEA AND VOMITING

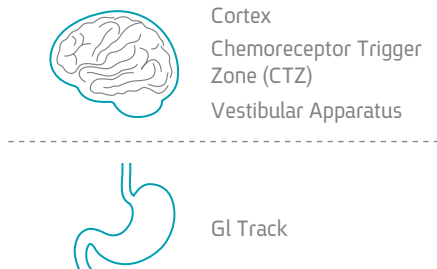
בחילה והקאה הינם תסמינים שכיחים בטיפול הפליאטיבי. כ-40%-70% מחולי הסרטן סובלים מתסמינים אלה, והם שכיחים במיוחד בקרב חולים הסובלים מגידולים במערכת העיכול, סרטן שד, שחלה ומוח. ניתן להקל על החולים באמצעות אבחון שקול וזהיר של הגורמים לתסמינים אלה, ובחירה של תרופות מתאימות וצורת מתן הולמת.

הקאה ובחילה הן תגובה רפלקסית שמקורה במדולה שבגזע המוח. הקאה נובעת מגירוי יתר של אחד האתרים – גירוי וסטיבולרי, גירוי במערכת העיכול, כתוצאה מהרחבה של הקיבה ובשל גירוי מרכזי מוחי.

סיבות שכיחות לבחילה:



מנגנון היווצרות בחילה והקאה



הערכת המטופל

- ← זמן הופעת התסמינים: אחרי ארוחה (גסטריק סטזיס), עם תנועה (מחלה וסטיבורית), בשכיבה (גירוי מנינגיאלי, עליית לחץ תוך גולגולתי).
- ← הופעת בחילה או הקאה הקשורה למזון מוצק או שתיית נוזלים.
- ← תרופות (אופיאודים, אנטיביוטיקה, כמותרפיה, סטרואידים)
- ← כאבים נלווים (כאבי ראש ובטן).
- ← הרגלי מעיים, יציאות.
- ← הטלת שתן.
- ← פגיעה בתפקוד יומיומי.
- ← תסמינים נלווים (צרבת, הפרעות בליעה, חם, שעול, שיהוקים, סחרחורת ועוד).

בדיקה גופנית

- ← פה (פטרת)
- ← בטן (אורגנו מגליה, ניח מוגבר, מיימת, סימני גירוי צפקי)
- ← רקטום (אבני צואה)
- ← עור, ריריות (צהבת, פריחה, סימני התייבשות)

← חום וסימני זיהום

← בדיקה נירולוגית

← סימני התייבשות (דהידרציה)

בהתאם לאנמנזה ולמצאי הבדיקה הגופנית, יש לשקול ביצוע בדיקות נוספות לזיהוי הגורמים הבסיסיים להופעת בחילה והקאה.

עקרונות כלליים לטיפול בבחילה והקאה

← במידת האפשר, חפש וטפל על פי הגורם לתופעה.

← חפש סיבות הפיכות וטפל בהן.

← הערך פרוגנוזה.

← הערך את העדפות החולה ומשפחתו.

← הערך את מצבו הנפשי החברתי והרגשי של החולה, ושל משפחתו.

← הפסק תרופות מיותרות.

← בחר בהתערבות אבחנתית וטיפולית הפחות פולשנית בהתאם להערכתך את תוחלת החיים המוערכת של החולה כך שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה.

← שקול האם תוצאות הבדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, ועד כמה ביצוע הבדיקה תקשה על החולה ומשפחתו.

← טיפול פומי הינו הטיפול האופטימאלי ביותר לצורך מניעת התסמינים (פרט למקרים שהחולה מקיא באופן פעיל).

← זכור שלרוב החולים התופעה נגרמת בשל מספר סיבות – נסה להעריך את המנגנון בחולה הספציפי. חלק מהחולים יצטרכו טיפול תרופתי משולב.

← הענק טיפול מניעתי.

טיפול לא תרופתי

- ← הדרך את המטופל להימנע ממאכלים שיש להם ריח או טעם חזק (מתוק, שומני, חריף).
- ← המלץ על אכילת ארוחות קטנות לעתים קרובות. אם המטופל מעדיף לא לאכול או לא לשתות וכך למנוע את הבחילה ואת ההקאות, מומלץ להכיר ולכבד את החלטתו.
- ← הפסק תרופות שאינן נחוצות, העלולות לגרום לבחילה או להקאה.
- ← המלץ למטופל ללבוש בגדים לא הדוקים.

טיפול תרופתי

עקרונות בחירת תרופה נוגדת הקאה

- ← זהה את הגורמים לבחילה והקאה וטפל בהם (גסטריטים – PPI, פטרת בפה – תרופה אנטי-פטרייתית, דלקת ריאות – אנטיביוטיקה)
- ← טפל לפי המנגנון המעורב – גירוי מערכת העיכול, בעיה וסטיבולרית, גירוי מרכזי הקאה ועוד.
- ← לפעמים דרוש שילוב תרופות במנגנונים שונים.
- ← טפל בתרופה במינונים קבועים ומתמידים.
- ← בחר בדרך הכי מתאימה למתן התרופה.

סיכום:

גישה לטיפול בבחילה והקאה לאחר שנישלו גורמים הפיכים

1. התחל טיפול ב-Metoclopramide (Pramin) במינון של 10-20 מ"ג, כל 8-6 שעות.
2. אם אין הטבה, כדאי לשקול הוספת תרופה שנייה, כמו 2*0.5-2.5 mg Halidol. ובהמשך dexamethasone 4-20 מ"ג, כל בוקר.

כאשר מתן שתי התרופות, במינון מלא, אינו עוזר, יש לבצע מחדש הערכת מטופל ולחפש סיבות נוספות שטרם טופלו. בהתאם לממצאים יש להוסיף תרופה שלישית ורביעית שתביא להפסקת או הפחתת התסמינים. מנגנון פעולה.

תכשירים נוגדי הקאה ברפואה פליאטיבית

Serotonin Antagonists

Ondansetron	8-24 mg IV/PO qd
Palonosetron	0.25 mg IV X 1 dose
Granisetron	1 mg IV or 2 mg PO qd
Dolasetron	100 mg IV/PO qd

Substance P Antagonists

Aprepitant (Emend)	125 mg on day 1, 80 mg on days 2-3
--------------------	------------------------------------

Dopamine Antagonists

Phenothiazines	
Prochlorperazine	10 mg PO/PR q4-6h
Perphenazine	2-4 mg PO q4-6h max 24 mg/day
Thiethylperazine	10 mg PO/PR/IM qd-tid
Metoclopramide	10-40 mg PO/IV tid-qid

Butyrophenones

Haloperidol	0.5-2 mg IV/PO q4-8h
Droperidol	2.5-5 mg IV q3-4h

Corticosteroids

Dexamethasone	4-20 mg PO/IV qd
Methylprednisolone	50-100 mg IV qd

Antihistamines

Diphenhydramine	25-50 mg IV/PO q4-6h
Dimenhydrinate	50-100 mg PO/IV q4-6h
Meclizine	25-50 mg PO qd
Promethazine	12.5-25 mg PO/PR/IV/IM q4h
Trimethobenzamide	300 mg PO tid-qid or 200 mg PR/IM tid-qid

Anticholinergics

Scopolamine	1.5-3 mg TD q72h
Hyoscyamine	0.125-0.25 mg SL/PO q4h

Cannabinoids

Dronabinol	2.5-10 mg bid-tid
Nabilone	1-2 mg bid

Anxiolytics

Lorazepam	0.5-2 mg PO/IV q4-6h
-----------	----------------------

Atypical Antipsychotics

Olanzapine	2.5-5 mg qd-bid
------------	-----------------

מקורות:

1. Baines MJ; ABC of palliative care. Nausea, vomiting, and intestinal obstruction.; BMJ. 1997 Nov 1; 315(7116): 1148-50.
2. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS. 20 common problems. End-of-Life Care. The McGraw-Hill Companies; 2002.
3. O'Brien C. Nausea and vomiting. Canadian Family Physician, June 2008; 54: 861-863.
4. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman N. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2005.
5. A guide to symptom management in palliative care. Yorkshire Cancer Network. Publication Date: May 2007 Review Date: May 2009.
6. Valler A. Handbook of Palliative Care in Cancer.
7. Mellar PD, Walsh D. Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer. 2000; 8: 444-452

עצירות CONSTIPATION

רקע

עצירות הינה אחד מהתסמינים השכיחים ביותר אצל החולה הפליאטיבי. לעצירות השפעה משמעותית על איכות החיים, והיא עלולה להיות מתישה, לגרום לסבל רב, לחרדה ולמצוקה נפשית. בנוסף, עצירות גורמת לכאבים ולנפיחות בבטן, כאבים בפי הטבעת, חוסר תאבון, בחילה והקאה, אצירת שתן, בלבול, וחסמת מעיים עד ניקוב של המעי. חשוב מאד לנטר תסמין זה ולטפל בו מיד עם הופעתו. בין 40% עד 50% מחולים עם מחלת סרטן מתקדמת יסבלו מעצירות.

עצירות תוגדר ככזו כאשר למטופל יש פחות מ-3 יציאות בשבוע, או כאשר ישנה הפחתה במספר היציאות הרגילות של המטופל.

קיימים קריטריונים ברורים של עצירות על שם רום (טבלה 1)

טבלה 1: The Rome Criteria for Constipation

עצירות מוגדרת ככזו אם קיימים שניים או יותר מהתסמינים הבאים:

- ← מאמץ ביציאה בלפחות 25% מהזמן
- ← צואה קשה בלפחות 25% מהזמן
- ← התרוקנות לא מלאה בלפחות 25% מהזמן
- ← שניים או פחות יציאות בשבוע

סיבות לעצירות אצל חולה פליאטיבי

תרופות

- ← אופיאודים
- ← אנטי-כולינרגיים
- ← סותר חומצה
- ← משתנים
- ← נוגדי פרכוס
- ← אנטי היפרטנסיביים
- ← תכשירי ברזל
- ← כימותרפיה

ממאירות

- ← חסימת מעיים
- ← פגיעה עצבית על ידי הגידול (כולל לחץ על חוט השדרה)
- ← היפרקלצמיה
- ← פיברוזיס בעקבות הקרנות

ירידה במצב כללי וניידות

- ← הפחתה בכמות האוכל
- ← דיאטה דלת סיבים
- ← חוסר ניידות
- ← התייבשות
- ← שינוי במצב הכרה
- ← דיכאון

מצבים נלווים

- ← גיל מבוגר
- ← סוכרת
- ← תת-פעילות בלוטת התריס
- ← היפוקלמיה
- ← מחלות מעיים כולל בעיות בחלחולת
- ← אורמיה
- ← בעיות נוירולוגיות (פרקינסון, שבץ מוחי, טרשת נפוצה)

אבחון

בירור תסמינים נלווים:

- ← אנורקסיה
- ← בחילה ו/או הקאה
- ← כאבי בטן עוויתיים
- ← נפיחות בבטן
- ← טנזמוס
- ← שלשול או נזילת צואה

תשאול המטופל

- ← מתי הייתה היציאה האחרונה?
- ← מה הייתה איכות היציאה (קשה, רכה, נוזלית)?
- ← מה הייתה כמות היציאה?
- ← האם היציאות מלוות בכאב?
- ← האם הייתה בריחת צואה?
- ← האם היה דם או ריר ביציאה?
- ← באילו משלשלים המטופל משתמש, באיזה מינון ובאיזו תדירות?
- ← האם משתמש בחוקנים? באיזו תדירות?

בדיקה גופנית

- ← מצב כללי של המטופל: מצב הכרה, איזון כאבים, חום.
- ← בדיקת בטן: הגדלת בטן, נפיחות, גושים בבטן, סימני גירוי צפקי.
- ← בדיקה רקטלית: טחורים, פיסורה, פיסטולה, נוכחות צואה באמפולה, מה כמות ואיכות הצואה.

שים לב – נוכחות של צואה נוזלית באמפולה אינה שוללת עצירות או חסימה גבוהה יותר (פקק צואה Fecal Impaction).

מטרות הטיפול בעצירות

- ← להקל את הכאב ואי הנוחות הנגרמים על ידי עצירות.
- ← למנוע ולטפל בתסמינים נלווים של מערכת העיכול כגון בחילה והקאה, נפיחות וכאבי בטן.
- ← למנוע סיבוכים מסוכנים כגון חסימת מעיים.

1. אמצעים טיפוליים בסיסיים

- א. **הידרציה** – במידת האפשר יש לעודד לשתות לפחות 1.5 עד 2.0 ליטר נוזלים ליממה.
- ב. **פעילות גופנית** – במידת האפשר כדאי לעודד מטופלים בפעילות גופנית מינימאלית יום-יומית.
- ג. **סיבים תזונתיים** – למרות שקיימות הוכחות ברורות לכך שסיבים תזונתיים יכולים להגדיל את נפח הצואה ולהפחית את זמן מעבר הצואה דרך המעי, כמות הסיבים הנדרשת לצורך כך נראית כלא מציאותית לחולה פליאטיבי, ואף עלולה להיות מסוכנת אצל חולים עם חסימת מעיים חלקית עד מלאה.

2. טיפול תרופתי

משלשלים פועלים באמצעות מנגנונים שונים: משנים את הספיגה של מים ואלקטרוליטיים ברירית של דופן המעי, גורמים לצואה יותר רכה ומחישים את תהליך היציאה עצמו.

ניתן לסווג משלשלים לפי מנגנון פעולה:

- ← מנפחי צואה
- ← משלשלים אוסמוטיים
- ← סטימולנטים
- ← מרככי צואה
- ← אחרים

פירוט טיפול תרופתי ותופעות לוואי אפשריות

תרופה	מינון	מנגנון פעולה	תופעות לוואי והערות לשימוש
1. מנפחי צואה Bulk-forming laxatives			
Konsyl, Psyllium	1 teasp. 1-3/d	סופגים מים במעי, מתנפחים, מגדילים כמויות צואה, ומחישים מוטוריקה של המעי.	לא מומלצים אצל חולים פליאטיביים מרותקים שאינם מסוגלים לשתות.
2. משלשלים אוסמוטים Osmotic laxatives			
Lactulose Laevolac, (Avilac)	15-30 ccX1-4/d	סוכרים לא מתפרקים במעי, לחץ אוסמוטי במעי עולה, מים נשארים במעי, מנפחים צואה ומרצים פריסטלטיקה של המעי.	נפיחות וגזים בבטן, כאבי בטן עוויתיים.
Polyethylene glycol (PEG) Normalax	1-2 פעמים ביום	גורם למשיכה של מים הנמצאים במעי ולפיכך מרכך צואה.	נפיחות וגזים בבטן, כאבי בטן עוויתיים, עם תרופות אלה התופעות הנ"ל פחות שכיחות בהשוואה למשלשלים אוסמוטיים.
3. סטימולנטים Stimulants			
Anthracenes (Senna')	1 Tab.X1-2/d	הגברת פעילות מעי.	כאבי בטן עוויתיים
Diphenols (Bisacodil, Laxadin)	5 MgX1-2/d		אסורים במקרים של חסימת מעיים
Castor Oil	15-60 cc PO		

תרופה	מינון	מנגנון פעולה	תופעות לוואי והערות לשימוש
4. מרככי צואה (stool softeners)			
Docusate Sodium	1-2 tsp in ½ cup water	מגבירים חדירת נוזלים לתוכן המעי	גירוי מקומי של חלחולת ופי טבעת, שלשול, פגיעה במקרים נדירים בכבד בשילוב עם לקסטיבים אחרים
5. Lubricants			
Mineral oil	5-45 ccX1-2/d	מחליקים מעבר צואה במעי	סיכון של אספירציה
6. נרות			
Glycerin, Bisacodil	1PRX1-2	הגברת תנועתיות במעי	גירוי מקומי
7. חוקנים			
Microlet, Fleet Enema	1-2/d	לשימוש בעצירות חריפה או פקק צואה (Fecal Impaction)	

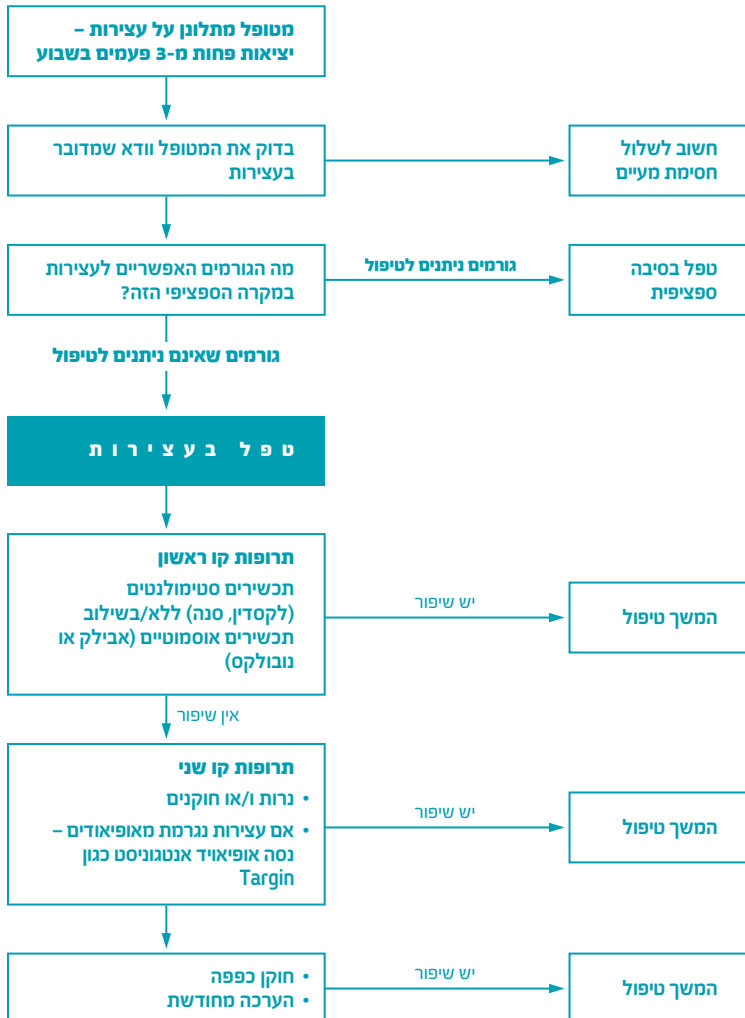
טיפול לפי מצבים מיוחדים

- ← כאשר עצירות נגרמת על ידי תרופות מסוג אופיאודים – שקול להעביר לתרופות המכילות Methylnaltrexone – אופיאודי אנטגוניסט או Naloxone (לדוגמה Targin).
- ← עדיף להתחיל בתכשיר אופיאודי הגורם לעצירות בשכיחות נמוכה יותר כמו Targin, בעיקר בחולה עם רקע או פוטנציאל לפתח עצירות.
- ← במידה שהעצירות נמשכת, יש להתחיל משלשלים סטימולנטיים (Laxadine) או/ו מרכי צואה או אוסמוטיים (Novolax) (Laevolac). בצע טיטרציה במינון עד השגת אפקט רצוי.
- ← בבדיקה רקטלית צואה קשה, אבני צואה – רצוי לבצע חוקן כפפה אך לפני כן לתת סדציה טובה עם מורפין ודורמיקום.
- ← **שים לב! במקרה שיש חשד לחסימת מעיים – יש להימנע מטיפול בלקטיבים!**

הנחיות כלליות לטיפול בעצירות

- ישנה חשיבות רבה למנוע עצירות אצל כל מטופל עם מחלה פליאטיבית מתקדמת. באופן כללי, חשוב למנוע עצירות על ידי הדרכת המטופל ועידודו לשינוי באורח החיים (במידה שאפשר).
- ← יש לשנות תזונה (הגברת סיבים תזונתיים, שתייה מספקת).
- ← יש לשפר ניידות ולעודד פעילות גופנית.
- ← יש לספק למטופל הסבר, הדרכה וטיפול לצורך מניעת תופעות לוואי של תרופות הגורמות לעצירות (בראש ובראשונה שימוש באופיאודים).
- ← יש למנוע ולטפל מוקדם ככל שניתן בגורמים שונים לעצירות.

תרשים זרימה – טיפול בחולה עם עצירות



מקורות:

1. Walsh D. Textbook Palliative Medicine. Saunders. 2009.
2. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policher JS. End-of-Life Care. 20 Common Problems. 2002.
3. Waller A. Handbook of Palliative Care in Cancer. 1996
4. Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine* 2008; 22: 796-807.
5. Gibson RJ, Keefe DMK. Cancer chemotherapy-induced diarrhea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies. *Support Care Cancer* 2006; 14: 890-900.
6. Klaschik E, Nauck F, Ostgathe C. Constipation—modern laxative therapy. *Support Care Cancer* 2003; 11: 679-685.

שלשול DIARRHEA

שלשול הינה בעיה נפוצה ומשמעותית בקרב חולים עם סרטן מתקדם, והיא עשויה להוות בעיה קשה, מתישה ומביכה. שלשול מוגדר כיציאות רכות או נוזליות המתרחשות מעל 3 פעמים ב-24 שעות. חולים עם שלשול נמצאים בסיכון מוגבר להתייבשות, חוסר איזון באלקטרוליטים ותשישות. 7% עד 10% מחולי סרטן המאושפזים בהוספיס סובלים משלשול.

סיבות שכיחות לשלשול:

תרופות

- ← שימוש יתר במשלשלים (לקסטיבים)
- ← סותרי חומצה (antacids)
- ← אנטיביוטיקה
- ← NSAID

סיבות הקשורות למחלת סרטן

- ← סרטן מעי גס או רקטום
- ← סרטן לבלב (Pancreatic islet cell tumor)
- ← קרצינואיד
- ← חסימת מעיים חלקית

סיבות הקשורות לטיפול בסרטן

- ← כימוטרפיה (5-fluorouracil (5-FU), irinotecan (CPT-11), and capecitabine)
- ← הקרנות

בעיות ספיגה

- ← סרטן לבלב
- ← לאחר כריתת קיבה
- ← לאחר כריתת מעי הדק
- ← לאחר כריתת מעי הגס

בעיות בתזונה

- ← עודף סיבים תזונתיים
- ← תבלינים
- ← אלכוהול
- ← תוספי מזון

מחלות נלוות

- ← זיהומים
- ← סוכרת
- ← פעילות יתר של בלוטת התריס
- ← מחלת מעיים דלקתית (IBD)
- ← תסמונת מעי הרגיז (IBS)
- ← עצירות עם פקק צואה (Fecal impaction)

אבחון**אגמנזה:**

- ← כמה זמן יש למטופל שלשול? האם סבל קודם מעצירות?
- ← באיזו תדירות היציאות?
- ← האם היציאות רכות או נוזליות?
- ← מה צבע הצואה?
- ← האם לצואה יש ריח רע?
- ← האם סובל מכאבי בטן עוויתיים?
- ← איזה תרופות המטופל נוטל?
- ← האם קיימים תסמינים נלווים

בדיקה גופנית כללית:

- בדיקת בטן (ניע, גושים בבטן)
- בדיקה רקטלית (פצעים בעור, טונוס של ספינקטר, נוכחות צואה באמפולה, הפרשות אחרות באמפולה)
- סימני דהידרציה

בדיקות עזר:

← מעבדה (רק במקרים נדירים)

- כימיה (לשלול הפרעות אלקטרוליטריות)
- צואה
- anion gap – לאבחון סוג השלשול (osmotic /secretory)
- $\text{Stool anion gap} = \text{stool osmolality} - 2 (\text{stool sodium} + \text{stool potassium})$
- $\text{Anion gap} > 50 \text{ mmol/l} \rightarrow \text{osmotic diarrhea}$
- $\text{Anion gap} < 50 \text{ mmol/l} \rightarrow \text{secretory diarrhea}$

← הדמיה:

- רק במקרים מובחרים בלבד בשאלה של חסימת מעיים יש מקום לבצע צילום בטן.
- ברוב המקרים אין צורך בהדמיה ספציפית

טיפול**התערבות כללית**

- ← להפסיק תרופות משלשלות (לקסטיבים).
- ← שינוי תזונתי (הגבלת מוצרי חלב וסיבים תזונתיים).
- ← הערכת מטופל לגבי חומרת התייבשות לצורך טיפול החזר נוזלים בדרך פומית או תוך-ורידית.
- ← ביצוע רוויזיה של כל התרופות שיש להן תופעות לוואי פוטנציאליות העלולות לגרום לשלשול.

התערבות תרופתית ספציפית

1. Absorbent agents

← **Kaopectine** 15-30 mL לאחר כל יציאה.

2. Mucosal prostaglandin inhibitors

← **Bismuth subsalicylate** 30 mL or 2 tabs PO כל 30 דקות / כל שעה, Max 8 doses

3. Opioid agents

← **Loperamide** (Immodium, Loperide, Stupid, Rekamid) מנה ראשונה 4 מ"ג, ואז 2 מ"ג לאחר כל יציאה (maximum = 16 mg/24hr)

← מנגנון פעולה:

- ירידה של פריסטלטיקה,
- הגברת ספיגת מים מחלל המעי.

← **Codeine** 10-60 מ"ג כל 4 שעות.← **Tincture of opium** 15-20 טיפות כל 4 שעות או לאחר כל יציאה.**טיפול ספציפי לפי מצבים מיוחדים:**

מזב	טיפול תרופתי	מינון
בעיית ספיגה (pancreatic insufficiency)	Pancreatic enzymes (Creon, Pancrease)	2 tab with meals
אחרי הקרנות (radiation enteritis)	NSAID Opioids	
Carcinoid tumors	Octreotide	100-500 µg SC or IV tid
Bowel obstruction	Octreotide	
Pseudomembranous Colitis	Vancomycin	500 mg PO tid-qid 7-10 days

מקורות:

1. Walsh D. Textbook Palliative Medicine. Saunders. 2009.
2. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policher JS. End-of-Life Care. 20 Common Problems. 2002.
3. Waller A. Handbook of Palliative Care in Cancer. 1996

SIALORRHOEA, DROOLING ריור

רקע

ריור הינה תופעה שכיחה במספר מחלות נוירולוגיות, בעיקר פרקינסון (70-80%), MND/ALS (20-30%), לאחר CVA או בגידולי ראש-צוואר. הריור גורם לפגיעה ניכרת באיכות חיי המטופל, ולמבוכה חברתית ותלות. הוא עשוי לגרום לגירוי העור, זיהומים, ריח רע מהפה ואספירציה.

הרוק מיוצר בשלוש בלוטות עיקריות המעוצבבות עצבוב פרסימפטטי: הבלוטות התת-ליסתיות, הבלוטות התת-לשוניות והבלוטות הפרוטידיות.

ריור נגרם בעיקר בשל קושי בבליעה וקושי בשליטה בשרירי הפנים והפה. תיתכן גם הגברה של הפרשת רוק בדלקות חניכיים, GERD, פטרת הפה והלשון ושימוש בתרופות (קלזפין, ליתיום).

טיפול לא תרופתי

- ← התערבות של קלינאי/ת תקשורת הכוללת הדרכה לבליעה מבוקרת.
- ← הדרכה לייצוב הראש, הקפדה על כיסא עם משענת ראש אחורית.
- ← מכשיר סקשן ביתי.

טיפול תרופתי

1. תרופות אנטיכולינרגיות – השימוש מוגבל בשל תופעות לוואי (כגון: עצירות, בלבול, יובש בפה, אצירת שתן ועוד). תרופות אלה אסורות במקרים של הפרעה בקצב הלב, ברקית סגורת זווית והיפרטרופיה שפירה של הערמונית. רוב העבודות נבדקו על ילדים עם שיתוק מוחין (CP).

- ← מדבקות **(Scopolamine) Hyoscine hydrobromide** במינון 1 מ"ג כל 72 שעות, עד 3 מדבקות יחד. נמצא יעיל בילדים. יתכן גירוי מקומי וגרד באזור המדבקה.
- ← אטרופין. שימוש בטיפות עיניים בריכוז 0.5-1%, 1-2 טיפות, מתן תת-לשוני 2-4 פעמים ביום קיים גם בכדור/סירופ, 300-600 מ"ג, 2-3 ביום. לא משווק בארץ.
- ← **(Robinul) Glycopyrrrolate** – לא חוצה את מחסום הדם-מוח (BBB) ולכן פחות תופעות לוואי. ניתן בעירוי תת-עורי של 1.2 מ"ג למשך 24 שעות. טבליות (1 או 2 מ"ג) במינון התחלתי של 0.5 מ"ג, 3-1 פעמים ביום. מינון מרבי של 8 מ"ג ביום. קיים גם באינהלציה.
- ← תכשירים נוספים – **benztropine, benzhexol**.
- ← תרסיס **ipratropium bromide** תת לשוני (ארובנט, אפובנט)
2. חוסמי בטא – קו שני אחרי אנטיכולינרגים, או בנוכחות הפרשות צמיגות. פרופרנולול 10 מ"ג שלוש ביום. עשוי להחמיר תשישות.
 3. בוטולינום טוקסין – ניתן בהזרקה לבלוטת הפרוטיד ו/או במתן תת-לשוני. תופעות לוואי קלות יחסית כגון יובש בפה, מחלה דמוית שפעת, אי נוחות במקום ההזרקה ורוק צמיג. קיים סיכון לקושי חולף בבליעה. המינון היעיל הוא בוטוליניום MU75, A בהזרקה לפרוטיד. משך ההשפעה: 3-8 חודשים. ניתן להזריק שוב.
 4. טריציקליים כגון אמיתריפטילין – תופעת הלוואי משמשות כאמצעי טיפולי.
 5. רדיותרפיה – המינון לקבלת אטרופיה של הפרוטיד משתנה בין מטופלים. תחילה מקרינים צד אחד ובקבלת תגובה טובה מקרינים בצד השני. תיתכן צריבה בעור שעלולה להימשך שבועות. היובש בפה עשוי להימשך חודשים עד שנים.
 6. ניתוח – בהיעדר תגובה לטיפול תרופתי או רדיותרפי ניתן לשקול ניתוח. פרוצדורות קיימות: **Transtympanic neurectomy, Submandibular or parotid gland excision, Submandibular or parotid duct relocation**.

מקורות:

1. Kalf JG, Smit AM, Bloem BR, et al. Impact of drooling in Parkinson's disease. *J Neurol*. 2007; 254(9): 227-32.
2. Marks L, Turner K, O'Sullivan J, et al. Drooling in Parkinson's disease: a novel speech and language therapy intervention. *Int J Lang Commun Disord*. 2001; 36(Suppl.): S282-7.
3. Jongerius PH, van Til P, van Limbeek J, et al. A systematic review for evidence of efficacy of anticholinergic drugs to treat drooling. *Arch Dis Child*. 2003; 88(10): 911-14.
4. Lewis DW, Fontana C, Mehallick LK, et al. Transdermal scopolamine for reduction of drooling in developmentally delayed children. *Dev Med Child Neurol*. 1994; 36: 484-6.
5. Brodtkorb E, Wyzocka-Bakowska MM, Lillevold PE, et al. Transdermal scopolamine in drooling. *Ment Defic Res*. 1988; 32(3): 233-7.
6. Al-Memar AY, Roy D, Powel A. Treatment with atropine sulphate 1% drops in the management of bulbar MND. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998; 64: 704. Hyson HC, Johnson AM, Jog MS. Sublingual atropine for sialorrhea secondary to parkinsonism: a pilot study. *Mov Disord*. 2002; 17(6): 1318-20.
7. Blasco PA, Stansbury JCK. Glycopyrrolate treatment of chronic drooling. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150: 932-5.
8. Bachrach SJ, Walter RS, Trzeinski K. Use of glycopyrrolate and other cholinergic medications for sialorrhea in children with cerebral palsy. *Clin Pediatr*. 1998; 37: 485-90.
9. Stern LM. Preliminary study of glycopyrrolate in the management of drooling. *J Paediatr Child Health*. 1997; 33: 52-4.

10. Mier RJ, Bachrach SJ, Lakin RC, et al. Treatment of sialorrhea with glycopyrrolate: a double-blind, dose-ranging study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154(12): 1214-18.
11. Strutt R, Fardell B, Chye R. Nebulized glycopyrrolate for drooling in a motor neuron patient. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23(1): 2-3.
12. Camp-Bruno JA, Winsberg BG, Green-Parsons AR, et al. Efficacy of benztropine therapy for drooling. *Dev Med Child Neurol*. 1989; 31(3): 309-19.
13. Reddihough D, Johnson H, Staples M, et al. Use of benzhexol hydrochloride to control drooling of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 1990; 32: 985-9.
14. Thomsen TR, Galpern WR, Asante A, et al. Ipratropium bromide spray as treatment for sialorrhea in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2007; 22(15): 2268-73.
15. Newall AR, Orser R, Hunt M. The control of oral secretions in bulbar ALS/MND. *J Neurol Sci*. 1996; 139(Suppl.): S43-4.
16. Dogu O, Apaydin D, Sevim S, et al. Ultrasound-guided versus 'blind' intraparotid injections of botulinum toxin-A for the treatment of sialorrhoea in patients with Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg*. 2004; 106(2): 93-6.
17. Lagalla G, Millevolte M, Capecci M, et al. Botulinum toxin type A for drooling in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Mov Disord*. 2006; 21(5): 704-7.
18. Lipp A, Trottenberg T, Schink T, et al. A randomized trial of botulinum toxin A for treatment of drooling. *Neurol*. 2003; 61(9): 1279-81.
19. Mancini F, Zangaglia R, Cristina S, et al. Double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of botulinum toxin type A in the treatment of drooling in parkinsonism. *Mov Disord*. 2003; 18(6): 685-8.

20. Ondo WG, Hunter C, Moore W. A double-blind placebo-controlled trial of botulinum toxin B for sialorrhea in Parkinson's disease. *Neurol.* 2004; 62(1): 37-40.
21. Contarino MF, Pompili M, Tittoto P, et al. Botulinum B ultrasound guided injections for sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis and Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2007; 13(5): 299-303.
22. Jongerius PH, Rotteveel JJ, van Limbeek J, et al. Botulinum toxin effect on salivary flow rate in children with cerebral palsy. *Neurol.* 2004; 63(8): 1371-5.
23. Andersen PM, Gronberg H, Franzen L, et al. External radiation of the parotid glands significantly reduces drooling in patients with motor neurone disease and bulbar paresis. *J Neurol Sci.* 2001; 191: 111-14.
24. Stalpers LJ, Moser EC. Results of radiotherapy for drooling in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurol.* 2002; 58: 1308.
25. Borg M, Hirst F. The role of radiation therapy in the management of sialorrhea. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998; 41: 1113-19.
26. Hockstein NG, Samadi DS, Gendron K, et al. Sialorrhea management challenge. *Am Fam Physician.* 2004; 69(11): 2628-34.

חסימת מעיים (BOWEL OBSTRUCTION) על רקע ממאירות

רקע

חסימת מעיים מעוררת תהליך דלקתי המגביר את ההפרשות לתוך המעי החסום. התסמינים הקליניים כוללים כאב בטן עוויתי ותפיחות של הבטן, הקאה שלעיתים עשויה להיות צואתית, חוסר מעבר גזים או יציאות, ודהידרציה סיסטמית. חסימת מעיים יכולה להיות חלקית או מלאה, במקום אחד או במקומות רבים. המעי הדק נחסם בשכיחות גבוהה יותר מהמעי הגס. בחלק הפרוקסימלי לחלק הנחסם אפשר לשמוע תנועתיות (פריסטלטיקה) מוגברת אשר גורמת לכאב עוויתי.

תהליך חסימת המעיים הינו מעגל סגור ההולך ומחמיר: החסימה גורמת להתנפחות המעי, בעקבותיה ישנה הפרשה מוגברת לחלל המעי וכתוצאה מכך המעיים ממשיכות להתנפח. החסימה עלולה להתרחש עקב לחץ חיצוני על דופן המעי או בשל לחץ של גידול החוסם מהדופן את חלל המעי.

הידבקויות לאחר ניתוחים או הקרנות יכולים גם הם לתרום לחסימה.

סימנים לחסימת מעיים:

- ← יובש בפה, ירידת לחץ דם ועליה בדופק על רקע דהידרציה.
- ← בטן תפוחה.
- ← בבדיקת הבטן בשלב מוקדם של החסימה פריסטלטיקה מוגברת בעלת צליל מתכתי.
- ← בבדיקה בשלב מתקדם תיעלם הפריסטלטיקה.
- ← רגישות בבטן.

← בחסימה גבוהה יותר, קרי של קיבה, תריסריון, לבלב, ג'ז'נום, תהיה הקאה בכמות גדולה לאחר ארוחה.

← לעיתים הקאה צואתית בחסימות נמוכות יותר, אך יתכן שלא תהיה הקאה, או שתופיע בשלב מאוחר.

תרופות כגון אופיואידים וטריציקלים נוגדי דיכאון יכולים להוביל לעצירות שתחקה חסימת מעיים. טיפול בכאב בהגברת מינון אופיואידים יחמיר את המצב ולכן חשוב לאבחן מצב זה.

אבחון

לפי התסמינים והסימנים שהוזכרו לעיל. במקרה של ספק ניתן לבצע צילום בטן שיראה פלסי אויר-נוזל. ניתן לתת גסטרוגרפין להדגמה טובה יותר. לפני החלטה על ניתוח ניתן גם לבצע טומוגרפיה ממוחשבת לבטן על מנת לבדוק את היקף המחלה ולהדגים האם יש חסימה אחת או יותר ומהו מיקומה.

בשלב ראשון יש לחפש סיבות הפיכות ולטפל בהן. בהתאם לממצאים, ועל מנת שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה, בחר חלופות פולשניות באופן מינימאלי לשם אבחון וטיפול. יש לשקול האם תוצאות הבדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, ועד כמה ביצוע הבדיקה יקשה על החולה ומשפחתו.

טיפול

הטיפול הסופי בחסימת מעיים הוא ניתוח לפתיחת החסימה, אך אפשרות זו לא באה בחשבון בחולים פליאטיביים עם מחלה גרורתית מפושטת בבטן, שמצבם הכללי והתפקודי ירוד. שיעור התמותה תוך 30 ימים לאחר ניתוח לטיפול בחסימת מעיים על רקע גידולי בסרטן מתקדם הוא בין 9%-40% ושיעור הסיבוכים הינו בין 9%-90%. **לפיכך, הטיפול יהיה פליאטיבי להקלת התסמינים.**

1. **תזונה** – הגישה הפליאטיבית היא לאפשר למטופל לאכול ולשתות לפי יכולתו ורצונו. תזונה ושתייה לא משנים את תוחלת החיים במצב זה. הזנה תוך-ורידית Total parenteral nutrition אינה מומלצת בחולה הפליאטיבי אלא אם כן צפויה תוחלת חיים יחסית ארוכה והחולה עלול לסבול מרעב. הוכח שגם אם הזנה תוך-ורידית עשויה לשפר במעט את תוחלת החיים, היא כרוכה בסיבוכים, ועלולה להוסיף לסבל ולהאריך את האשפוז בבית החולים.

2. **הידרציה** – במצב של Steal fluid syndrome, בו נוזלים עוברים לחלל המעי מהמערכת הסיסטמית וגורמים לדהידרציה, יהיה למטופל קשה לאכול ולשתות. נמצא כי מתן תת-עורי של נוזלים בכמות של 1.5-1 ליטר ליממה מפחית בחילה. עם זאת, יש לזכור כי עודף הידרציה עלול לגרום להגברת הנוזלים במעי. מציצת קוביות קרח תקל את תחושת היובש בפה.

3. **תומכנים (self expandable metal stents)** – לפתיחת חסימות במוצא הקיבה, מעי דק קריבני, ומעי גס, בעיקר השמאלי. הם אינם מאריכים את תוחלת החיים אך מקלים את תסמיני החסימה. התווית נגד לשימוש בתומכנים: חסימות מרובות בבטן וקרצינומטוזיס ממושט.

4. **זונדה ו-PEG – percutaneous gastrostomy** הזונדה גורמת לאי נוחות ניכרת ולכן יש להחזיר זונדה רק במקרים עקשניים שאינם מגיבים לטיפול התרופתי. בחסימה עליונה שלא מגיבה לטיפול תרופתי ניתן לשקול PEG.

5. **טיפול תרופתי** – הטיפול מורכב משלושה מרכיבים:

א. טיפול נוגד כאב

ב. טיפול נוגד בחילה והקאה

ג. טיפול המקטין את הפרשת הנוזל לחלל המעי.

הטיפול יינתן בדרך כלל במתן תת-עורי בצורה מתמשכת או במנות דחף, תוך שילוב של התרופות השונות. תרופות מקובלות ביחידה לטיפול ביתי פליאטיבי:

← **מורפין סולפט או הידרוכלוריד** – לשיכוך כאב. זמין באמפולות של 10, 20 ו-100 מ"ג. ניתן להתאים מינון על פי עוצמת כאב.

← **פרמין (metoclopramide)** – נגד בחילה והקאה. זמין באמפולות של 10 מ"ג. ניתן במינון של 30-240 מ"ג ליממה, במינון עולה במצב של חסימה גבוהה או חסימה מכאנית מלאה עקב פעילותו הפרוקינטית על המעי. פרמין עלול לגרום להגברת הכאב העיוותי.

← **הלידול (haloperidol)** – נגד בחילה והקאה. זמין באמפולות של 5 מ"ג. ניתן לתת מינון של 5-15 מ"ג במינון עולה.

← **דקסטוזון** – להורדת בצקת כתוצאה מהגידול ומלחץ עצבי ולהקלת בחילה והקאה. זמין באמפולות של 2 ו-20 מ"ג. ניתן לתת 4 מ"ג עד 20 מ"ג ביום, במינון עולה. עשוי לסייע לפתיחת חסימה חלקית. אם אין הוראת נגד, מומלץ מינון גבוה לניסיון של 60-80 מ"ג. אם המינון הגבוה לא הואיל ניתן לרדת מהר מהתרופה. אם התרופה הועילה ניתן לרדת בהדרגה עד לאותו מינון המשמר את התגובה המועילה.

← **לא ניתן לשלב דקסטוזון עם הלידול**. תערובת משולבת גורמת להיווצרות גבישים ופוגעת ביעילות התרופות ניתן לתת כל תרופה לחוד.

← **סנדוסטטין** – (octreotide) – אנלוג סינטטי של סומטוסטטין המעכב את תנועתיות המעי, מוריד את זרימת מיצי המרה למעי ומגביר את ספיגת הנוזלים מהמעי. מעכב הפרשת הורמונים אחרים פעילים במערכת העיכול. זמין באמפולות של 0.05, 0.1 ו-0.5 מ"ג. ניתן לתת 1.2-0.2 מ"ג ביום, במינון עולה, על ידי זריקת דחף תת-עורית, פעמיים ביום, או בעירוי תוך-וריד או תת-עורי מתמשך. סנדוסטטין הינה התרופה המועדפת להקטנת הפרשת המעי בשל יעילות גבוהה ומיעוט תופעות לוואי.

← אם המינון הגבוה לא הועיל ניתן מהר להפסיק את התרופה. אם התרופה הועילה ניתן לרדת בהדרגה עד לאותו מינון המשמר את התגובה המועילה.

← **אטרופין סולפט וסקופולמין הידרורמיד**

אנטיכולינרגים מקטינים את כמות הנוזל במעי ומעכבים את הפריסטילטיקה.

סקופולמין מגיע באמפולות של 0.25 מ"ג – ניתן לתת 2-0.3 מ"ג ביממה, במינון עולה. אינו זמין בקהילה.

אטרופין מגיע באמפולות של 1 מ"ג. גורם לתופעות לוואי משמעותיות – יש לו השפעה חזקה על מערכת העצבים המרכזית וגורם לסדציה, יובש קשה בפה וטכיקרדיה. כיום, תרופות אלו פחות מקובלות לשימוש.

מקורות:

1. Ripamonti C, Twycross R, Baines M et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support care cancer, 2001; 9(4): 223-33.
2. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: A qualitative systematic review. J pain symptom manage, 2007; 33(2): 217-23.
3. Hanks G, Cherny N, Christakis NA et al. Oxford textbook of palliative medicine, 4th ed. Oxford university press, 2010, pp 850-63
4. Menahem S, Shvartzman P. Analgesia for biliary and renal colic – what can we learn from the literature? Israel J Fam Pract 2005; 15(125): 27-30 (Hebrew).

מיימת ASCITES

רקע

הצטברות נוזל בחלל הבטן בעקבות סיבות אונקולוגיות (משני לקרצינומטוזיס בטני) ולא אונקולוגיות (בעקבות שחמת כבד או אי ספיקת לב למשל). בד"כ חולים מתלוננים על הגדלת בטן, קושי בישיבה וקשיי נשימה. תופעת המיימת הינה שכיחה ביותר בסוגי הסרטן: שחלה (מעל 50%), שד, רחם, מעי גס, קיבה, לבלב וריאות.

מאפייני מיימת:

← הגדלת בטן

← חוסר תאבון, בחילה והקאה, צרבת (בשל לחץ על הקיבה)

← קשיי נשימה

← עליית משקל

← בצקות ברגליים

← הגבלה ניכרת בניידות עד ריתוק למיטה

סיבות אפשריות להתפתחות של מיימת:

← קרצינומטוזיס פריטונאלית

← חסימת כלי לימפה הגדולים

← פקקת של וריד פורטלי

← עליית לחץ בווריד פורטלי (portal hypertension) בעקבות שחמת כבד

← אי ספיקת לב

← פריקרדיטיס

← תסמונת נפרוטית

← זיהום פריטוניאלי.

פטופיזיולוגיה של מיימת סרטנית אינה לגמרי ברורה. נכון להיום הודגמו מספר מנגנוני מיימת ממקור סרטני

- מיימת בדרך כלל קשורה לתהליך גרורתי תוך בטני וחסימה של דרכי לימפה.
- subphrenic vessels על ידי חדירת הגידול.
- גדלה חדירות של כלי הדם.
- פעילות יתר של מערכת רנין-אנגיאוטנזין-אלדוסטרון.
- ייצור יתר של הנוזל על ידי גידול.
- הרס של המטריקס בחלל אקסטרה סלולארי על ידי מטלו-פרוטאינזות.

אבחון

← ניתן לאבחן על סמך ממצאי בדיקה גופנית: הגדלת בטן, בטן מתוחה, עמימות בניקוש, הסטת עמימות בניקוש בטן והרגשת גלי מים (fluid wave, shifting dullness, flank dullness)

← לעיתים ניתן לראות ורידים בולטים בקיר הבטן, נוזל פלאוירלי ובצקת בקיר הבטן.

בדיקות עזר

ברוב המקרים אין צורך בביצוע בדיקות הדמיה. במקרים מסוימים ניתן לאבחן מיימת, במיוחד בכיסי הבטן, על ידי ביצוע בדיקה על קולית US או CT בטן.

טיפול

1. מיימת קלה עד בינונית

- ← הגבלת מלח בדיאטה
- ← הגבלת צריכת מים כאשר קיימת היפונתרמיה
- ← מתן משתנים Spironolacton (Spirinolone, Aldacton) 100 מ"ג ליום, עם עלייה הדרגתית במינון עד 400-600 מ"ג ליום. **עם או בלי** Furosemide (Fusid) 40 מ"ג למנה, עם עלייה הדרגתית עד 240 מ"ג ליום.
- משתנים יעילים רק ב-30 עד 40 אחוז מהמקרים של מיימת סרטנית.
- ניתן לראות תגובה מיידית לפוסיד אולם, התגובה לאלדוסטרון נראית רק לאחר מספר ימים.
- חולים עם שחמת כבד או גרורות בכבד מגיבים טוב יותר לטיפול במשתנים.
- במידה שהאלבומין בדם נמוך, משתנים אינם יעילים. ניתן להגביר את יעילותם של משתנים על ידי מתן פלזמה ומייד אחר כך מתן תוך-ורידי של משתנים.
- במהלך טיפול במשתנים חשוב לבצע מעקב אחר סימני התייבשות, משקל, תפקודי כליות ואלקטרוליטים בדם.

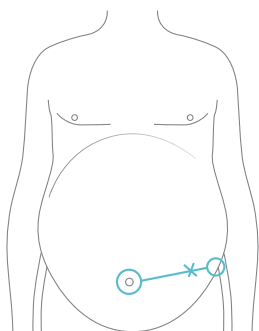
2. מיימת במצב קריטי

מיימת מתוחה

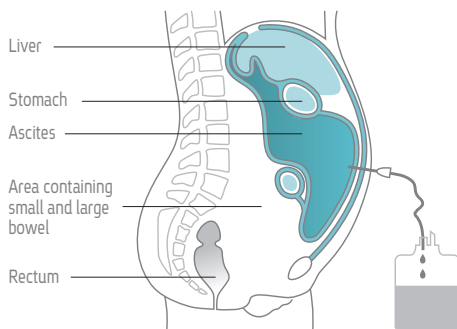
- מיימת מתוחה גורמת לקושי בנשימה
- באמצעות ניקור מיימת ניתן להקל מיידית את התסמינים של מיימת מתוחה. פעולת הניקור הינה פשוטה, יעילה ובטוחה. בתנאים אמבולטוריים ניתן לנקר נוזל במהירות – עד 5 ליטר תוך שעה-שעתיים. במידה שלא נמשך טיפול במשתנים, ישוב להצטבר נוזל תוך שבוע עד 3 שבועות.
- סיבוכים אפשריים:
- ← דימום
- ← פרפורציה של איברים פנימיים בחלל הבטן
- ← נזילת נוזל בטני מהניקור
- ← פריטוניטיס
- ← תסחיף ריאתי
- ← ירידה בלחץ דם.

טכניקה של ניקור

- ← בקש מהמטופל לרוקן את שלפוחית שתן.
- ← מומלץ לבחור מקום בקיר הבטן ללא כלי דם, ללא צלקות וללא גושים.
- ← דמיון קו בין הטבור לאיליאק קרסט ובחר נקודת ניקור.
- ← חטא את המקום המיועד לנקודת הניקור.



תמונה 2 – קו דמיוני בין הטבור לאיליאק קרסט



תמונה 1 – ניקור מיימת

מכשור:

- ← פדים סטריליים
- ← נוזל אנטי-ספטי (יוד, ספטול)
- ← כפפות סטריליות
- ← סט עירוי סטרילי
- ← וונפלו (venflon 14 – to 16 gauge)
- ← כלי לאיסוף נוזלים

התוויות נגד לניקור:

← חסימת מעיים

← הידבקויות רבות בחלל הבטן

← זיהום מקומי או סיסטמי

← בעיות קרישה (טרומבוציטופניה $> 40,000$, $INR > 1.4$)

במידה שהמיימת נשנית מהר, ונדרשים ניקורים חוזרים, ניתן לשקול הכנסת קטטר קבוע (כגון Denver Biomedical catheter with one – way valve או Pleurex)

אופציה נוספת לטיפול במקרים של מיימת חוזרת או מיימת עמידה לטיפול היא הכנסת מעבר פריטונאלי (Peritoneovenous shunt) כגון Denver or LeVeen shunts או הכנסת קטטר ל-Pleurex. שנטים מונעים ניקורים חוזרים ומאפשרים לשמור על רמת אלבומין. לצד יתרונות אלה, שנטים עלולים ליצור חסימה של מעבר, לזיהום ולבעיות קרישה.

Chylous Ascites

סוג נדיר יחסית של מיימת הקשור לסיבוכים של הקרנת בטן או סרטן גניקולוגי. תופעה המהווה סכנה רצינית בשל סיכון גבוה לתמותה עקב איבוד משקל בלתי הפיך (קכקסיה), זיהום וסיבוכים בעקבות התערבות כירורגית. אפשרויות טיפול במיימת זו: דיאטה דלת שומן, מתן אוקטראוטיד (Octreotide). והזרקת סטרואידים פריטונאליים.

מקורות:

1. Smith EM, Jayson GC. The Current and Future Management of Malignant Ascites. Clinical Oncology 2003; 15: 59-72.
2. Becker G, Galandib D, Bluma H.E. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. Eur Jour of Cancer 2006; 42: 589-597.
3. LeBlanc K, Arnold RM. Palliative Treatment of Malignant Ascites #177. Fast Facts and Concepts.
4. LeBlanc K, Arnold RM. Evaluation of Malignant Ascites #176. Fast Facts and Concepts. Journal of Palliative Medicine 2010;13(8).
5. Thwaites D. Understanding Paracentesis. Journal of Palliative Medicine 2009; 12(1).
6. Walsh D. Textbook Palliative Medicine. Saunders. 2009.
7. Kinzbrunner BM. Weinreb N.J., Policher J.S. End-of-Life Care. 20 Common Problems. 2002.
8. Waller A. Handbook of Palliative Care in Cancer. 1996

באשת פה (הליטוזיס) HALITOSIS

רקע

הליטוזיס (ריח רע מהפה) הינה תוצאה של תהליכי רקב בפה מחיידקים, שאריות מזון, תאים, רוק ודם. החיידקים האחראים על הליטוזיס הם ברובם חיידקי גרם-שליליים וכוללים זנים שונים של Bacteroides, Enterobacteriaceae, Fusobacterium. יתכן שקיימת אינטראקציה בין מספר חיידקים ותנאים מסוימים בחלל הפה. הליטוזיס הינה בעיה שכיחה בקרב חולים פליאטיביים, העשויה ליצור מחסום בין המטופל למטפל העיקרי וכן לגרום לבדידותו של החולה לקראת סוף החיים.

המרכיבים הכימיים שנוצרים על ידי חיידקים האחראים על ריח רע הם גופרית, דיאמין, וחומצות שומן. כיום ידוע כי קיים קשר בין הליטוזיס לבין בעיות שכיחות של מערכת העיכול כגון מחלת רפלוקס ונכחות של חיידק הליקובקטר פילורי (pylori infection) Helicobacter. כמו כן, בחלק מהמטופלים נוכחות של פטרת בפה (candida) עשויה לגרום לתסמינים שונים בפה, כולל הליטוזיס.

סיבות שכיחות להליטוזיס אצל חולים פליאטיביים:

1. בעיות בחלל הפה
 - ← היגינה לא מספקת בנוכחות של יובש בפה גורמת לבעית חניכיים
 - ← זיהומים בחלל הפה (הרפס, פטרת) (קנדידה)
 - ← גידול נמקי בחלל הפה
 - ← דימום מזיהום, גידול או כימותרפיה
2. מחלות של מערכת הנשימה
 - ← סינוסיטיס כרונית
 - ← גידול נמקי בלוע, בגרון או בסימפון
3. בעיות במערכת העיכול (בעיקר חוסר התרוקנות של הקיבה)
4. אי ספיקת כליות או כבד

אבחון

מאפייני הריח עשויים לרמז על מקור ההליטוזיס:

מאפייני ריח	סיבה אפשרית
ריח "ביוב"	יתכן ריבוי אנאerובים בחלל הפה: • גידול נמקי בחלל הפה או לוע/גרונ • אבצס בריאה או ברונואקטזיס חסימת מעיים
ריח מתקתק	Pseudomonas ?
ריח דגי או ריח של שתן	אי ספיקת כליות
ריח של אמוניה	אי ספיקת כבד

טיפול

טיפולים כלליים

- ← היגיינת פה כל 4 שעות
- ← ניקוי שיניים או תותבות בכל לילה
- ← הימנעות מאכילת מזון הגורם לריח לא נעים (כגון שום או בצל)

טיפולים ספציפיים

סיבה להליטוזיס	טיפול
בעיה בהיגיינת הפה	שיפור בהיגיינת הפה, שטיפות עם Chlorhexidine gluconate
גידול נמקי בפה או לוע/גרון	Metronidazole 250mg*3 PO בחלל הפה, או שטיפות פה עם מי חמצן
דימום מחלל הפה	שטיפת פה עם Ulsanic. Hexacapron 1g*3-4 PO לשקול מתן
אבצס בריאה עם כיח מוגלתי	טיפול AB רחב טווח
חוסר התרוקנות הקיבה (סטזיס)	Pramin 10*3-4 PO Tab. Motilium 10*3-4 Tab.
פטרית בפה (Candida)	טיפול מקומי: Nystatin 4 פעמים ביום Dactarin oral gel *3-4/d טיפול סיסטמי: במשך שבוע 2*50mg Tab. Fluconazole

מקורות:

1. Waller A. Handbook of Palliative Care in Cancer.1996
2. Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). BMJ, 2006; 333: 632-635.
3. Kinberg S, Stein M, Zion N, Shaoul R. The gastrointestinal aspects of halitosis. Can J Gastroenterol 2010; 24(9): 552-556.
4. Aas JA, PasterBJ, Stokes LN, et al. Defining the Normal Bacterial Flora of the Oral Cavity. J. Clin. Microbiol, Nov. 2005, p. 5721-5732.
5. Wilberg P, Hjermsstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. Support Care Cancer. 2012, in press.
6. Alt-Epping B, Kordestani RN, Klaus J, et al. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings – a prospective survey in palliative care. Support Care Cancer 2012; 20: 531-537.

גרד חזן

רקע

גרד עשוי להיות על רקע מחלה מקומית או סיסטמית. הוא עלול לגרום לאי נוחות, תסכול, פגיעה בשינה, חרדות ודיכאון. גרד בלתי פוסק מזיק לעור. לחולים הסובלים מגרד יש לעיתים עור יבש.

אבחון

יש לבחון את העור ולחפש סיבות מקומיות וסיסטמיות. עשוי להיות שילוב של גורמים.

← מחלת עור ראשונית – אטופיק דרמטיטיס, קונטקט דרמטיטיס, פסוריאזיס.

← זיהום – קנדידה, כינים, סקביאס, זיהום פטרייתי.

← תרופות – אופיאודים (בעיקר מורפין, דיא מורפין)

← מחלות סיסטמיות (ביניהן אי ספיקת כליות, צהבת, ליקוי בתפקוד בלוטת התריס, סוכרת, לוקמיה)



טיפול

- ← הפסק תרופות העשויות לגרום לגרד והימנע ממגע עם אלרגן.
- ← הורה למטופל להימנע מלבישת בגדי צמר ובגדים צמודים, משימוש בתכשירים המכילים אלוהול, ומרחצה תכופה במים חמים.

טיפול מקומי

- א. אמבטיה פשוטה עם סודה לשתייה או Hermal Balneum.
- ב. יבוש העור בעדינות במגבת רכה, בתנועות תיפוף מבלי לשפשף.
- ג. מריחת שמן על הגוף מיד לאחר רחצה ולפני השינה.
- ד. בארוע חד ומקומי של גרד ניתן להשתמש בשקית קרח להקלה.
- ה. בגרד עורי מקומי על רקע דלקתי או אלרגי, ניתן למרוח משחה סטרואידלית כגון: Ultralan, Betacorten, Dermovate.
- ו. ניתן למרוח Calamine Lotion.
- ז. ניתן למרוח Ung. crotamiton (Eurax) עד 3 פעמים ביום.

טיפול סיסטמי

- א. אנטיהיסטמינים כגון: chlorpheniramine (Ahiston) 2-4 mg או תכשירים פחות סדטיביים (Astemizide, loratadine 10mg x 2/d, cetirizine (Zylergy) 25 mg. מריחה מקומית של Tab Promethazine (Phenergan) 1 mg x 1/d. Gel Fenestil 0.1 x3/d + Tab Dimetindenum (Fenestil) 1 mg x 1/d.
 - ב. חוסמי H₂ כגון Cimetidine. ניתן לתת מינון של עד 800 מ"ג.
 - ג. Paroxetin 20-60 mg – גורם לוויסות כלפי מטה (Down regulation) של הקולטנים ל-5HT. יש לשנות מינונים בהתאם לתפקודי כבד וכליה.
 - ד. לגרד נזירופטי ניתן לשקול מתן Cap.gabapentin. המינון היעיל הינו 1200-3600 מ"ג.
 - ה. לגרד עקב חסימה בדרכי המרה/בילירובין גבוה: יתכן ויידרש נקז דרכי מרה. ניתן תחילה לנסות
 1. Tab (granisetron) Setron 1 mg / (Ondansetron) Zofran 8 mg x 2/d.
 2. Chol-les (Cholestyramine) לא יותר מ-24 גרם ליום.
- יש להימנע מלתת את הנ"ל במקביל ל-Coumadine, Disothiazide, Digoxin, Eltroxin, מכיוון שספיגתם של ויטמינים תלויי שומן (A,D,E,K) עשויה להיפגע בנוכחות תרופה.**
- ו. בגרד עקב נִשְׁנֵת הדם (אורמיה UREMIA), מלאי אלומיניום כגון ALUMAG עשויים לשחרר את האוריאמה מהעור ולמנוע גרד. נדרשים שבועיים עד להשפעה.
 - ז. לגרד עקב חדירת סרטן שד לעור: Tab Aspirin 500 mg או אחר (בעדיפות טבליות Naxyn 250-500 mg x 2/d).

מקורות:

1. Goldman BD, Koh HK. Pruritus and Malignancy. In Bernard JD (ed). Mechanism and Management of Pruritus. New York: McGraw Hill, 1994, Chap. 21.
2. Raderer M, Muller C, Scheithauer W. Ondasetron for pruritus due to cholestasis (letter). N Engl J Med 330: 1540, 1994.
3. Palliative care: Symptom management and end of life care. Integrated Management of Adolescent and adult Illness (IMAI), pg. 16

הזעת יתר HYPERHYDROSIS וגלי חום HOT FLASHES

רקע

הזעה הינה תהליך טבעי של אידוי שמטרתו לקרר את הגוף ולשמור על טמפרטורה נורמאלית קבועה של הגוף במצבים של חום, לאחר פעילות גופנית ובחשיפה לסביבה חמה. ההזעה בחולי סרטן משתנה עם סוג הגידול ושלב המחלה. בחולים עם מחלה מתקדמת, או חולים המקבלים טיפול פליאטיבי, ההיארעות היא בין 14%-28%. ההזעה לעיתים קרובות לילית, בדרגה בינונית עד חמורה.

טמפרטורת הגוף מווסתת באמצעות ניורונים רגישים לחום ולקור הנמצאים במוח באזור הפרהאופטי ובהיפוטרמוס הקדמי.

המידע המגיע להיפוטרמוס מושפע גם ממצב הערנות והמצב הרגשי. שינויים פיזיולוגיים כמו רמת פחמן דו-חמצני במוח, אוסמולריות הפלזמה, שינויים בנפח האינטרהוסקולרי ודהידרציה, משפיעים גם הם על ווסת הטמפרטורה בהיפוטרמוס. מערכת ויסות הטמפרטורה שייכת בעיקר למערכת העצבים האוטונומית ולכן אינה רצונית.

ניתן לראות שכיחות הזעה מוגברת המלווה בגלי חום בעיקר בקרב נשים לאחר סרטן שד שהן צעירות בזמן גילוי המחלה, יש להן BMI גבוה ונעשה אצלן שימוש בטמוקסיפן. כמו כן, ניתן לראות הזעה מוגברת בקרב גברים עם סרטן ערמונית מתקדם שעברו כריתת אשכים טיפולית או דיכוי הורמונאלי.

כמו במקרה של חום, הזעה בחולי סרטן יכולה להיות קשורה לגידול, לטיפול בו או להפרעות אחרות. הזעה שאינה קשורה לחום בדרך כלל מתווכת על ידי הורמונים וקשורה לטיפול התרופתי.

ניתן לחלק את ההזעה בגוף להזעה אזורית (regionalized sweating) והזעה כללית (generalized sweating). לעיתים חוסר הזעה במקום מסוים בגוף יגרום להזעת יתר באזור אחר.

הזעה כללית	הזעה אזורית
חום	מסיבה לא ידועה (ראשוני)
מחלות סיסטמיות	מחלה של חוט השדרה
פיאוכרומוציטומה	נירופטיה הקפית
הפרעות אנדוקריניות: הפרעות בהיפותלמוס, היפרתירואידיזם, סוכרת, אקרוגמלי, מנופאזה, כריתת אשכים, Diabetes insipitus	אירוע מוחי
גידולים נירואנדוקריניים: פיאוכרומוציטומה, קרצינואיד	מחלות הפוגעות בשרשרת הסימפטטית כגון Pancoast tumor
היפוגלקמיה	גידולים או מסות בראש
שחפת	עקב חשיפה לקור
לימפומה	עקב מחלות עור
אנדוקרדיטיס	הפרעה שקשורה לחוש הטעם
תעוקת לב	
סרטן	
הזעה אפיזודית	
תרופות: אופיואידים (לנסות לעבור לאופיואיד אחר במקרה זה), Acyclovir, Naproxen*, S.S.R.I, **אסטרונגים, טמוקסיפן, סטרואידים, GNRH ANALOGUES Tricyclic anti depressants	

* Naproxen – לשים לב שהתרופה מדווחת גם כגורמת להזעה וגם כטיפול להזעה עקב חום מגידול.

** אסטרונגים – מדווח גם כגורם להזעה וגם כטיפול לגלי חום.

טיפול בהזעה

הטיפול מיועד לטפל בגורם להזעה אם ניתן לזהותו ולטיפולים פליאטיביים לא ספציפיים.

הטיפולים המומלצים מבוססים מדעית באופן חלקי בלבד:

1. מנה נמוכה של Thioridazine ה-FDA האמריקני פרסם אזהרה לגבי קשר בין השימוש בתרופה לאריתמיה (TdP) Torsades de pointes שיכול להביא למוות פתאומי.
2. Thalidomide-במינון של 100 מ"ג בלילה.
3. Cimetidine 400-800 מ"ג פעמיים ביום נמצאו יעילים להזעה מגידול או הזעה מסיבה לא ידועה.
4. Somatostatin analogues בגידולים נוירואנדוקריניים.

במקרה של הזעה עקב חום ניתן להשתמש בפרצטמול או NSAID. במקרים של חום מגידול סרטני נמצא כי טיפול ב-NSAID מדור ראשון, לדוגמה Naproxen, הינו יעיל. אם טיפול זה מפסיק להשפיע, ניתן לעבור ל-NSAID אחר ולצפות שוב לתגובה. לעיתים מתרחשת ההזעה בזמן ירידת החום בלבד. במצב זה מומלץ להפסיק את הטיפול להורדת חום.

גלי חום (hot flashes)

גלי חום הינם תחושת סובייקטיבית של חום פתאומי והם תופעה שכיחה בקרב נשים בגיל המעבר. גם נשים לאחר טיפול בסרטן שד וגברים לאחר כריתת אשכים או קבלת טיפולים "מסרסים" כמו אנטיאנדורגנים ואנלוגים של GnRH, עלולים לסבול מגלי חום. טיפול אנטי הורמונלי בטמוקסיפן ונגזרותיו, כימותרפיה, והקרנות שפוגעות בתפקוד השחלות, יכולים גם הם לגרום לגלי חום. גלי חום עשויים להיות מלווים בהזעה מרובה.

הטיפול העיקרי לנשים שאינן חולות סרטן שד הוא טיפול הורמונאלי חליפי באסטרון (פיט ואסטרונג), אם כי יעילות טיפול זה לא הוכחה מדעית.

טיפולים שאינם הורמונאליים שנמצאו יעילים לגלי חום בגברים ובנשים הם:

1. Venlafaxine – יש להתחיל במינון של 37.5 מ"ג ביום. לאחר שבוע, אם אין תגובה מספקת, יש להעלות מינון ל-75 מ"ג ליום ובהמשך ל-150-300 מ"ג. עשויה להיות הטבה, אם כי פחותה, גם עם ו-fluoxetine 20 מ"ג ליום ו-Sertaline 50 מ"ג.
2. Paroxetine – יש עדויות ברורות ליעילות במינון של 20 מ"ג ליום. לא מומלץ לשימוש בנשים המקבלות Tamoxifen בגלל השפעתו על אנזים המשנה Tamoxifen למטבוליט הפעיל שלו Endoxifen.
3. Gabapentin – נמצא יעיל במינון של 900 מ"ג ליום.
4. Megestrol acetate – זהו תכשיר פרוגסטטיבי שהוכח כיעיל גם כן. נכון להיום בטיחותו לא הוכחה בקרב חולות סרטן שד ועל כן אינו מומלץ להן. מינון: חודש ראשון – 40 מ"ג ליום. בהמשך, ניתן לנסות להוריד את המינון ל-20 מ"ג ליום.
5. vitamin E ו-clonidine (יעילותם נמוכה יותר מ-venlafaxine).

מקורות:

1. Zhukovsky DS. Fever and sweats in the patient with advanced cancer. Hematol Oncol Clin N Am. 2002;16(3): 579-88.
2. Hanks G, Cherny N, Christakis NA, et al. Oxford textbook of palliative medicine, 4th ed. Oxford university press, 2010; 944-951.
3. Loprinzi CL, Sloan J, Stearns V, et al. Newer antidepressants and gabapentin for hot flashes: an individual patient pooled analysis. J Clin Oncol. 2009; 27(17): 2831-7.

היפרקלצמיה (רמת סידן גבוהה)

HYPERCALCEMIA

בחולים עם מיאולמה נפוצה, הסובלים מהיפרקלצמיה והינם אסימפטומטיים, יש לבדוק סידן מיון לשלילת pseudo-hypercalcemia (האימונוגלובולינים קושרים גם הם סידן וכך סך הסידן עולה בעוד בנוסחאות התיקון אין התייחסות לאימונוגלובולינים).

בשלב ראשון יש לחשב את הסידן המתוקן לרמות האלבומין לפי:

$$[\text{Corrected calcium} = \text{measured Ca} + [(40 - \text{Albumin(g/l)}) \times 0.02]$$

או

$$\text{Corrected calcium} = \text{measured Ca} + 0.8 \times (4 - \text{Albumin})$$

דרגת החומרה:

סידן מעל 12 = דרגה בינונית

סידן מעל 14 = דרגה קשה.

חולים עם סידן מעל 14 או עם תסמינים דורשים טיפול דחוף.

ללא טיפול, חציון ההישרדות הינו חודש (כמעט כולם נפטרים תוך 3 חודשים).

טיפול

בסיס הטיפול הינו הידרציה, מתן תרופות המורידות רמת סידן והפסקת תרופות הגורמות להיפרקלצמיה (תיאזידים, משתנים, ויטמין A וויטמין D). אין מקום למתן תזונה דלת סידן, טיפול שאינו יעיל ואף מחמיר את תת התזונה, למעט במקרים בהם ישנו עודף ויטמין D.

חשוב לעקוב אחר אשלגן ומגנזיום, שכן רמתם יורדת בשל ההידרציה והטיפול ב-GFR לאורך התיקון.

← **נוזלים IV** – המטרה הינה בעיקר החזרת הנוזלים החסרים (וכך גם לשפר את ה-GFR) מכיוון שלרוב, מתן הנוזלים אינו מספיק לתיקון הסידן. יש לתת 2-3 l/d, תוך מעקב אלקטרוליטים יומי (מחשש להיפוקלמיה והיפונתרמיה וכן להיזהר מגרימת volume overload).

← **פוסיד** – במקרים בהם יש חשש מהעמסת נוזלים ניתן לתת 40 עד 80 מ"ג/יום.

← **סטרואידים** – מעכבים את ה-osteoclasts ומורידים ספיגת סידן מהמע, אך הם יעילים בעיקר בגידולים המטולוגיים, ולעיתים גם בגידולים על רקע טיפול הורמונלי בסרטן שד. המינון הינו 40-100mg/d prednisone, אך השפעתם מופיעה תוך 4-10 ימים.

← **ביספוספונטים** – מעכבים את ה-Osteoclasts. מורידים סידן בהדרגה על פני מספר ימים. לביספוספונטים ישנה השפעה גם להורדת כאב בגרוות גרמיות ומורידים סיכון לשברים.

- Aredia (Pamidronate) – לפי 90 מ"ג פעם ב 3-4 שבועות (ניתן בקצב של 1mg/min).

- Clodronate (Bonfos) – 1.5 gr על פני 4 שעות.

- Zoledronate (Zomera) – 4 מ"ג פעם ב-2-4 שבועות (על פני 15 דקות) יעילה גם בהיפרקלצמיה המורלית ומצליחה לשמור על נורמוקלצמיה למשך זמן רב יותר.

- Bonivia (Ibandronate) – 6 מ"ג על פני שעתיים.

← **Calcitonin** – מוריד ספיגת העצם על ידי האוסטאוקלסטים ומגביר את הפרשת הסידן בשתן. יעיל בקרב שליש מהחולים ומביא לירידה ברמת הסידן תוך כ-4 שעות

(הביספוספנטים מביאים לירידה תוך כ-48 שעות), אך ההשפעה קצרת טווח. יש טכיפילקסיס ובדרך כלל מאבד יעילות לאורך זמן בשל טכיפילקסיס, צורך במנות חוזרות מכיוון שלא מביא לרמות סידן תקינות. בשימוש בדרך כלל כשנדרשת הורדה מהירה ברמות הסידן.

תופעות לוואי מועטות ועל פי רוב מדובר בבחילות או רגישות יתר. המינון הינו עד 8 IU/Kg במתן SC או IV מידי 12-6 שעות.

← **Gallium nitrate** – מעכב ישירות את ספיגת העצם מבלי לפגוע באוסטאוקלסטים. אינו גורם לבחילות או לדיכוי מוח העצם.

מביא לנורמוקלצמיה בכ 80% מהמקרים. יעיל יותר מ calcitonin ומ-etidronate. חסרונות: דורש עירוי מתמשך לאורך 5 ימים ($100-200\text{mg}/\text{m}^2/\text{d}$) וגורם לנפרוטוקסיות.

בחולה עם היפרקלצמיה יש להתחיל בעירוי נזלים (2-3 ליטר) תוך מתן pamidronate (90mg ($1\text{mg}/\text{min}$)). יש לעקוב אחר הסידן ולבצע מתן חוזר מידי 4-3 שבועות – במהלך תקופה זו יש לעודד שתייה מרובה. יש להתאים מנון בהתאם לתפקוד הכלייתי. Zoledronate אסור למתן כשהתפקוד הכלייתי ירוד.

קו שני מועדף לטיפול במקרים העמידים לביספוספנטים הינו מתן gallium nitrate (טיפול זה לרוב אינו זמין). ניתן לשקול שימוש ב-calcitonin / פוספט.

מקורות:

1. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK. Oxford textbook of palliative medicine. 4th edition. Oxford University Press. 2010; 1015-1018.
2. Berger AM, Shuster JL, Von Roenn JH. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2006: 383-389
3. Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS. 20 Common Problems: End-of-Life Care. 1st edition. McGraw-Hill companies. 2002: 334.

פרכוס SEIZURE

רקע

פרכוס הינו מצב שכיח יחסית בקרב חולים פליאטיביים ויכול להופיע בקרב עד כ-10% מהמטופלים. לרוב, הפרכוסים הינם קצרים, חולפים עצמונית, ואינם גורמים לנזק. עם זאת, פרכוס הינו אירוע מפחיד עבור המשפחה והסביבה.

יתכנו גורמים שונים לפרכוס: גידול מוחי ראשוני, גידול גרורתי למוח (פרכוס הינו התסמין הראשון ב-15% עד 20% מחולים אלה), הפרעה מטבולית (היפוגליקמיה, היפונתרמיה, היפרקלצמיה), היפוקסיה, אי ספיקת כבד קשה, זיהום של מערכת העצבים המרכזית, כפיון. הגידולים השכיחים במעורבות משנית מוחית הם סרטן ריאה, שד ומלנומה ממאירה.

טיפול

הטיפול הינו לרוב סימפטומטי וברוב המקרים בירור מקיף לפרכוס אינו הכרחי, אלא אם כן ניתן להגיע לאבחון מצב שניתן לטפל בו ושהחולה יהנה מהטיפול בזמן שנותר לו לחיות, תוך גרימת מינימום תופעות לוואי.

טיפול אקוטי

- ← ודא נתיב אוויר פתוח
- ← השכב את החולה בנוחות ובתנוחה שתמנע אספירציה ופגיעה
- ← הדריך את המשפחה
- ← שקול ברור לזיהוי מצבים הפיכים אשר טיפול בהם ישפר את מצבו של החולה בהתאם לתוחלת החיים הצפויה.

← טיפול תרופתי כולל:

- Diazepam 10 מ"ג PR, ניתן לחזור לתת שוב לאחר 15 ו-30 דקות. בהיעדר תגובה יש לשקול הכפלת מנה.
- Lorazepam 2-4 מ"ג, SC, SL או IV. במידת הצורך, ניתן לחזור על הטיפול לאחר 15 דקות.
- Midazolam 5-10 מ"ג SC או IV. במידת הצורך, ניתן לחזור על הטיפול לאחר 15 דקות. בהיעדר תגובה יש לשקול הכפלת מנה.
- Phenobarbital 100-200 מ"ג SC או IV (מתן IV איטי במשך 30 דקות עם 100 סמ"ק סליין). במידת הצורך לחזור על הטיפול. בהמשך ניתן להמשיך 100 מ"ג SC tid.

טיפול מונע

טיפול מונע ראשוני לפרכוסים בנוגדי כפיון נמצא יעיל רק בחולים עם גרורות של מלנומה ממאירה ובחולים עם גרורות אחרות אשר פרכסו בעבר. מומלץ כי חולה שעבר התערבות נירוכירורגית יקבל טיפול מונע בשבוע הראשון לאחר ההתערבות. במידה שלא הופיעו פרכוסים, ניתן להפסיק את הטיפול התרופתי.

אין צורך במתן טיפול מונע לחולה עם גידול מוחי שלא פירכס.

נוגדי כפיון

- ← Phenytoin 300 מ"ג PO ולאחר מכן 100-200 מ"ג tid PO.
- ← Carbamazepine 100 מ"ג bid PO. בהמשך ניתן להעלות מינון בהתאם לתגובה קלינית.
- ← Valproate 200 מ"ג tid PO. ניתן לעלות ל 1000-2000 מ"ג ליום.
- ← לחולה אשר אינו מתאזן ניתן להוסיף 1000-2000 Levetiracetam מ"ג ליום.

סטרואידים

יעילים במניעה וטיפול בפרכוס משני לגרורות מוחיות על ידי הורדת הבצקת סביב הגידול. אם אין הוראת נגד יש לתת מינון גבוה של 60 עד 80 מ"ג ובהמשך לרדת בהדרגה למינון שמשמר את התגובה.

הקרנה

יכולה להועיל במניעת פרכוס משני לגרורה מוחית או לגידול ראשוני.

ספיגה רקטאלית של תרופות נוגדות פרכוס

תרופה	ספיגה
Phenytoin	ספיגה ירודה
Fosphenytoin	אין נתונים
Carbamazepine	ניתן להשתמש בתרחיף בסך אותו מינון, ניתן להכין נרות אשר עשויים להיות יעילים יש לדאוג לניטור הרמות בדם
Phenobarbital	נספג לאט אך היטב (90%) במתנדבים בריאים. חסרים נתונים בחולים סופניים יש לדאוג לניטור רמות בדם
Valproate	נרות ותמיסות נספגות היטב. יש לדאוג לניטור רמות בדם
Gabapentin	ספיגה ירודה
Lamotrigine	טבליות ללעיסה ניספגות היטב. בדרך כלל יש צורך בהגדלת המינון. יש צורך לניטור רמות בדם

מקורות:

1. Chang SW, da Silva JH, Kuhl DR. Ann Pharmacother 1999; 33: 781-786.
2. Graves NM, Kriel RL, Jones-Saete C, Cloyd JC. Epilepsia 1985; 26: 429-433
3. Graves NM, Holmes GB, Knel RL, et al. OICP 1989; 23: 565-568.
4. Holmes GB, Rosenfeld WE, Graves NM, et al. Arch Neurol 1989; 46: 906-909.
5. Kriel RL, Birnbaum AK, Cloyd JC, et al. Epilepsia 1997; 38:1242-1244.
6. Heafield M. Managing status epileptics. BMJ 2000; 320(7240): 953-954.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1117894>
7. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Oxford handbook of palliative care. Oxford: Oxford University Press; 2005.
8. Weil S, Noachtar S. Epileptic seizures and myoclonus. In: Voltz R, Bernat JL, Borasio GD, Maddocks I, Oliver D, Portenoy R, editors. Palliative care in neurology. New York: Oxford University Press 2004: 178-18.
9. Ziai WC, Hagen N. Headache and other neurologic complications. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, editors. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2002: 515-531.

דליריום DELIRIUM

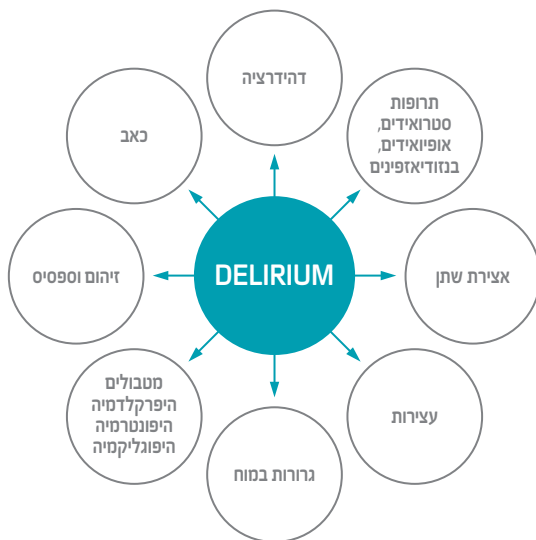
רקע

דליריום הינה ההפרעה המנטאלית השכיחה ביותר בשבועות האחרונים לחיים, והשכיחה ביותר ב-24-48 שעות אחרונות לחיים. דליריום מתאפיין בתנודות במצב ההכרה, ערנות יתר, בלבול, אי שקט, הזיות, או לחלופין ישנוניות וירידה במצב הכרה. לעיתים קרובות הסיבה לדליריום הינה שילוב של גורמים, ולעיתים היא תת מאובחנת, במיוחד בימים האחרונים לחיים.

סוגי דליריום:

- א. דליריום היפואקטיבי – ירידה פסיכומטורית, רדימות (לתרגיה), סדציה, ירידה בערנות לסביבה.
- ב. דליריום היפראקטיבי – שכיח יותר. מאובחן על ידי אי שקט, אגיטציה, התנהגות עקשנית והזיות.
- ג. דליריום משולב – מעבר בין מצבים של ערנות יתר ותנועתיות אגרסיביות למצב של ישנוניות ושקיעה פסיכומטורית.

סיבות הפיכות לדליריום:



אבחון

1. הפרעה במצב הכרה (ירידה במצב ערנות וקשר עם הסביבה), ירידה ביכולת הקשב, הריכוז וההתמקדות.
2. שינוי בתהליכי חשיבה (ירידה בזיכרון, פגיעה ביכולת התמצאות, הפרעה בשפה) או הפרעות בתפיסה, אשר אינן מוסברות על ידי תהליכים קודמים או קיימים של דמנציה.
3. ההפרעה מתפתחת תוך זמן קצר, לרוב תוך שעות עד ימים, ונוטה להשתנות במהלך שעות היממה.
4. יש שינויים במעגל שינה וערנות יתר, חלומות מוזרים, הפרעה חשיבתית ומוטורית.

טיפול

יש לחפש גורמים הפיזיים – אם ניתן לאבחן גורמים אלה, יש לטפל בהם כך שהחולה יוכל ליהנות מתוצאות הטיפול במסגרת תוחלת החיים המשוערת שלו. תמיד יש לשקול בין הקושי שמהווה הפעולה האבחנתית עבור החולה ומשפחתו, והתועלת האפשרית של הטיפול.

מטרת הטיפול בדליריום בימים האחרונים לחיים הינה לאפשר לחולה להרגיש נינוח, ערני, צלול עד כמה שניתן, להפחית את כאביו ולהביאו למצב של רוגע שיאפשר לו לתקשר עם המשפחה ועם הצוות המטפל. במידה שלא ניתן להשיג זאת והדליריום הינו חלק מתהליך הגסיסה, המטרה הינה השגת רגיעה ונוחות של המטופל על ידי תרופות סדטיביות, גם במחיר של ירידה בערנות.

יצירת סביבה רגועה ומתן אוריאנטציה למטופל

- ← הרגעת המטופל – הסבר לחולה את הסיבות לבלבול.
- ← הסבר למשפחה את המצב שהביא לדליריום.
- ← שמור על שקט בסביבת החולה.
- ← השתמש בעזרים שמסיעים לשמירה על התמצאות בזמן: שעון זמין, לוח שנה.
- ← צור סביבה מוכרת: מטפלים קבועים, משפחה סביב המטופל.
- ← גייס אמצעים סביבתיים מרגיעים: מוזיקה, ארומטרפיה.
- ← הגדר מטרות טיפוליות ברורות השגה, למשל נינוחות.

טיפול תרופתי

Haloperidol – ניתן לתת בטבליות, טיפות, או בזריקה תוך-ורידית, תת-עורית או תוך-שרירית. ניתן לתת בעירוי בשילוב עם מורפין, מידזולם. אין לתת באותו עירוי עם דקסמטזון.

המינון התוך-וריד שווה ערך לחצי מהמינון הפומי.

0.5-20 מ"ג/יום. 0.5-1.5 מ"ג כל שעה-שעתיים לפי הצורך.

Haloperidol נמצא יעיל בטיפול בדליריום היפואקטיבי וכן היפראקטיבי. יחסית בטוח, מעט תופעות אנטיכולינרגיות, מעט תופעות לוואי קרדיאליות, ללא מטבוליטים.

במקרה בו החולה סובל מדליריום אגיטטיבי קשה ניתן להשתמש בפרוטוקול למתן halidol, בתדירות של כל חצי שעה כדלקמן:

← 0.5 מ"ג IV/IM/SC או 0.75 מ"ג PO 3 מנות

← 1.0 מ"ג IV/IM/SC או 1.5 מ"ג PO 3 מנות

← 2.0 מ"ג IV/IM/SC או 1.5 מ"ג PO 3 מנות

← 5.0 מ"ג IV/IM 3 מנות

מקובל שלא לעלות מעל 20 מ"ג ליממה, אם כי ישנם מטפלים אשר תומכים במינונים גבוהים יותר בחולים מסוימים. במסגרת פליאטיבית נדיר לראות כתופעות לוואי בעיות אקסטרה-פירמידליות.

הסיכון להארכת QTC או לפרקוס, במינונים של כ-2 מ"ג זניח.

תרופות אנטיפסיכוטיות אטיפיות

Resperidone, Olanzapine, Quetiapine – נמצאות בשימוש מאחר שיש להן פחות תופעות לוואי אקסטרהפירמידליות.

← Olanzapine – 2.5-20 מ"ג ליום. יש להתחיל 2.5 מ"ג ולעלות לפי הצורך כל 12-24 שעות. PO, IM

← Risperidone – 1-6 מ"ג/יום. ניתן להתחיל 0.5 מ"ג BID ולעלות לפי הצורך כל יום. PO

← Quetiapine – 25-400 מ"ג/יום.

בחולים שלא מגיבים יש לשקול סדציה.

סדציה

דליריום הינו אחד המצבים הדחופים בטיפול פליאטיבי המחייב תקשורת עם משפחת החולה לגבי מטרות הטיפול, היבטים הקשורים במוות ודין לגבי סדציה. דליריום כתסמין הינו הסיבה ל-35% מהמקרים בהם נדרשה סדציה.

תרופת הבחירה לסדציה הינה מידזולם (ראה פרק על סדציה).

תרופות סדטיביות אחרות

יש לזכור כי תרופות אלה עלולות לעיתים לגרום לתגובה פרדוקסלית ולהגביר אגיטציה.

← Benzodiazepines (Clonazepam).

← Phenergan Antihistamines (Promethazine).

← במידה שהדליריום הוא עקב תהליך תוך גולגולתי יש לתת סטרואידים.

נספח מספר 7 – Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm

מקורות:

1. Breitbart W. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA* 24-DEC-2008; 300(24): 2898-910,
2. Palliating delirium in patients with cancer. Augusto Caraceni, Fabio Simonetti *The Lancet Oncology* – Volume 10, Issue 2 (February 2009)
3. Crises in palliative care – a comprehensive approach Friedmann Nauck Bernd Alt. *Epping* 2008; 9: 1086-91 *The Lancet Oncology*
4. Handbook of Palliative care in cancer. Waller A. Caroline N.L 269-276
5. Practice of geriatrics Duthie cap 12

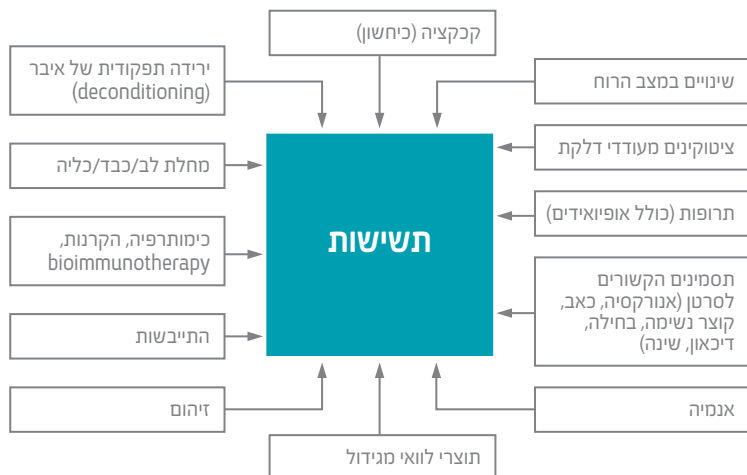
FATIGUE תשישות

רקע

תחושה סובייקטיבית מתמשכת של עייפות וחולשה, על אף מנוחה מתאימה, המפריעות לתפקוד היומיומי. תשישות מתאפיינת במגוון תסמינים כגון עייפות משמעותית, ירידה באנרגיה, צורך מוגבר במנוחה ללא קשר לרמת הפעילות, חולשה כללית וכבדות, ירידה ברמת הריכוז ותשומת הלב (לא מסוגל לקרוא ספר או לצפות בטלוויזיה), בעיות בזיכרון לטווח קצר, ירידה במוטיבציה, הפרעה בשינה, תפיסת השינה כלא מרעננת, קושי להתגבר על הפגיעה בפעילות, עצבות, תסכול ורגישות יתר, קושי בהשלמת פעולות יומיומיות.

העייפות והחולשה קשורות למחלה הבסיסית או לטיפול בה. התופעה גורמת למצוקה משמעותית ופוגעת בפעילות חברתית, תעסוקתית ובכל תחומי התפקוד המשמעותיים.

סיבות לתשישות



אבחון

מאחר שמדובר בתחושה סובייקטיבית, הרי שבדומה לכאב אנו משתמשים בחולה להערכת חומרת התשישות. קיימים כלים שונים להערכת התשישות, כמו למשל סולם ה-VAS:

No Fatigue 0|-----| 10 Worst Possible Fatigue

קיימים כלים נוספים אך רובם בשימוש מחקרי:

Multidimensional Fatigue Inventory ←

Multidimensional Fatigue Symptom Inventory ←

Revised Piper Fatigue Scale ←

Revised Schwartz Cancer Fatigue Scale o Brief Fatigue Inventory ←

Cancer Fatigue Scale ←

Fatigue Symptom Inventory ←

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) ←

עקרונות כלליים

- ← חפש את הגורם לתשישות וטפל בו (אם אפשרי). חפש סיבות הפיכות וטפל בהן.
- ← זכור שלרוב החולים התשישות נובעת ממספר סיבות, ומרביתם יצטרכו טיפול תרופתי משולב.
- ← הערך פרוגנוזה.
- ← הערך העדפות החולה ומשפחתו.
- ← הערך את מצבו הנפשי, החברתי, והרגשי של החולה ושל בני משפחתו.
- ← בחר בהתערבות אבחנתית וטיפולית **הפחות** פולשנית בהתאם להערכתך את תוחלת החיים המוערכת של החולה כך שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה.
- ← שקול האם תוצאות הבדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, ועד כמה ביצוע הבדיקה תקשה על החולה ומשפחתו.

טיפול

סיבה	טיפול
אנמיה	עירויי דם ואריטרופויטין
ירידה בתפקוד	פעילות גופנית
דיכאון	נוגדי דיכאון
זיהום	אנטיביוטיקה
התייבשות	נוזלים
היפוקסיה	חמצן
לקויים מטבוליים ואנדוקריניים	תיקון
נדודי שינה	היגיינת שינה
כאב	אופיואידים
היפוגונדיזם	טסטוסטרון

טיפול לא תרופתי

- ← הערך גורמים אטיולוגיים וטפל בהתאם.
- ← המלץ על שימור אנרגיה ופעילות מבוקרת – קביעת סדרי עדיפויות, העברת פעילויות לאדם אחר, ביצוע פעילות בשלבים, חלוקת הזמן בין מנוחה וביצוע פעילויות.
- ← דאג לאמצעים לשיפור איכות השינה.
- ← ספק מידע והדרכה למטופל ולמשפחתו.
- ← דאג להתערבות מותאמת אישית – תיקון אנמיה, תיקון הפרעות אלקטוליטאריות וכו'.

טיפול תרופתי

בספרות לא קיימות עבודות מבוקרות אשר הוכיחו את יעילות הטיפולים השונים. עם זאת, להלן מספר המלצות לטיפול בתשישות בחולים פליאטיביים, המבוססות על מעט דיווחים בספרות וניסיון קליני של מחברי ספר זה:

- ← סטרואידים: Dexamethazone להתחיל עם 6-8 מ"ג ליממה, יש לתת את כל המנה בבוקר (מעורר ויכול להפריע לשינה אם נלקח אחר הצהריים). אם אין הוראת נגד ניתן לתת מינון גבוה של דקסמטאזון של עד 60 מ"ג בבוקר. אם מתקבלת תגובה רצויה, ניתן לרדת בהדרגה למינון המשמר את התוצאה הרצויה.
- ← אם אין תגובה ניתן להפסיק טיפול לאחר 3-5 ימים. יש להדגיש שלעיתים התגובה לסטרואידים נמשכת כשבועיים בלבד.
- ← ריטאלין (Methylphenidate (Ritalin – מומלץ להתחיל עם 5 מ"ג (חצי כדור של 10 מ"ג) ולעלות לפי צורך. ניתן לעלות עד למינון של 40-60 מ"ג ליום.
- ← Modafinil במינון של 200 מ"ג ביום או Paroxetine (Seroxat), Venlafaxine (Effexor), Escitalopram (Ciprallex)
- ← במקרים בהם החולה סובל גם מכאב ומדיכאון רצוי לשלב תרופות נוגדות דיכאון ממשפחת SNRI.

מקורות:

1. בן עמי, ש. (2007). עובדות ותוצאות מרעיון למעשה, ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל. ט"ז, 3: 6-9.
2. גולן, ר., יפה, ע. (2007). תשישות ועייפות בקרב חולי סרטן, התערבות מבוססת על עובדות. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל. ט"ז, 3: 12-23.
3. Barsevick AM, Whitmer K, Walker L In their own words: Using the Common Sense Model to analyze patients' description of Cancer-Related Fatigue. Oncol Nurs Forum 2001; 28: 1363-1369.
4. Cella D, Peterman S, Passik P, Jacobsen P, Breitbart W. Progress Toward Guidelines for the Management of Fatigue, Oncology 1998; 12(11A): 374.
5. Cella D, Davis K, Breitbart W, et al. Cancer-Related Fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. J Clin Oncol 2001; 19: 3385-3391.
6. Cella D, Debores D, Glaspy JA. Control of cancer-related anemia with erythropoietic agents: A review of evidence for improved quality of life and clinical outcomes. Annals of Oncology 2003; 14, 511-519.
7. Ferrell BR, Grant M, Dean GE, et al., "Bone Tired": The experience of fatigue and its impact on quality of life. Oncol Nurs Forum 1996; 23: 1539-1547.
8. Mendoza T, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, Huber SL. The Rapid Assessment of Fatigue Severity in Cancer Patients: Use of the Brief Fatigue Inventory. Cancer 1999; 85: 1186-96.
9. Mitchell SA, Beck SL, Edwards HL., Moore K, Tanner EL. Clinical Journal of Oncology Nursing 2007; 11 (1) 89-113.
10. Mitchell SA, Beck SL. Fatigue in: Eaton, L.H. & Tipton, J.M. (eds) Putting Evidence into Practice, Improving Oncology Patient Outcomes. Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pennsylvania 2010: 149-174.

11. Mitchell S.A. Cancer Related Fatigue in: Brown, C.G. (eds) A Guide to Oncology Symptom Management, Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pennsylvania, 2010: 271-297.
12. National Comprehensive Cancer Network (2010) Cancer-related fatigue. Available from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf
13. Pearce S, Richardson A. Fatigue in cancer: A phenomenological perspective. Eur J Cancer Care 1996; 5: 111-115.

חרדה ANXIETY

רקע

חרדה יכולה להתבטא במתח, אי שקט, הפרעה בשינה, הכחשה, דחיית שיחות "קשות", הזעות, דפיקות לב ותופעות סומטיות אחרות. לעתים קרובות התסמינים נתפשים על ידי המטופל, המשפחה או הרופא כתגובה "נורמאלית" למחלה חשוכת מרפא.

חרדה תיתכן מעצם העיסוק בסוגיות קיומיות דוגמת מוות, נכות, אובדן, מורשת, משפחה, כספים, סוגיות רוחניות ועוד.

כ-30% מהמטופלים יחוו "תגובת הסתגלות" בזמן האבחנה או בהישנות של המחלה, אולם זו חולפת לאחר מספר שבועות עם תמיכה מתאימה. לעיתים חרדה מתפתחת על רקע הופעת תסמינים כגון קוצר נשימה פתאומי, למשל על רקע תסחיף ריאתי. במקרים אלו החולה אינו מצליח לשלוט בחרדה.

גורמי סיכון עיקריים לחרדה



אבחון

← יתכן וידרשו יותר ממפגש אחד עם המטופל על מנת להעריך האם מדובר בתהליך הסתגלותי תקין או בהפרעת חרדה או דיכאון.

- התבוננות של המשפחה יכולה לסייע.
- היעדר תגובה לטיפול בתסמינים עשוי להעיד גם על מצוקה נפשית.

← חפץ סיבות לחרדה וטיפול בהן – אבחנה מבודלת של חרדה אקוטית: דליריום, סיבוך רפואי אקוטי (תסחיף ריאתי), תופעת לוואי של תרופה, תגובה למתן בשורה רעה.

כאשר תסמיני חרדה ודיכאון מתרחשים לצד תסמיני המחלה הגופנית (כמו הפרעת שינה או ירידה באנרגיה למשל) יש מקום לנסות לטפל בחרדה למרות הספק.

טיפול

- ← יש להקצות זמן לשיחה על מנת לברר את דאגות החולה ולאפשר לו לבטא אותן ואת רגשותיו באופן בהיר.
- ← יש לברר מהן העדפות המטופל לגבי אופן הטיפול ולערבו בתכנון הטיפול.
- ← יש להציג לחולה את המצב כתגובה טבעית למחלתו הקשה ולא כי "השתגע".
- ← יש לברר ולמצות את כל גורמי התמיכה האפשריים.
- ← יש לנסות לספק למטופל את מרב המידע שהוא מעוניין בו אודות מצבו.
- ← מומלץ לערב בטיפול את הצוות הפרא-רפואי באופן אינטנסיבי יותר (עובדים סוציאליים, מתנדב, מלווה רוחני)
- ← טיפולים לא תרופתיים: קיימות מספר עדויות התומכות בטיפולים במוזיקה, ארומטרפיה, עיסוי ושיטות הרפייה.

טיפול תרופתי

- ראשית יש לנסות טיפול עם תרופות קצרות טווח לפי הצורך.
- ← Oxazepam, Alprazolam, Lorazepam 0.5-1mg 1-4 daily.
במידה שהתלונות קבועות יש לשקול לעבור לתכשירים ארוכי טווח.
- ← Clonazepam 0.5-2mg 1-3 daily
- ← Diazepam 2-5mg 1-3 daily
- במטופלים עם תוחלת חיים מוערכת של מעל ל 2-1 חודשים יש לשקול הוספת SSRI כטיפול קבוע.
- יש לזכור כי דליריום אגיטטיבי ואקטיזיה עשויים להציג תמונה דומה לחרדה אך הגישה הטיפולית בהם שונה.
- במצבים מתקדמים יותר ניתן לשקול להוסיף Haloperidol או Onlazepine.

מקורות:

1. Downing GM, Wainwright W, editors. Medical care of the dying. 4th ed. Victoria (BC): Victoria Hospice Society; 2006.
2. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
3. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte; 1990.
4. Levine P. Waking the tiger: healing trauma. California: North Atlantic Books; 1997.
5. Librach L, Gifford-Jones W. Ian Anderson continuing education program in end-of-life care. Module 6: psychological symptoms. [Online]. Available from:
URL:<http://www.cme.utoronto.ca/ENDOFLIFE/Modules/PSYCHOLOGICAL%20SYMPTOMS%20MODULE.pdf>
6. Storey P, Knight C. Pocket guide to hospice/palliative medicine. Gainesville (FL): American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2005.
7. Storey P, Knight C. UNIPAC Two: Alleviating psychological and spiritual pain in the terminally ill. Gainesville (FL): American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 1997.
8. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Oxford handbook of palliative care. Oxford: Oxford University Press; 2005.
9. Werth J, Blevins D, editors. Psychosocial issues near the end of life: a resource for professional care providers. Washington (DC): American Psychological Association; 2006.
10. Cambridgeshire Palliative Care Guidelines Group. Review Date: June 2013

דיכאון DEPRESSION

שיעור המקרים של דיכאון קליני בקרב חולים עם מחלה סופנית עומד על כ- 20% עד 30% מהחולים. דיכאון עשוי לפגוע באיכות החיים וביכולת המטופל לחוש משמעות לחיים, וביכולתו לקיים קשרים בינאישיים משמעותיים. פעמים רבות, תסמינים של דיכאון חופפים לאלה הנגרמים על ידי המחלה עצמה (אובדן משקל ותיאבון, הפרעות שינה וכו'), או שהם חלק מתהליך טבעי של עצב הנובע מהסתגלות למצב הסופני, ועל כן קשה יותר לאבחן דיכאון בקרב חולים אלו וקיימת סכנה שהם לא יאובחנו ויטופלו.

חשוב מאוד להבחין בין דיכאון לבין חרדה, למרות שלעיתים קרובות הם נגרמים מסיבות דומות, ולהבחין בין דיכאון לבין הפרעות נפשיות אחרות כגון דליריום ודמנציה. הטיפול בכל אחת מתופעות אלה הוא שונה – טיפול לא נאות עשוי להחמיר את התסמינים.

הגורמים הנפוצים לדיכאון בקרב חולים סופניים

שינויים בסיטואציית החיים, קרי תחושה של אובדן שליטה ועצמאות, אובדן תחושה של ערך עצמי, עניינים משפחתיים ואישיים לא פתורים, דאגות כלכליות לשארים, שינויים בסביבה כגון התרתקות לבית, או לחילופין, אשפוז חוץ ביתי, בידוד חברתי, וכן הכחשה וניתוק רגשי.

השפעות ישירות ולא ישירות של המחלה, כגון היעדר מידע מספק בנוגע למחלה ולמטרות הטיפול, תסמינים גופניים לא מטופלים או לא מאוזנים, השפעת תרופות (כגון אינטרפרון, וינקריסטין וסטרואידים) ומצבים רפואיים לא תקינים (כגון בעיות אנדוקריניות, נוירולוגיות, מטבוליות, זיהומיות, סוגים מסוימים של גידולים).

החמרה של נטייה לדיכאון שהייתה קיימת עוד קודם לכן.

גורמי סיכון נוספים: מין (נשים סובלות מדיכאון קליני פי 2 מגברים) גיל צעיר, הפרעה תפקודית משמעותית, חוסר תמיכה סביבתית, תסמינים בלתי מאוזנים.

אבחון

עד כה אין בנמצא שאלון טוב דיו לאבחון דיכאון בקרב חולים סופניים, אולם אמצעי אבחון פשוט ומקובל הוא לשאול "האם בזמן האחרון אתה מרגיש רוב הזמן מדוכא או מדוכדך?". בירור הדיכאון נעשה על פי הפרמטרים הקבועים במדריך האבחון DSM IV, אך בנטרול התסמינים הסומאטיים שמאפיינים גם את המחלה עצמה, ולכן אינם מדד אבחוני (אבדן חיוניות, חשק מיני, תיאבון ומשקל, הפרעות שינה). מאפייני מדריך האבחון DSM IV:

1. הרגשה עקבית של מצב רוח מדוכדך במשך שבועיים רצופים, שנמשכת רוב הזמן.
2. הרגשה זו שונה ממצב הרוח הרגיל בו נמצא החולה.
3. ניתן לזהות שלושה או יותר מהתסמינים הדיכאוניים הבאים: פגיעה ביכולת הריכוז, אבדן משמעותי של עניין או הנאה רוב הזמן, תחושת חוסר תקווה, תחושת אשמה שלא במקום, בוושה או הרגשה שנופלים לנטל על הסביבה, מחשבות על פגיעה עצמית ואובדנות. עם זאת, מחשבות אובדניות בקרב חולים סופניים אינן אינדיקציה מספקת לקיומו של דיכאון היות וחלק מהחולים מבטאים העדפה מציאותית למות ולא לסבול או להיות סיעודיים.

טעויות נפוצות בנושא של אבחון דיכאון

- ← הימנעות מבירור קיומו של דיכאון בגלל חוסר זמן ומיומנות של הרופא ובשל רצון לגונן על עצמו רגשית.
- ← תשומת לב סלקטיבית של הרופא המופנית יותר לביטויים הגופניים מאשר לנפשיים.
- ← הנחה שמצוקה רגשית במצב זה הינה בלתי נמנעת ולא ניתנת לטיפול.
- ← חוסר הצלחה באיזון כאב ותסמינים אחרים שגורמים גם לסבל נפשי.
- ← חוסר הבנה שהיכולת להתמודד עם מחלה סופנית כוללת בחובה גם חרדה, עצבות ואבל, ושעד שלב מסוים אלו הן תגובות נורמאליות המהוות חלק מתהליך ההסתגלות של החולה. האתגר הינו לזהות מתי תגובות אלה חורגות מתהליך ההסתגלותי ופוגעות בחולה ובסביבתו.

טיפול

הטיפול בחולה סופני שסובל מדיכאון כולל שילוב של תרופות נוגדות דיכאון ושל אמצעי תמיכה אחרים – תמיכה רגשית של הצוות הרפואי ושל המטפלים העיקריים, פסיכותרפיה ושיחות עם אנשי טיפול (פסיכולוג, עובדת סוציאלית) ואנשי דת, הרפיה ודמיון מודרך ועוד. בתהליך זה יש לתת מקום ראוי גם לחיזוק בני המשפחה, באמצעות מתן הדרכה ותמיכה על ידי אנשי הצוות, על מנת שבני המשפחה יוכלו להעניק לחולה את התמיכה הנפשית לה הוא זקוק.

טיפול תרופתי

1. TCA אמיטריפטילין, אימיפראמין, דזיפראמין, נורטריפטילין 150-25 מ"ג
2. 10-60 Fluoxetine, paroxetine, Citalopram SSRI מ"ג
3. SNRI Venlafexine 37.5-225 mg
4. פסיכוסטימולנטים: Methylphenidate 5-30 mg, Pemoline 37.5-75 mg

מקורות:

1. Hanks G , Cherny NI , Christakis NA, Fallon M , Kaasa S, Portenoy RK. Oxford textbook of palliative medicine. 4th edition. Oxford University Press. 2010.
2. Walsh TD, Caraceni AT, Faisinger R et al. Palliative Medicine. Elsevier 2009.

הפרעות בשינה

SLEEP DISTURBANCES

רקע

הפרעות בשינה הינן תלונה שכיחה מאד בקרב חולים עם מחלות חשוכות מרפא.

הפרעת שינה מוגדרת כקושי להירדם במשך יותר מ-30 דקות או קושי לישון למשך יותר מ-30 דקות, המביאה להתעוררות תכופה לפחות שלושה לילות בשבוע ומקשה על התפקוד היומי.

כ-70% סובלים מחוסר תחושת שינה יעילה, 60% מתלוננים על קושי לשמור על שינה, ו-40% מתקשים להירדם בלילה. כשליש מהחולים מתעוררים בשעה מוקדמת מהרגיל.

ניתן להעריך את חומרת בעיית השינה בסולם של 0 עד 10. במידת הצורך, ניתן להשתמש בשאלוני הערכה או במעבדת שינה.

הסיבות להפרעות בשינה

1. תסמינים שאינם מאוזנים כגון כאב, דליריום, בחילה והקאות, דיכאון, דיספניאה, חרדה.
2. תרופות – סטרואידים, פסיכוסטימוולנטים, בנזודיאזפינים, קפאין, דיורטיקה, שימוש ממושך בתכשירים היפנוטיים.
3. הפרעות למעגל השינה כגון פוליאוריה, נוקטוריה, הפרעות בעת אשפוז.
4. בעיה בהיגיינת שינה.
5. Brain metastasis, sleep apnea, restless leg syndrome, heart failure, severe COPD
6. חרדה משינה בלילה וחשש שלא יתעוררו.

טיפול

1. התייחס וטפל בכל הגורמים ההפיכים, פיזיים ונפשיים, העשויים לגרום להפרעות שינה.
2. השתמש ושלב בין מגוון האמצעים הטיפוליים.

טיפולים לא תרופתיים

- ← טיפול התנהגותי – קוגניטיבי
- ← מתן מידע והדרכה לגבי היגיינת שינה, מיומנות הירגעות
- ← הכנת סביבת שינה
- ← אכילת ארוחת ערב שעתיים-שלוש לפני השינה
- ← ביצוע פעילות גופנית 4-7 שעות לפני השינה
- ← הימנעות מגירויים מעוררים
- ← שימוש בשיטות הרפיה

טיפול תרופתי

הערך אפשרות לקיום דליריום בכל חולה עם מחלה מתקדמת והפרעה בשינה. אם יש חשד לדליריום שקול מתן טיפול אנטיפסיכוטי.

Hypnotics

Longer latency to onset, prolonged activity (off label treatment for insomnia)

Amitryptiline	25-100mg	Increased risk of daytime sedation, confusion, constipation, and cardiac conduction abnormalities. Start with 15 mg at bedtime.
Imipramine	25-100mg	
Doxepin	25-100mg	
Trazodone	25-100mg	
Mirtazapine	15-30mg	

Hypnotics

Variable activity (off label treatment for insomnia)

Haloperidol	0.5-5mg	Used mainly in sleep disturbance related to delirium/psychosis.
Risperidone	0.5-1mg	
Olanzapine	5-10mg	
Quetiapine	25mg	

Hypnotics

Ultra-short-acting

Zaleplon	5-10mg	Little to no anxiolytic effect. Costly
----------	--------	--

Short-onset, brief duration

Triazolam	0.125mg	Rapid sleep induction Limited effect on sleep maintenance
Alprazolam	0.5-1mg	

Short-onset, intermediate duration of action

Zolpidem	5-10mg	No clear advantage over benzodiazepines. Costly Minimal anxiolytic effect
Zopiclone	5-7.5mg	
Eszopiclone	3mg	

Intermediate onset, duration

Lorazepam	0.5-4mg	Adequate effect in sleep induction and maintenance. Risk of daytime drowsiness
Temazepam	7.5-15mg	

Longer latency to onset, prolonged activity (half-life, metabolites)

Clonazepam	0.5-2mg	Slow sleep induction with increased risk of accumulation of metabolites. High risk of daytime sedation
Chlordiazepoxide	50-100mg	
Diazepam	5-10mg	

מקורות:

1. Kvale E, Shuster J. Sleep disturbance in supportive care of cancer: A review. J of Palliat Med, 2006; 9: 437-50.
2. Hugel H, Ellershaw J, Cook L, Skinner J, Irvine C. The prevalence, key causes, and management of insomnia in palliative care patients. J Pain Symptom Manage 2004; 27: 316-21.
3. Hajjar R. Sleep Disturbance in Palliative Care. Clinics in Geriatric Medicine, 2008(24) 1: 83-91.
4. Erickson J, Berger AM. Sleep-Wake Disturbances in Brown, C.G. (eds) A Guide to Oncology Symptom Management, Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pennsylvania 2010: 473-495.
5. Page MS, Berger AM, Eaton LH. Sleep-Wake Disturbances in Eaton, L.H. & Tipton, J.M. (eds) Putting Evidence into Practice, Improving Oncology Patient Outcomes. Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pennsylvania 2009: 285-297.

דימום BLEEDING

בכ-10% מהחולים עם סרטן מתקדם עלולה להתרחש אפיזודה של דימום במערכת העיכול, במערכת האורוגניטאלית, ובמערכת דרכי הנשימה. הדימום יכול להתבטא כהמטמזיס, מלנה (שחרה), המטוכזיה, המופטיזיס, המטוריה, אפיסטקסיס, דימום וגינלי ודימום עורי מנגע. דימום מלווה לרוב בחששות ובפחדים.

גורמי סיכון לדימום כוללים נגעים גדולים ומכויבים באזור ראש צוואר, המופטיזיס והמטמזיס חוזרים וטרומבוציטופניה קשה. הסיבות המובילות לדימום הינן טרומבוציטופניה ואחריה הסננה של הגידול עצמו ו-DIC.

סיבות לדימום



אבחון

ניתן לבדוק תמונת דם שלמה, PTT, INR, פרופיל DIC (פיברינוגן, תוצרי פיברין) D-DIMMER, תפקודי כבד, אנגיוגרפיה טומוגרפית ממוחשבת (CTA) ואנדוסקופיות.

- ← בצע הערכת פרוגנוזה.
- ← ברר מהן העדפותיו של החולה ובני משפחתו.
- ← הערך את המצב הנפשי, החברתי, והרגשי של החולה ושל בני משפחתו.
- ← הערך את תוחלת החיים הצפויה של החולה.
- ← בדוק האם קיימות סיבות הפיכות וטפל בהן.
- ← בהתאם לנ"ל, בחר בחלופות הכי פחות פולשניות לשם אבחון וטיפול על מנת שהחולה יוכל ליהנות מטיפול זה.
- ← שקול האם תוצאות בדיקה ישנו את הגישה הטיפולית, ועד כמה עצם ביצוע בדיקה יקשה על החולה ומשפחתו.

טיפול

דימום מאסיבי - יש להעריך אפשרות להופעת דימום ולהיערך מראש בהתאם.

כאשר מתאפשר, יש להכין את בני המשפחה לפני התרחשות האירוע על מנת להימנע מטיפול מייסר ומיותר.

1. יש לזהות מטופלים בסיכון מוגבר לדימום מאסיבי.
2. יש להפסיק תרופות העלולות להיות גורם סכון לדימום (כימוטרופיה, אספירין, NSAIDs, קינידין, אנטיביוטיקה, נוגדי קרישה, אנטגוניסטים של 2H ועוד).
3. יש להשתמש במגבות ובמצעים כהים ככל שניתן.
4. יש להדריך את המשפחה כיצד להפעיל לחץ מקומי או שינוי תנוחה במקרים של המופטיזיס או המטמזיס.
5. סדציה להפגת החרדה.

טיפול מקומי

- ← חבישת לחץ לנגע שטחי, עם או בלי חומר מכווץ כלי דם או המוסטטי.
- ← Packing – יבש או רטוב. לנחיריים, נרתיק או רקטום.
- ← לדימום וגינלי ניתן להשתמש בתחבושת ספוגה בפורמלין או אצטון.
- ← לאפיסטקסיס ניתן להשתמש בטיפות קוקאין, אפינפרין או סילבר ניטרט. לדימום אחורי ניתן להשתמש בקטטר מתנפח.

חומרים מכווצי כלי דם וחומרי צריבה (לדימום מקומי, קפילרי)

סילבר ניטרט, אלומיניום.

- Sucralfate** – בעל תכונות ציטופרוטקטיביות. יעיל בפרוקטיטיס מדממת לאחר הקרנה, ניתן בצורה של חוקן, בערבוב עם מים או ג'ל.
- בדימום בדרכי עיכול עליונים – טבליה של 1 גרם מומסת בתוך ג'ל מימי או בבליעה
- טבליה שלמה בדימום בעור, למשל במעורבות עורית של מחלה ממארת, ניתן לרסק כדור בקלות ולפזר על המקום המדמם. לאחר מכן יש לכסות את המקום עם גזה וזלין.
- Formalin** – בריכוז של 2-5%, תכשיר זול ויעיל לצריבה. ניתן לשימוש בדימום מפרוקטיטיס, כיס השתן, דימום נרתיקי וצוואר הרחם וכיבים עוריים מדממים.

Acetone – ניתן לשימוש כשהוא ספוג בתחבושת לדימום נרתיקי.

חומרים המוסטטיים – מגיעים בצורה של חבישה מקומית (ג'לטין, קולגן, צלולוז, טרומבין, תכשירי אצות ופיברין)

הקרנות – אחד הטיפולים היעילים לשליטה בדימום מגידולי ריאה, עור, רקמה רכה, נרתיק וצוואר הרחם, רקטום וכיס השתן.

אנדוסקופיה – יעיל לדימום של דרכי עיכול עליונות, ריאה וכיס השתן. בדרך זו ניתן לעצור את הדימום על ידי קשירה, סקלרוזציה, סליין, אפינפרין, ג'לטין או צריבה. ההתוויה העיקרית היא דימום מדליות של הוושט. יכול להינתן כטיפול בחירה או לאחר טיפול סיסטמי בואזופרסין או אוקטאטרייד.

במקרים מתאימים, לאחר כשלון של טיפולים אחרים, ניתן לשקול התערבויות יותר פולשניות דוגמת צנתור (פמורלי או אקסילרי) וחסיתת הכלי המדמם (TransCutaneal Artery Embolization), ניתוח לכריתת הרקמה המדממת או ניתוח לקשירת הכלי המדמם.

טיפול סיסטמי

חומרים אנטיפיברינוליטיים – קיימים שני תכשירים:

Aminocaproic acid (EACA), Tranexamic acid (TA) Hexakapron.

תכשירים אלו נמצאו יעילים לדימום עקב טרומבוציטופניה, DIC, סרטן ריאה, מזותליומה, לאוקמיה, המופטיזיס, דימומי עור ודימום של הרקטום. תכשירים אלה מעכבים אקטיביציה של פלסמינוגן. TA פוטנטי פי 10 מחומצה אמינוקפרואית.

ניתן לתת דרך הפה או במתן תוך-וריד. TA ניתן במינון 1.5 גרם ולאחריו מנון תקין 1grX3/d, או 10-15 מ"ג/ק"ג 3-4 פעמים ביום.

הקסהקאפרון ניתן בהעמסה של 5 גרם ולאחר מכן 1grX4/d (50-60 מ"ג/ק"ג).

משך הטיפול הוא שבוע לאחר הפסקת הדימום. תופעות הלוואי השכיחות הן בחילה, הקאה ושלשול. לעיתים רחוקות תופעות טרומבוטיות או מיופטיה.

עירוי – ניתן לשקול עירוי כדוריות אדומות דחוסות כשההמוגלובין נמוך מ-8 גרם/ % או כשכמות הטרומבוציטים נמוכים מ-10000 תאים. ניתן בהתאם למערכת השיקולים הכוללת ובהתאם להעדפות החולה והמשפחה כגון אנדוסקופיות וטיפולים כירורגיים למיניהם.

זהירות!!

במצבים של המטוריה לא מומלץ לתת תכשירים אנטי פיברינוליטיים מכיוון שאלה עלולים לגרום לקרישי דם וחסיתת אורטרה.

Second-line options	Third-line options
• Absorbable haemostatic agents • Non-absorbable haemostatic agents • Alginates sucralfate • Adrenaline	• Microporus polysaccharide or zeolite particles (large bleeds from large open wounds) • Vasoconstrictive and cauterizing agents
• Bronchoscopic procedures • Hexacaprone	• Transcutaneous arterial embolization in select cases • Vasoactive drugs
• Radiotherapy • Cystoscopic-assisted cautery	• Transcutaneous arterial embolization in select cases
• Raduotherapy • Hexacaprone	• Vasoconstrictive and cauterizing agents • Transcutaneous arterial embolization in select cases
• Hexacaprone • Packing • Gelatin dressings	• Transcutaneous arterial embolization in select cases
• Endoscopic procedures • Vasoconstrictive and cauterizing agents • Radiotherapy	• Transcutaneous arterial embolization in select cases
	• Transcutaneous arterial embolization in select cases • Vasoactive drugs
• Balloon catheter • Gelatin dressing	• Hexacaprone
• Microporus polysaccharide or zeolite particles	
• Systemic treatment with Vit K or transfusion of plasma products, depending on the underlying cause	

	First-line options
Skin and chest wall lesions	• Pressure • Pressure bandaging (With Vaseline to prevent sticking) • Radiotherapy
Haemoptysis	• Radiotherapy • Chemotherapy for chemotherapy-sensitive tumours
Haematuria	• Continuous bladder irrigation and lavage • Instillation of vasoconstrictive and cauterizing agents, including with astringents
Vaginal bleeding	• Gelatin dressings or packs soaked with acetone or formalin • Sucralfate in solution form
Rectal bleeding	• Radiotherapy • Sucralfate incl. eneka
Haematemesis	• Endoscopic procedures • Sucralfate 1gm PO • Hexacaprone-
Melaena	• Endoscopic procedures (As is Haematemesis)
Epistaxis	• Packing with epinephrine or silver nitrate
Massive external haemorrhaging	• Pressure and pressure bandaging or packing plus dark towels plus sedation
Haemorrhaging from thrombocytopenia or other blood clotting abnormalities	• Local measures if bleeding is local (e.g. epistaxis)

אצירת שתן חריפה

ACUTE URINARY RETENTION

רקע

אצירת שתן חמורה הינה הפרעה חסימתית בזרימת השתן הגורמת לאי נוחות גדולה ואף עשויה לסכן חיים. החסימה יכולה להיות חלקית או מלאה, והיא שכיחה יותר בקרב גברים. עיקוב בזיהוי הבעיה ובטיפול יכול לגרום לאי ספיקה כליתית.

אבחון

האבחון עלול להיות קשה כאשר אין תקשורת טובה עם החולה.

- א. ביטוי ראשון יכול להיות דליריום
- ב. החמרה עלולה להתרחש בשל כאבים שכבר קיימים
- ג. בבדיקה גופנית תהיה עמימות בניקוש הבטן התחתונה, מישוש גולבוס

יש לחפש סיבות אפשריות:

- א. תרופות. במיוחד אלה עם תופעות אנטי-כולינרגיות כמו נוגדי דיכאון טרי-ציקליים, אופיואידים.
- ב. זיהום בדרכי שתן.
- ג. עצירות.
- ד. הגידול עצמו הגורם לחסימה.
- ה. בעיה נירולוגית של עמוד השדרה או הפלקסוס הסקראלי.

טיפול

- ← במצב חריף לא תהיה ברירה אלא לבצע קטטריזציה מיידית. אחרי שהשלפוחית התרוקנה יש לשקול האם להשאיר את הקטטר או להוציאו מיד.
- ← יש לטפל לפי הגורם: שינוי טיפול תרופתי, טיפול בעצירות וכדומה.
- ← לגבר עם חסימה חלקית עקב הגדלה של הערמונית ניתן להציע טיפול בפרוסטטיזם (Lower Urinary Tract Symptoms) (LUTS)

השעות האחרונות

מועד המוות לא ניתן לצפייה מראש. בעוד שלפעמים זה מתרחש במהרה ללא סימנים מקדימים, במקרים רבים קיימים סימנים המעידים על כך שהמוות קרב, כגון חולשה מתקדמת, ירידה במצב הכרה ונטייה לישנוניות. לעיתים החולה מאבד את הכרתו ובהמשך עלולות להיות הפסקות נשימה ובסופו של דבר החולה מפסיק לנשום ונפטר.

התקופה לפני המוות עשויה להיות מלווה בתסמינים קשים, אך ברוב רובם של המקרים קיימת אפשרות להקל על המטופל.

חרורי גסיסה Death Rattle

מדובר בחרחרורים נשימתיים קשים. יכול לנבוע מגודש ריאתי אך בדרך כלל נובע מהצטברות ריר בבית הבלעיה בגלל חוסר יכולת לבלוע. התופעה בדרך כלל לא מפריעה לחולה עצמו אבל יכולה להיות מקור להרבה חרדה וחוסר שקט של המשפחה והמטפל בחולה.

עם הופעת החרחרורים מומלץ להסביר למשפחה שמדובר בתופעה שמנבאת מוות קרוב, אם כי לא ניתן לנבא בדיוק מתי זה יתרחש (עשוי לקחת שעות ולעיתים ימים). בשלב זה מומלץ להודיע לבני משפחה אחרים שירצו להיות שותפים לרגעים האחרונים. לפירוט התופעה. ראה פרק חרחורי גסיסה.

טיפול

← ניתן לנסות לשנות תנוחה בעזרת כריות.

← ניתן לנסות אטרופין תת לשוני בטיפות או פראנטרללי.

חוסר שקט ודליריום, terminal restlessness

לעיתים, לקראת המוות קיימות תופעות של חוסר שקט, גניחות והזיות. בדרך כלל אין תקשורת משמעותית עם המטופל כך שגם למטפלים, למשפחתו של החולה ולצוות הרפואי קשה לדעת במה בדיוק מדובר. ישנם מקרים בהם קשה להבחין בין מצב זה לבין החמרה פתאומית של כאב. גם במקרה זה חשוב להסביר למטפלים ולמשפחה שמדובר בתופעה מוכרת שעשויה לנבא מוות הולך וקרוב.

מצב זה הוא קשה ביותר למשפחה ולמטפלים, וכנראה גם לחולה עצמו. הטיפול חייב להיות פרנטרלי מכיוון שבמצבים כאלה החולה לא יהיה מסוגל לבלוע.

טיפול

מומלץ להתחיל עם הזרקה חד פעמית של מורפין תת-עורי במינון של כ-20% מהמנה היומית שהחולה מקבל (שווה ערך אנלגטי). אם המצב מאד חריף, או עם אין תגובה להזרקה המורפין תוך 15 דקות, כדאי להוסיף midazolam בהזרקה תת-עורית. מומלץ להתחיל עם כ-5 מ"ג ולהוסיף 5 מ"ג כל 5 דקות עד להשגת רגיעה. בהמשך, יש מקום לדון עם המטפל והמשפחה על המשך מתן סדציה (ראה פרק דליריום ופרק סדציה פליאטיבית).

קביעת המוות

רוב המשפחות יודעות שיקירם נפטר. בכל מקרה, קביעת המוות תיעשה על ידי רופא. בדרך כלל היעדר נשימה, היעדר דופק פריפרי והיעדר קולות לב בהאזנה מספיקים כדי לקבוע מוות. אפשר גם לבדוק אישונים (רחבים ולא מגיבים). אין כל צורך בביצוע בדיקת אלקטרוקארדיאוגרם כדי לקבוע מוות ולכן כל רופא שנקרא למקרה יכול לקבוע את מותו של החולה.

לאחר שנקבע מותו של החולה יש לעקוב אחר מספר שלבים בירוקרטים:

- ← עם קביעת המוות, על הרופא למלא תעודת פטירה ב-4 עותקים.
- ← יש לקבל אישור קבורה על ידי משרד הבריאות. בשעות היום ניתן לגשת ללשכת הבריאות האזורית, בשעות אחרות ניתן לגשת למשרד הקבלה של בית החולים הקרוב. במשרד הקבלה יש תורן שיכול לתת רישיון קבורה.

← יש לגשת עם רישיון הקבורה לחברה קדישא ולהסדיר את מועד ההלוויה. בארץ קיימים מקומות בהם ניתן לערוך הלוויה חילונית ללא מעורבות של חברה קדישא, גם ליהודים וגם למי שאינו יהודי. באוכלוסייה המוסלמית אנשי הדת דואגים להסדרת ההלוויה.

← ברוב המקומות בארץ ניתן להזמין אמבולנס פרטי לאחר כתיבת תעודת הפטירה על ידי רופא. נותני השירות של אמבולנס פרטי יכולים לדאוג לכל האישורים וההסדרים להלוויה. הזמנת אמבולנס פרטי מחייבת גם הזמנת משטרה.

במקרים בהם אין רופא, ניתן להודיע על פטירה למגן דוד אדום. מגן דוד אדום מספקים תעודת פטירה בלבד.

מה עושים עם גופת המת?

בדרך כלל מפנים את הגופה לבית העלמין בעזרת אמבולנס פרטי. שירות זה כרוך בתשלום של כמה מאות שקלים. פינוי הגופה על ידי חברה קדישא אינו כרוך בעלות מצד המשפחה. חברה קדישא מפנים רק בשעות העבודה המקובלות. בקיץ ניתן להשאיר את הגופה בבית כ-48 שעות ללא כל קירור, ללא חשש להופעת ריח.

טופס בקשה לקבלת תעודת פטירה נמצא בפרק "נספחים"

רשימת בתי קברות לקבורה חילונית נמצאת בפרק "נספחים"

חרחורי גסיסה DEATH RATTLE

רקע

חרחורים נשימתיים קשים הנגרמים בשל הצטברות הפרשות בדרכי הנשימה. התופעה נובעת מהצטברות הפרשות מבלוטות הרוק בדרכי אויר עליונים ובלוע, כתוצאה מחוסר יכולת לבלוע על רקע אובדן הכרה, איבוד היכולת להשתעל או חסימה חלקית. תופעה זו שכיחה ונצפית בכ-50% מהחולים ב-48 השעות האחרונות לחייהם. חרחורי הגסיסה מנבאים מוות קרב, אם כי לא ניתן לנבא בדיוק מתי – שכן מצב זה עשוי לקחת שעות ולעיתים ימים. חרחורי הגסיסה עלולים לגרום לחרדה ואי נוחות רבה בקרב בני המשפחה, אך כנראה אינם גורמים למצוקה לחולה. שלב זה מהווה נקודת זמן ראויה לשיחה עם המשפחה על כך שהמוות קרב.

אבחנה מבדלת: דיספניאה או מצוקה נשימתית.

טיפול

חשוב ביותר להרגיע את המטפלים ולדעת שהתופעה אינה כרוכה בסבל של החולה עצמו. בדרך כלל, החולים מחוסרי הכרה או נמצאים בהכרה מעורפלת. לעיתים, שינוי תנוחה של החולה מספיק כדי להקטין את עוצמת הבעיה. ניתן לנסות ולשנות את תנוחת החולה בעזרת כריות, ולהשכיבו עם ראש מורם או על הצד, כאשר אפשרי.

אם שינוי התנוחה לא מספק ניתן להשתמש בתרופות אנטי-כולינרגיות:
atropine, belladonna scopolamine, hyoscine butylbromide

לתרופות הללו תופעות לוואי שכיחות כגון סדציה, דליריום, הזיות, יובש בפה, דפיקות לב טכיאריטמיות. תופעות הלוואי שכיחות יותר בתרופות החודרות את המחסום דם-מח.
(ראה טבלה 1)

Glycopyrrolate יותר פוטנטי מאטרופין אך פחות פוטנטי מ-hyoscine hydrobromide.

א. אם יש חשד שמדובר בגודש ריאתי, אפשר לעשות ניסיון טיפולי ב-fusid.

ב. יש להגביל מתן נוזלים, במיוחד מתן נוזלים פרנטרליים.

מתן התרופות מוקדם ככל האפשר הינו יעיל יותר. הטיפול יעיל פחות בחולים עם גידולי ריאה.

תרופות בשימוש לטיפול בחרחורי גסיסה

Hyoscine hydrobromide (scopolamine)

Drops, tablets 0.2-0.4 mg q4-6h; titrate to symptom control

One to three transdermal patches every 3 days or 0.2-0.5 mg SC four to six times daily or 0.1 to 0.2 mg/hr by continuous IV or SC infusion

Hyoscyamine sulphate – tablets

Tablets 0.125-0.375 mg PO or SL q4-6h; titrate to symptom control

Glycopyrrolate – tablets, ampules

התרופה אינה קיימת בארץ, ניתן לייבוא מיוחד

Start at 1 mg qd to qid; titrate to symptom control and side effects; maximum dose, 8 mg/24 hr 0.1-0.2 mg SC q4-6h or 0.4-1.2 mg/day by continuous IV or SC infusion

Atropine sulphate or hydrochloride – drops, tablets, ampules

One to three drops (1%) or tablets q4-6h 0.2-0.5 mg SC or IM or sublingual

נפיחות גפיים

רקע

נפיחות גפיים עשויה להופיע בכל ארבעת הגפיים, רק בגפיים התחתונות או רק בגפה אחת ועלולה להפיע כבצקת גומתית או בצקת לא גומתית. בדרך כלל, בצקת לא גומתית נובעת מכשל בניקוז הלימפתי. היא מופיעה בגפה אחת (במרבית המקרים), או ביותר.

בצקת גומתית בדרך כלל מופיעה בגפיים תחתונות (אם כי גם יכולה להופיע בגפיים עליונות) ובדרך כלל ביותר מגפה אחת. עלולה לנבוע מכשל בהחזר הוריד, אי ספיקת לב, אי ספיקה כבדית או לחץ גדול על מערכת ורידית.

נפחיות בגפיים כתוצאה מלימפאדמה

נובעת מכשל של הניקוז הלימפטי והצטברות נוזלים תאי דם לבנים ומולקולות חלבון גדולים. מופיעה באופן שכיח לאחר טיפולים כירורגיים וקרינתיים בבלוטות לימפה. מאד שכיח אצל נשים אחרי כריתת גידול בשד עם הוצאת לימפות לימפה אקסילריות וטיפול קרינתי מקומי. גם שכיח בחולים עם ממאירות של האגן ומעורבות של ניקוז הלימפטי באגן ו/או בלוטות לימפה מפשעיות.

← ניתן לנסות למנוע תופעה זו על ידי הזזת גפיים שבפוטנציה יכולים לפתח לימפאדמה. תנועות אקטיביות של כל המפרקים ותנועת השרירים מניעות את הניקוז הלימפטי

← אין לאמץ את הגפה

← יש לשמור על היגיינה טובה ובכל מחיר למנוע זיהומים

← יש לדאוג שהעור יהיה רך וגמיש ובשום פנים ואופן לא לנקב וריד בגפה – לא ללקיחת דם ולא להחדרת עירו

טיפול ספציפי

כאשר כבר קיימת נפיחות בגפיים נדרשת מיומנות גדולה על מנת לטפל. במדינת ישראל רק פיזיותרפיסטים עם הכשרה מיוחדת יכולים לטפל בבעיה. הטיפול כולל מספר פעולות:

- ← עיסוי ייחודי עדין שמגביר את הניקוז הלימפטי.
- ← חבישה מיוחדת של הגפה לאחר העיסוי כדי למנוע הצטברות מחודשת של לימפה בגפה.
- ← הנעת הגפה לפי הדרכת הפיזיותרפיסט.
- יש לטפל מיידית ובאופן אגרסיבי בכל סימן של דלקת בעור של הגפה הנגועה.
- לנפיחות בגפיים אין טיפול תרופתי ספציפי. למשתנים אין כל מקום בטיפול.

נפיחות בגפיים עקב Pitting edema

נובע כתוצאה מכשל של החזר ורידי, במצבים של אי ספיקת לב, אי ספיקה ורידית עם יתר לחץ דם ריאתי, במצבים של לחץ תוך בטני גדול כתוצאה משחמת כבד או בשל נוכחות גידול.

עשוי להתרחש בשל הצטברות נוזלים במצבים כגון אי ספיקה כליתית, hypoalbuminemia, ובמצבים של הפרשה לא מבוקרת של ADH והורמונים דומים.

טיפול

בסיס הטיפול הוא מתן דיורטיקה. שילוב של פוסיד (furosemide) ואלדקטון (Aldactone) הינו היעיל ביותר. מומלץ להתחיל במינון של 40 מ"ג פוסיד בשילוב עם 100 מ"ג אלדקטון. מינונים קטנים יותר אינם יעילים. יש לקחת בחשבון שתיתכן השפעה של אלדקטון תופיע רק כעבור שלושה ימים מתחילת הטיפול. ניתן להעלות מינונים עד ל-200 מ"ג פוסיד ו-500 מ"ג אלדקטון. ניתן להרים רגליים אם הבצקת נובעת גם מאי ספיקה של המסתמים הורידיים.

בצקת חד צדדית בגפיים עשויה להעלות חשד לפקקת ורידים ועל כן דורשת בירור.

אין כל הוכחה שמתן אלבומין תוך-ורידי או צריכת מזון עשיר בחלבונים ישנה את המצב בקרב חולים במצב סופני, ולכן אין כל אינדיקציה למתן אלבומין בקרב חולים אלה. כאשר קיים מצב של היפואלבומינמיה, קיימת אפשרות לתת פלזמה או אלבומין ומייד לאחר מכן דיורטיקה.

מקורות:

1. ABC of palliative care Moth care, skin care and lymphedema Oct 1997; 315: 1002-5
2. A clinical decision guide to Symptom Relief in Palliative Care. Edited by Jo Hockley and Claud Regnard. Oedema and Lymphedema. Fifth edition 2002
3. Principles and practice of Palliative care and Supportive Oncology. Edited Ann M. Berger, Russell K. Portnoy and David E. Weissman Second edition 2002

עירוי תת-עורי HYPODERMOCLYSIS

עירוי תת-עורי של נוזלים, הנקרא בלטינית היפודרמוקליזיס, הינו שיטה מקובלת למתן נוזלים לקשישים וחולים סופניים במצב של איבוד נוזלים קל עד בינוני.

התוייה

מתן נוזלים למטופלים שאינם יכולים לשתות עקב מצבם ו/או מקיאים ו/או משלשלים ונמצאים במצב של איבוד נוזלים קל עד בינוני. השיטה מתאימה למתן נוזלים בבית המטופל. אין הוכחה שמתן נוזלים לחולים סופניים משפרת את מצבם או מאריכה את חייהם. העירוי מתבצע לעיתים להרגעת משפחת המטופל, שעשויה להיות מתוסכלת בשל חוסר תזונה ושתייה של המטופל.

התוויות נגד

אנאסרקה, טרומבוציטופניה קשה.

יתרונות עירוי תת-עורי

1. עלות נמוכה.
2. סיכון קטן יותר לבצקת ריאות או לעודף נוזלים.
3. קל יותר לביצוע מעירוי תוך-וריד.
4. נדרשת פחות השגחה ולפיכך מתאים יותר לבית.
5. אינו גורם לטרומבופלביטיס ואין סכנה להיווצרות קרישי דם.
6. אפשר להפסיק זמנית ולסיים ללא צורך בהתערבות צוות רפואי.

חסרונות

1. לא ניתן לתת במיקום אחד יותר מליטר וחצי ביממה.
2. לא ניתן לתת אלקטרוליטים אחרים כמו אשלגן וחומרי תזונה.
3. בצקת במקום העירוי שכיחה.
4. תגובה מקומית במקום ההזרקה.

טכניקה למתן עירוי תת-עורי

מיקום

מיקום החדרת מחט תת-עורית יכול להיות בקיר הבטן, בית חזה עליון – מעל לשדיים ומעל המרווח הבין צלעי, ובאזור השכמות. ניתן להחזיר גם בירכיים ובחלק החיצוני של הזרועות.

כשהיקף הגפיים קטן, קיימת אפשרות להצטברות גדולה יותר של נוזל. הזמן הממוצע להשארת המחט במקום אחד ביחידה פליאטיבית הינו 4.7 ימים בממוצע. אם אין תגובה במקום ההזרקה והמחט איננה זזה, ניתן להשאיר את המחט באותו המקום לתקופה ממושכת יותר.

נפח וקצב מתן העירוי

במשך 24 שעות ניתן לתת נפח של כ-1.5 ליטר במקום אחד, או שלושה ליטרים בשני מקומות. הקצב הוא של כ-1 סמ"ק לדקה. ניתן לתת עירוי בחלק מהיממה, לדוגמה רק בלילה, לצורך נוחות המטופל.

מחקרים ברפואה פליאטיבית הראו שחולי סרטן סופניים נזקקים לנפח קטן יותר של נוזלים להרדירציה ולפיכך משתמשים פעמים רבות בנפח של 500 סמ"ק ליממה.

ביחד עם הנוזל ניתן גם לתת תרופות המקובלות ברפואה פליאטיבית במתן תת-עורי, כגון מורפין, פרמין, דקסמטזון או דורמיקום. ניתן לתת תערובת של יותר מתרופה אחת בהתאם האפשרויות של ערבוב תרופות שונות בעירוי תת-עורי אחד.

צורת מתן

← צינור עירוי רגיל מחובר לשקית סליין ומצידו השני למחט פרפר 21 או 23. יש להשתמש בשקית עירוי של סליין רגיל 0.9%, עימו יש יותר ניסיון בקרב הקהילה הרפואית והוא בעל פחות תופעות לוואי.

← לאחר חטיית העור יש להחזיר את המחט מתחת לעור בזווית של 45° – 60° ביחס לשטח העור. לאחר פתיחת גלגלת העירוי יש לוודא שהעירוי זורם, ושהמחט מקובעת לעור.

← יש לתדרך את המשפחה לגבי קצב מתן העירוי ולבקש מהם להשגיח על העירוי מכיוון ששינוי תנוחת המטופל עלול לגרום לשינוי בקצב העירוי.

תופעות לוואי

בדרך כלל קלות ואינן משמעותיות. בצקת מקומית במקום ההזרקה היא תופעת הלוואי השכיחה ביותר. על מנת להקל על המטופל, אפשר לבצע עיסוי ידני במקום הבצקת. תגובה מקומית, אי נוחות או כאב במקום החדרת המחט אפשריים אך אינם שכיחים. במקרים נדירים עלולה להיות אי ספיקת לב, בצקת ריאות, צלוליטיס במקום העירוי, שטפי דם מקומיים. לעיתים נדירות עלול להתרחש ניקוב במקום החדרת המחט התת-עורית לעירוי.

מקורות:

1. Menahem S, Shvartzaman P. Hypodermoclysis: An alternative infusion technique. American Family Physician, 2001; 64(9): 1575-78.
2. Frisoli Junior A, de Paula AP, Feldman D, Nasri F. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients. Drugs and Aging, 2000; 16(4): 313-19.
3. Lipscitz S, Campbell AJ, Roberts MS. Subcutaneous fluid administration elderly subjects: validation of an under-used technique. Journal of American geriatric society, 1991; 39(1): 6-9.
4. Remington R, Hultman T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. Journal of American geriatric society, 2007; 55(12): 2051-5.
5. Cerchietti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. International journal of palliative nursing, 2000; 6(8): 370-4.
6. Mongardon N, Le Manach Y, Tresallet C, Lescot T, Langeron O. Subcutaneous hydration: a potentially hazardous route. European journal of anaesthesiology, 2008; 25(9): 771-2.

סדציה פליאטיבית

סדציה פליאטיבית הינה הליך בו נעשה שימוש מבוקר בתרופות להורדת רמת ההכרה במטרה להקל את סבלו של המטופל, כתוצאה מתסמינים עמידים ומצוקה נפשית. הטיפול בסדציה פליאטיבית הינו מוצא אחרון לטיפול בתסמינים עמידים. סדציה פליאטיבית ניתנת לחולים סופניים אשר תוחלת חייהם המוערכת הינה פחות משבועיים. רוב הסדציות הפליאטיביות נעשות ב-48 שעות האחרונות.

סדציה פליאטיבית (ס"פ) מהווה טיפול חיוני וחשוב לקראת סוף החיים, העשוי להקל משמעותית על חולה ובני משפחתו. בטיפול פליאטיבי אחת המטרות החשובות הינה שיפור ו/או שימור התיפקוד והאינטראקציה של החולה עם משפחתו וסביבתו – מכיוון ששימוש בסדציה פליאטיבית יפגע במטרה חשובה זו, ולכן נדרש שקול דעת כוללני.

התוויות:

1. טיפול בתסמינים עמידים לקראת סוף החיים – תסמין עמיד יוגדר כתסמין אשר אינו ניתן לאיזון, על אף מתן טיפול מיטבי במסגרת זמן תוחלת החיים של החולה וללא תופעות לוואי משמעותיות.

2. סבל קיומי – על אף ניסיון טיפולי באלמנטים נפשיים של דיכאון וחרדה.

3. Respite sedation סדציה לתקופה קצרה כדי לאפשר לחולה ולמשפחתו לאסוף כוחות.

על אף שאין כל עדות לכך בספרות, תמיד קיים החשש כי שימוש בסדציה פליאטיבית עלול להחיש את המוות. כדי למנוע שימוש לא נכון חשוב להגדיר קווים מנחים ברורים לשימוש בסדציה פליאטיבית.

המלצות כלליות

1. כחלק מהטיפול בחולה סופני רצוי לדון איתו על העדפותיו בקשר לטיפולים להקלת סבלו, כולל האפשרות של שימוש בסדציה במצב של החמרה ועמידות בתסמינים.
2. רצוי לקיים דיון דומה גם עם משפחת החולה, בעיקר כשהחולה אינו יכול לתקשר.
3. במקרה שצפויה קטסטרופה, כגון דימום מסיבי, יש לדון עם המטופל ו/או בני משפחתו גם על האפשרות של שימוש בסדציה.

אוכלוסיית יעד

1. חולה הסובל מתסמינים עמידים. התסמינים השכיחים הם דליריום אגיטיבי, דיספנאה, כאב, דימום ופרוסים בלתי נשלטים.
2. ניתן לעיתים גם להציע לחולה סדציה פליאטיבית לתקופה קצרה עד שטיפול שניתן יחל לפעול.

הערכה

ההחלטה על שימוש בסדציה פליאטיבית תיעשה על ידי 2 רופאים.

- ← יש להתייחס לממצאים הרפואיים של החולה תוך התייחסות ספציפית לתסמינים מהם סובל החולה, למגוון הטיפולים שניתנו, ולמגוון הטיפולים האפשריים.
- ← יש לבצע תיעוד של ההערכה וההחלטה. תיעוד זה יכלול תיאור מצב החולה והתסמינים העמידים, הסיבה לתסמינים אלה, טיפולים שנוסו, הערכת תוחלת החיים (שעות, ימים, שבועות), הרציונל מאחורי הצעת הטיפול בסדציה פליאטיבית, מטרות הסדציה. יש לציין שהדיון נעשה עם החולה ו/או משפחתו.

הטיפול

← דרגת הסדציה הרצויה היא הדרגה המינימאלית הנדרשת להקלה על התסמינים. תחילה יש תמיד לנסות סדציה לטווח קצר ולסירוגין (למשל בלילה) ובהתאם לתגובה להחליט על המשך הטיפול.

← סדציה פליאטיבית מתמשכת תינתן רק במקרה שסדציה לסירוגין ולטווח קצר לא הועילה – החולה עדיין סובל קשה והמוות צפוי תוך שעות או ימים, או במקרה של קטסטרופה צפויה כגון דימום מסיבי בלתי ניתן לשליטה.

← 2-3 פעמים ביום יש לבצע הערכה קבועה של דרגת ההכרה ותופעות לוואי כגון: נחירות, ירידה בקצב הנשימה, הפסקות נשימה, דופק.

← בכל מקרה יש להמשיך לדאוג לטיפול מכובד של החולה, היגיינה, טיפול פה, עיניים, פצעי לחץ וכדומה.

← בעת מתן סדציה יש להמשיך בטיפול התרופתי הסימפטומטי פראנטרלי.

כל הטיפולים צריכים להינתן תוך הערכת סיכון/נזק, תוך התחשבות מקסימלית בהעדפותיו של החולה והעדפות משפחתו. החלטה על הזנה או הידרציה קשורה להעדפות החולה ומשפחתו ואינה קשורה לעצם מתן סדציה פליאטיבית.

תרופות לסדציה פליאטיבית

Midazolam

יתרונות: פעולה מהירה, ניתן לתת IV, PO או SC.

מנת התחלה: 0.5-2.5 mg

מינון אחזקה: 1-20 mg/hr

אנטגוניסט: Flumazenil

Haloperidol

ניתן לתת – IV, SC or PO

מנת אחזקה: לדליריום קל 0.5-1 מ"ג פראנטרלי כל 4-6 שעות; במקרה של דליריום קשה 2 מ"ג עם אפשרות למתן חוזר כל חצי שעה.

מנת אחזקה – 5-60 mg/day

Chlorpromazine

מנה התחלתית: IV or IM 12.5 mg q4-12 hours, or 3-5 mg/hour IV or 25-100 mg

q4-12 hours PR

מנת אחזקה: 37.5-150 mg/day, PR 75-300 mg/day

Levomepromazine

יתרון: פעולה מהירה, יעיל לדליריום ניתן IV, SC or IM

מנה התחלתית: 12.5-25 mg

מנת אחזקה: Usual effective dose: 12.5-25 mg q8h and q1h prn for breakthrough

agitation or upto 300 mg/day continual infusion.

Phenobarbital

יתרון: פעולה מהירה,

מינון: 1-3 mg/kg SQ or IV bolus dose, followed by starting infusion of 0.5

mg/kg/hr

מנת אחזקה: 50-100 mg/hr

ניתן למצוא קווים מנחים לסדציה פליאטיבית בבית החולה (בקהילה) בנספח מספר 10.

נספחים

פרוטוקול מס' 1 למתן לידוקאין בעירוי ווריד

כאב עצבי לסוגיו השונים שכיח ב-7% עד 6% מהאוכלוסייה והוא כרוך בסבל ניכר ובפגיעה קשה באיכות חייהם של חולים רבים. ההסתמנות הקלינית של כאב עצבי רחבה ושונה מחולה לחולה.

כאב מסוג זה עשוי להתפתח בעקבות פגיעה או מחלה המערבת את מערכת העצבים הפרפרית או המרכזית.

תסמונות כאב עצבי היקפי שכיחות יותר מן המרכזיות וביניהן ניתן למנות את הניורופטיה הסוכרתית הכואבת, ניראלגיה בתר-הרפטית (Post herpetic neuralgia), כאב עצבי שלאחר התערבויות ניתוחיות ובעקבות חבלות בהן נפגעים עצבים. תסמונות הכאב העצבי המרכזי כוללות, בין היתר, כאב שלאחר אוטם מוחי (Central post stroke syndrome), לאחר נזק לחוט השדרה, במחלת הטרשת הנפוצה, כאב הנובע מאינפילטריציה או לחץ על ידי גידול ממאיר ועוד.

הכאב העצבי עשוי במקרים רבים להיות ספונטאני, קבוע או התקפי ובעל אופי "שורף", "הבזקי" או "מושך". חולים רבים סובלים מכאב המושרה על ידי גירוי שאינו מכאיב (אלודיניה) או על העצמה ניכרת של הכאב בתגובה לגירוי מכאיב (היפראלגזיה). במקביל עלולים להתווסף ליקויי תחושה כמו רדימות או רחישויות (פרסטזיות), כל זאת בשילובים שונים הגורמים לכך שההסתמנות הקלינית עשויה להיות רבגונית.

פעילות אנלגטית לכאב עצבי מצויה בתרופות המייצבות את פעילותיהם של קרומי תא העצב (מייצבי ממברנת העצב), כגון: חומרי הרדמה מקומיים (מאלחשים מקומיים), במתן סיסטמי ותרופות אנטי אריטמיות.

לידוקאין הוא שמה של התרופה הנמצאת בשימוש משנת 1949 ומשמשת כחומר הרדמה מקומי נפוץ וכן חומר המווסת את קצב הלב-אנטי אריתמי. (לתרופה פעילות הנוגדת הפרעות קצב חדריות).

בכאב, פעילותו של הלידוקאין קשורה ליכולתו לחסום תעלות נתרן ועל ידי כך להוריד את רמת העירור של רקמות עצב פגועות ולדכא את הירי האקטופי הנוצר עקב הפגיעה בעצב. מסרי הכאב האקטופיים הינם אופייניים לכאב העצבי.

התוויות לשימוש

פגיעה עצבית מרכזית או פריפרית שלא הגיבה לטפולים מקובלים או שחולים פיתחו תופעות לוואי לטיפולים אלה ושמתבטאת:

1. בשריפה
2. תחושת זרם חשמלי
3. הרגשת נימול
4. שנוי תחושה (דיסאסטזיה)

מינון:

עד 5 מ"ג מ"ג לק"ג משקל גוף.

תדירות:

אחת לשבוע במשך כ-10 שבועות
בהמשך אחרי תגובה ראשונית ניתן לתת כמנת אחזקה אחת לשבוע עד אחד לחודש

במקרים חריגים ע"פ הוראה רפואית תינתן התרופה פעמיים בשבוע

(הטבה משמעותית לזמן קצר, או בחולים עם כאב נירופטי ממקור סרטני)

הנחיות למתן:

עירוי ווריד

1. מהול ב-150 סליין
2. משך העירוי – שעה עד שעה וחצי
3. מדידת לחץ דם ודופק לפני מתן התרופה ואחריה
4. יש לבצע אקג בסיס לפני מתן הטיפול הראשון. במידה ויש חסימה עלייתית חדרית מדרגה 2 יש להימנע מהטיפול
5. במידה ומופיעות תופעות לוואי הבאות יש לנתק את החולה מהעירוי (בהתאם למצב מתן עירוי נוזלים ע"פ הוראה רפואית)

תופעות לוואי

1. ירידה בלחץ הדם עקב ירידה בתפוקת הלב
2. סחרחורת
3. נמנום

4. צלצול באוזניים
5. דיבור לא ברור
6. בלבול
7. הרגשת נימול
8. חרדה
9. חוסר התמצאות בזמן ובמקום
10. התכווצויות בקשישים או/ מטופלים עם אי ספיקת לב

התוויות נגד

1. רגישות ידועה ללידוקאין
2. חסם במערכת ההולכה הלבבית
3. חולים עם ברדיקרידיה (דופק פחות מ-50 לדקה)
4. יש להיזהר בחולים עם אי ספיקת כבד או כליות

Confusion Assessment Method (CAM)

(Adapted from Inouye et al., 1990)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Assess the following factors.

Acute Onset

1. Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?

___ YES ___ NO ___ UNCERTAIN ___ NOT APPLICABLE

Inattention

(The questions listed under this topic are repeated for each topic where applicable.)

- 2A. Did the patient have difficulty focusing attention (for example, being easily distractible or having difficulty keeping track of what was being said)?

_____ Not present at any time during interview

_____ Present at some time during interview, but in mild form

_____ Present at some time during interview, in marked form

_____ Uncertain

- 2B. (If present or abnormal) Did this behavior fluctuate during the interview (that is, tend to come and go or increase and decrease in severity)?

___ YES ___ NO ___ UNCERTAIN ___ NOT APPLICABLE

2C. (If present or abnormal) Please describe this behavior.

Disorganized Thinking

3. Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable, switching from subject to subject?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Altered Level of Consciousness

4. Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?

Alert (*normal*)

Vigilant (*hyperalert, overly sensitive to environmental stimuli, startled very easily*)

Lethargic (*drowsy, easily aroused*)

Stupor (*difficult to arouse*)

Coma (*unarousable*)

Uncertain

Disorientation

5. Was the patient disoriented at any time during the interview, such as thinking that he or she was somewhere other than the hospital, using the wrong bed, or misjudging the time of day?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Memory Impairment

6. Did the patient demonstrate any memory problems during the interview, such as inability to remember events in the hospital or difficulty remembering instructions?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Perceptual Disturbances

7. Did the patient have any evidence of perceptual disturbances, such as hallucinations, illusions, or misinterpretations (for example, thinking something was moving when it was not)?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Psychomotor Agitation

- 8A. At any time during the interview, did the patient have an unusually increased level of motor activity, such as restlessness, picking at bedclothes, tapping fingers, or making frequent, sudden changes in position?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Psychomotor Retardation

- 8B. At any time during the interview, did the patient have an unusually decreased level of motor activity, such as sluggishness, staring into space, staying in one position for a long time, or moving very slowly?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Altered Sleep-Wake Cycle

9. Did the patient have evidence of disturbance of the sleep-wake cycle, such as excessive daytime sleepiness with insomnia at night?

☐ YES ☐ NO ☐ UNCERTAIN ☐ NOT APPLICABLE

Scoring:

For a diagnosis of delirium by CAM, the patient must display:

1. Presence of acute onset and fluctuating discourse
AND
2. Inattention
AND EITHER
3. Disorganized thinking
OR
4. Altered level of consciousness

Source:

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-948.

Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm

Feature 1: Acute Onset and Fluctuating Course

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions: Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline? Did the (abnormal) behavior fluctuate during the day; that is, did it tend to come and go, or increase and decrease in severity?

Feature 2: Inattention

This feature is shown by a positive response to the following question: Did the patient have difficulty focusing attention; for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said? Feature 3: Disorganized Thinking This feature is shown by a positive response to the following question: Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

Feature 4: Altered Level of Consciousness

This feature is shown by any answer other than "alert" to the following question: Overall, how would you rate this patient's level of consciousness? (alert [normal], vigilant [hyperalert], lethargic [drowsy, easily aroused], stupor [difficult to arouse], or coma [unarousable])

Source:

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-948.

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)^{©1996}

INSTRUCTIONS: Rate the severity of the following symptoms of delirium based on current interaction with subject or assessment of his/her behavior or experience over past several hours (as indicated in each item.)

ITEM 1-REDUCED LEVEL OF CONSCIOUSNESS (AWARENESS): Rate the patient's current awareness of and interaction with the environment (interviewer, other people/objects in the room; for example, ask patients to describe their surroundings).

- ☐ 0: none (patient spontaneously fully aware of environment and interacts appropriately)
- ☐ 1: mild (patient is unaware of some elements in the environment, or not spontaneously interacting appropriately with the interviewer; becomes fully aware and appropriately interactive when prodded strongly; interview is prolonged but not seriously disrupted)
- ☐ 2: moderate (patient is unaware of some or all elements in the environment, or not spontaneously interacting with the interviewer; becomes incompletely aware and inappropriately interactive when prodded strongly; interview is prolonged but not seriously disrupted)
- ☐ 3: severe (patient is unaware of all elements in the environment with no spontaneous interaction or awareness of the interviewer, so that the interview is difficult-to-impossible, even with maximal prodding)

ITEM 2-DISORIENTATION: Rate current state by asking the following 10 orientation items: date, month, day, year, season, floor, name of hospital, city, state, and country.

- ☐ 0: none (patient knows 9-10 items)
- ☐ 1: mild (patient knows 7-8 items)
- ☐ 2: moderate (patient knows 5-6 items)
- ☐ 3: severe (patient knows no more than 4 items)

ITEM 3-SHORT-TERM MEMORY IMPAIRMENT: Rate current state by using repetition and delayed recall of 3 words [patient must immediately repeat and recall words 5 min later after an intervening task. Use alternate sets of 3 words for successive evaluations (for example, apple, table, tomorrow, sky, cigar, justice)].

- ☐ 0: none (all 3 words repeated and recalled)
- ☐ 1: mild (all 3 repeated, patient fails to recall 1)
- ☐ 2: moderate (all 3 repeated, patient fails to recall 2-3)
- ☐ 3: severe (patient fails to repeat 1 or more words)

ITEM 4-IMPAIRED DIGIT SPAN: Rate current performance by asking subjects to repeat first 3, 4, then 5 digits forward and then 3, then 4 backwards; continue to the next step only if patient succeeds at the previous one.

- ☐ 0: none (patient can do at least 5 numbers forward and 4 backward)
- ☐ 1: mild (patient can do at least 5 numbers forward, 3 backward)
- ☐ 2: moderate (patient can do 4-5 numbers forward, cannot do 3 backward)
- ☐ 3: severe (patient can do no more than 3 numbers forward)

ITEM 5-REDUCED ABILITY TO MAINTAIN AND SHIFT ATTENTION:

As indicated during the interview by questions needing to be rephrased and/or repeated because patient's attention wanders, patient loses track, patient is distracted by outside stimuli or over-absorbed in a task.

- ☐ 0: none (none of the above; patient maintains and shifts attention normally)
- ☐ 1: mild (above attentional problems occur once or twice without prolonging the interview)
- ☐ 2: moderate (above attentional problems occur often, prolonging the interview without seriously disrupting it)
- ☐ 3: severe (above attentional problems occur constantly, disrupting and making the interview difficult-to-impossible)

ITEM 6-DISORGANIZED THINKING: As indicated during the interview by rambling, irrelevant, or incoherent speech, or by tangential, circumstantial, or faulty reasoning. Ask patient a somewhat complex question (for example, "Describe your current medical condition.").

- ☐ 0: none (patient's speech is coherent and goal-directed)
- ☐ 1: mild (patient's speech is slightly difficult to follow; responses to questions are slightly off target but not so much as to prolong the interview)
- ☐ 2: moderate (disorganized thoughts or speech are clearly present, such that interview is prolonged but not disrupted)
- ☐ 3: severe (examination is very difficult or impossible due to disorganized thinking or speech)

ITEM 7-PERCEPTUAL DISTURBANCE: Misperceptions, illusions, hallucinations inferred from inappropriate behavior during the interview or admitted by subject, as well as those elicited from nurse/family/chart accounts of the past several hours or of the time since last examination.

- ☐ 0: none (no misperceptions, illusions, or hallucinations)
- ☐ 1: mild (misperceptions or illusions related to sleep, fleeting hallucinations on 1-2 occasions without inappropriate behavior)
- ☐ 2: moderate (hallucinations or frequent illusions on several occasions with minimal inappropriate behavior that does not disrupt the interview)
- ☐ 3: severe (frequent or intense illusions or hallucinations with persistent inappropriate behavior that disrupts the interview or interferes with medical care)

ITEM 8-DELUSIONS: Rate delusions inferred from inappropriate behavior during the interview or admitted by the patient, as well as delusions elicited from nurse/family/chart accounts of the past several hours or of the time since the previous examination.

- ☐ 0: none (no evidence of misinterpretations or delusions)
- ☐ 1: mild (misinterpretations or suspiciousness without clear delusional ideas or inappropriate behavior)
- ☐ 2: moderate (delusions admitted by the patient or evidenced by his/her behavior that do not or only marginally disrupt the interview or interfere with medical care)
- ☐ 3: severe (persistent and/or intense delusions resulting in inappropriate behavior, disrupting the interview or seriously interfering with medical care)

ITEM 9-DECREASED OR INCREASED PSYCHOMOTOR ACTIVITY:

Rate activity over past several hours, as well as activity during interview, by circling (a) hypoactive, (b) hyperactive, or (c) elements of both present.

- ☐ 0: none (normal psychomotor activity)
- ☐ a b c 1: mild (hypoactivity is barely noticeable, expressed as slightly slowing of movement. Hyperactivity is barely noticeable or appears as simple restlessness.)
- ☐ a b c 2: moderate (hypoactivity is undeniable, with marked reduction in the number of movements or marked slowness of movement; subject rarely spontaneously moves or speaks. Hyperactivity is undeniable, subject moves almost constantly; in both cases, exam is prolonged as a consequence.)
- ☐ a b c 3: severe (hypoactivity is severe; patient does not move or speak without prodding or is catatonic. Hyperactivity is severe; patient is constantly moving, overreacts to stimuli, requires surveillance and/or restraint; getting through the exam is difficult or impossible.)

ITEM 10-SLEEP-WAKE CYCLE DISTURBANCE (DISORDER OF AROUSAL): Rate patient's ability to either sleep or stay awake at the appropriate times. Utilize direct observation during the interview, as well as reports from nurses, family, patient, or charts describing sleep-wake cycle disturbance over the past several hours or since last examination. Use observations of the previous night for morning evaluations only.

- ☐ 0: none (at night, sleeps well; during the day, has no trouble staying awake)
- ☐ 1: mild (mild deviation from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, difficulty falling asleep or transient night awakenings, needs medication to sleep well; during the day, reports periods of drowsiness or, during the interview, is drowsy but can easily fully awaken him/herself)

- ☐ 2: moderate (moderate deviations from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, repeated and prolonged night awakening; during the day, reports of frequent and prolonged napping or, during the interview, can only be roused to complete wakefulness by strong stimuli)
- ☐ 3: severe (severe deviations from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, sleeplessness; during the day, patient spends most of the time sleeping or, during the interview, cannot be roused to full wakefulness by any stimuli)

מדינת ישראל, משרד הבריאות

חוזר המנהל הכללי



תאריך כ' תמוז תשס"ט (12.7.09)

מס' 30/09

הנושא:

הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי

1. הגדרה:

משרד הבריאות מאמץ את הגדרת ארגון הבריאות העולמי, לפיה טיפול פליאטיבי הוא גישה טיפולית אשר משפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם, בהתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא, על ידי מניעה והקלה על סבל באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובבעיות אחרות, גופניות, נפשיות, רוחניות.

טיפול פליאטיבי:

- מקל על כאב ועל סימפטומים מטרידים אחרים;
- תומך בחיים ורואה במוות תהליך נורמאלי;
- משלב היבטים נפשיים ורוחניים בטיפול בחולה;
- אינו מכונן להחיש או לדחות את מותו של החולה;
- תומך בחיים פעילים ככל הניתן של החולה עד מותו;
- מסתמך על גישת צוות על מנת לסייע למשפחה להתמודד עם מחלתו של המטופל;
- מסתמך על גישת צוות להתייחסות לצרכי מטופלים ומשפחתם, לרבות בתהליכי האבל, אם נדרש;
- משפר את איכות החיים, עשוי גם להיטיב את מהלך המחלה.
- ניתן ליישום מוקדם בשלבי המחלה, בשילוב עם טיפולים אחרים אשר נועדו להאריך חיים, כגון כמותרפיה או הקרנות, וכולל בדיקות אשר יאפשרו להטיב להבין ולטפל בסיבוכים קליניים מעיקים של המחלה.

השירות הפליאטיבי נועד לחולים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת, וכולל תוכנית משולבת של טיפול רפואי, סיעודי ופסיכו-חברתי. הטיפול כולל איזון סימפטומים ותמיכה נפשית-חברתית לחולה ולבני משפחתו.

2. כללי:

א. פיתוח שירות פליאטיבי חיוני כבסיס לשיפור איכות הטיפול ורצף השירותים והן כבסיס לשימוש מושכל יותר בטכנולוגיות רפואיות / משאבים.

פיתוח שירותים וכלים פליאטיביים יאפשר לרופאים והצוות הרפואי לסייע לחולים במצב סופני המתמודדים עם קשיים פיזיים, נפשיים וחברתיים כחלק מהטיפול הכולל בחולים אלו, על מנת שיוכלו לסיים את חייהם בכבוד.

חיוני ביותר, שהטיפול הפליאטיבי יהיה חלק אינטגרלי של כל תהליכי הטיפול ושילבי המחלה. חוזר זה מתמקד בטיפול הפליאטיבי של חולה מספר חודשים לפני מותו, והאמור חל על מבוגרים ועל ילדים.

ב. השירות נמצא בסל השירותים המפורט בתוספת השניה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הניתן למבוטחים על ידי קופות החולים.

ג. על המוסדות להיערך לאספקת השירותים על פי חוזר זה תוך ארבע שנים מיום הוצאת החוזר ולדווח לראש מינהל הרפואה על ההתקדמות ביישומו תוך שנה ממועד הפצת החוזר.

ד. במהלך תקופת הביניים יש להשתמש לפחות בשירותים הקיימים.

ה. תיערך בקרה על יישומו של חוזר זה במסגרת בקורות מינהל הרפואה.

ו. במסגרת הכרה להתמחות במחלקות, על ידי המועצה המדעית של הר"י, תידרש גם הקמה של שירות פליאטיבי והכשרה בתחום של מתמחים במקצועות הרלבנטיים.

ז. חשוב לשלב במהלך זמן זה הכשרה בתחום הטיפול הפליאטיבי בתוכניות הלימודים במקצועות הבריאות השונים.

3. מטרה:

קביעת דרכי יישום טיפול פליאטיבי בבתי החולים ובקופות החולים.

4. דרישות ליישום טיפול פליאטיבי:

השירות הפליאטיבי יניתן לפי אמות מידה מקצועיות בינלאומיות מקובלות, להערכה ולטיפול בתסמינים ובכאב לסוגיו: פיזי, נפשי, רוחני, פסיכולוגי וחברתי של המטופל ושל משפחתו.

כל רופא מטפל אחראי למתן שירות פליאטיבי למטופליו. המערך האשפוזי, האמבולטורי והמייעץ יסייעו בכך לפי הפירוט כדלהלן:

המערך האשפוזי:

- 4.1 פיתוח ומתן שירות אשפוזי פליאטיבי.
- 4.2 קיומם של שירותי ייעוץ לטיפול פליאטיבי בבתי החולים הכלליים והגריאטריים.

שירות אמבולטורי בבתי החולים

- 4.3 פיתוח ומתן שירות פליאטיבי במסגרת אשפוז יום ובמסגרת מרפאות החוץ.
- 4.4 ההכשרה הראשונית הנדרשת של הצוותים הפליאטיביים תהיה על פי המלצות הועדה לטיפול פליאטיבי שיפורטו להלן.

5. מערך קופות החולים:

השירות נמצא בסל השירותים המפורט בתוספת השניה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הניתן למבוטחים על ידי קופות החולים, על פי העקרונות:

1. קיום מערך פליאטיבי ייעודי לבית המטופל, זמין 24 שעות ביממה.
2. לצורך כך, ניתן להשתמש גם בשירותי האשפוז בבתי חולים במקרים המתאימים.
3. קיום שירותים מייעצים בתחום, בכל מחוז של קופות החולים.
4. יש לוודא שהצוות הפליאטיבי יעמוד בדרישות הכשרה בסיסית בהתאם למה שהגדרה הועדה לטיפול פליאטיבי ביחידות האשפוזיות והקהילתיות כמפורט בהמשך.

6. אוכלוסיית היעד:

1. חולה סרטן עם מצוקה גופנית או נפשית ניכרת בכל שלב במחלה, לרבות חולי סרטן חשוכי מרפא.
2. חולה עם אי ספיקת לב סופנית;
3. חולה עם אי ספיקת ראות סופנית;

4. חולה עם אי ספיקת כבד סופנית;
5. חולה עם אי ספיקת כליות סופנית;
6. חולה עם שבץ מוחי קשה;
7. חולה עם מחלת עצבים ניוונית מתקדמת;
8. חולה מחוסר הכרה.

7 טיפול פליאטיבי בשירותים מוסדיים סיעודיים (מוסדות למחלות ממושכות שכוללים סיעוד, שיקום) על מוסדות אלו להעריך לספק צרכי טיפול פליאטיבי למטופלים בהם, לרבות הכשרת הצוות לטיפול בחולה, שימוש בשירותי יעוץ לפי הצורך, ביצוע הערכת כאב, דאגה לצרכים פיזיים ופסיכולוגים של המטופלים, אפשרות להספקת משככי כאב לרבות אופיאטים.

8 צוות ייעודי למתן שירות פליאטיבי במוסדות רפואיים:

על הנהלות המוסדות הרפואיים להגדיר צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי. הצוות יכול לפחות רופא, אחות, ופסיכולוג, ועובדת סוציאלית. הצוות יפעל בנוסף על תפקידיו השגרתיים, באופן בלעדי או באופן משולב, הכל לפי הצרכים והנסיבות של מוסד ספציפי.

צוות זה, יהווה חלק מהצוות המטפל ויהיה אחראי לייעוץ והפנמה של עקרונות הטיפול הפליאטיבי במוסד ועל המשך הכשרה של העובדים הרלוונטיים במוסד.

במוסדות אשפוזיים, שבהם יש מחלקה לסיעוד מורכב, יעבור צוות זה הכשרה בטיפול פליאטיבי.

9. דרישות הכשרה:

על כל אנשי הצוות הרפואי לקבל הכשרה בתחום הטיפול הפליאטיבי. הכשרה בטיפול פליאטיבי תינתן באחריות המוסד הרפואי, לרבות קופות החולים.

להלן דרישות על פי המקצועות:

רופא:

רופא בעל מומחיות מוכרת במקצוע קליני, בוגר קורס בטיפול פליאטיבי שהכיר בו המנהל או מי שהמנהל הסמיכו לשם כך ועבד בתחום לפחות שנתיים.

אחות:

אחות מוסמכת בוגרת קורס על בסיסי באונקולוגיה, או גריאטריה שעברה קורס טיפול פליאטיבי שהכיר בו המנהל או מי שהמנהל הסמיכו לשם כך ועבדה בתחום לפחות שנתיים, או-מומחית בטיפול תומך.

עובדת סוציאלית:

בעלת ניסיון של שלוש שנות עבודה במסגרת רפואית ועברה קורס בטיפול פליאטיבי שהכיר בו המנהל או מי שהמנהל הסמיכו לשם כך, ועבדה שנתיים לפחות במסגרת מאושרת על ידי משרד הבריאות.

פסיכולוג:

פסיכולוג הרשום בפנקס הפסיכולוגים, מומחה בפסיכולוגיה רפואית, עבר קורס בטיפול פליאטיבי שהכיר בו המנהל או מי שהמנהל הסמיכו לשם כך ועבד בתחום במשך שנתיים.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

העתק: ח"כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות

מא/ 196680

מדינת ישראל, משרד הבריאות החטיבה לעניני בריאות



מינהל רפואה

ירושלים, ז' טבת, תשס"ג
דצמבר, 2002

חוזר מס': 70/2002

תיק מס': 200/0/3

אל: מנהלי בתי החולים כלליים
מנהלות הסיעוד – בתי חולים כלליים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהלות הסיעוד – קופות החולים

הנדון: הנחיות לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתו של חולה

1. רקע:

ההתפתחות הטכנולוגית המואצת, המודעות לאיכות חייהם של מטופלים, לצד הצורך בהפחתת עלויות הטיפול, יצרו דרישה להעברת טיפולים מהמערכת האישפוזית, למערך הטיפול הביתי באמצעות רופא, אחות מוסמכת או החולה עצמו. טיפול תרופתי תוך-וריד הפך בשנים האחרונות לאחד הטיפולים השכיחים המבוצעים בבתיהם של חולים.

יתרונות הטיפול:

הפחתת החשיפה לזיהומים נרכשים בבית החולים;
מניעת פגיעה באיכות חיי המטופל עקב אשפוז ממושך;
קידום טיפול עצמי של החולה (Self-Care) המשפר את היענות החולה לטיפול;
הפחתת עלויות טיפול.
הנחיות להלן באות להגדיר כללים למתן טיפול תרופתי תוך-וריד, כולל מתן דם ומוצריו, בבית החולה, להבטיח:

רצף טיפול תרופתי;

רצף והמשכיות ההדרכה למטופל;

אספקת שירות טיפול תרופתי תוך-וריד באיכות ובטיחות נדרשים

תיעוד, פיקוח ובקרה שוטפים בהתאם להנחיות;

2. אסמכתאות:

הנחיה מקצועית: ניהול טיפול תרופתי – חוזר מינהל הסיעוד מס' 29;

תקנות הרופאים (כשירות לביצוע פעולות חריגות 2001)

פעילות סיעוד – חוזר המנהל הכללי מס' 13 / 2001 מיום 15.05.2001.

נוהל רשימת חולה באשפוז – חוזר מינהל הרפואה מס' 95/27;

נוהל מתן דם ומוצריו – חוזר מינהל הרפואה מס' 51 / 2001 מיום: 8.8.2001

3. הגדרות:

טיפול תרופתי תוך-וריד – מתן תכשיר רפואי תוך-וריד, לרבות אנטיביוטיקה, כמותרפיה, מתן דם ומוצריו בהתאם להתוויית היצרן.

מרכז הכנה רוקחית – בית מרקחת שמונה על ידי הקופה המבטחת, המספק שירות מרכזי להכנה אספטית של תרופות תוך-ורידיות לבית החולה או לכל מקום אחר.

הכנה רוקחית – הכנת חומר תרופתי בתמיסה מוכנה להזלפה, ללא צורך בטיפול נוסף בתמיסה או בתרופות, שהוכן על ידי מרכז הכנה רוקחית.

אחר משמעותי (SIGNIFICANT OTHER) – בן משפחה או כל אדם שנבחר ע"י החולה או אפוטרופוסו והמוכן לקחת על עצמו האחריות לטיפול ונקבע כמסוגל לבצע הטיפול לדעת הרופא והאחות המוטמכת המטפלים בחולה.

הקופה המבטחת – אחת מקופות החולים המוכרות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994, בה מבוטח החולה.

4. למתן הטיפול:

4.1. הקופה המבטחת אחראית לטיפול תרופתי תוך-וריד בבית החולה (באמצעות עובד הקופה או מטעמה), לרבות הבטחת איכות הטיפול.

- 4.2. החדרת צנתר בוריד מרכזי תתבצע אך ורק בבית חולים.
- 4.3. החדרת הצנתר לווריד פריפרי תעשה ע"י רופא או אחות מוסמכת.
- 4.4. טיפול תרופתי תוך-וריד בביתו של חולה, יכול להתבצע (חיבור לצנתר החולה, מתן התרופה, קיבוע הצנתר, ניתוק הצנתר, וחבישת הצנתר) ע"י החולה ו/או אחר משמעותי, או ע"י אחות מוסמכת, בהתאם להוראות הרופא המטפל.
- 4.5. מומלץ שכאשר החולה מבצע את הטיפול בעצמו ימצא אדם נוסף במחיצתו.
- 4.6. כאשר ההתחלה של סדרת טיפולים נעשית בבית החולה ולא בבית החולים, ייתן הטיפול הראשון ע"י הרופא המטפל ובפיקוחו לכל משך הטיפול ובתנאי שקיימים ערכה ופרוטוקול לטיפול ברגישות לתרופות (עפ"י המקובל בקופה המבטחת).

4.7. החומרים המחייבים הכנה רוקחית:

1. הזנת על TOTAL PARENTERAL NUTRITION (T.P.N);
2. ציטוטוקסיקה;
3. חומרים משככי כאב ל-PATIENT CONTROL ANALGESIS (P.C.A);
4. טיפול תרופתי הכולל יותר מחומר פעיל אחד;
5. כל טיפול תרופתי שאינו מבוצע ע"י צוות רפואי / סיעודי.

5. התאמת מועמדים לטיפול תרופתי תוך ורידי בבית:

5.1. אמות מידה להתאמת מועמדים לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתם:

- 5.1.1. קיום צוות רפואי/סיעודי של הקופה המבטחת, שיבצע את הטיפול או אם החולה ו/או אחר משמעותי מסוגלים לדעת הרופא והאחות המוסמכת המטפלים, לבצע את הטיפול בצורה בטוחה.
- 5.1.2. החולה/אפוטרופסו הביע הסכמתו מדעת, על גבי טופס הסכמה בו מוצהר כי:
 - הוסברה לו מהות הטיפול בהשוואה לחלופה האשפוזית;
 - הוא הסכים מרצונו החופשי לקבל את המשך הטיפול בדרך זו;
 - הוא קיבל הסבר והדרכה בכתב ובע"פ על הפעולות הדרושות במסגרת הטיפול הביתי;
- 5.1.3. באחריות הקופה המבטחת לתת לחולה גיבוי טלפוני זמין מצוות מטפל בכל שעות היממה.

5.1.4. במקרה בו הטיפול יעשה ע"י אחד משמעותי, יחתום האחר המשמעותי על גבי טופס הסכמה כי:

- הוסברה לו מהות הטיפול;
- הוא הסכים מרצונו החופשי לבצע הטיפול התרופתי התוך-וריד;
- הוא קיבל הסבר בכתב ובע"פ על הפעולות שנדרש ממנו לבצע;

5.1.5. קיימים תנאים סביבתיים מתאימים בבית החולה, בהתאם לשיקול דעת מקצועי של הצוות המטפל בקהילה והדבר תועד בתיקו הרפואי של החולה.

5.2 קבלת החלטה לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתו של חולה;

החלטה לטיפול תרופתי תוך-וריד בבית החולה, הינה החלטה רפואית על בסיס שיקול דעת מקצועי ומערכתי.

מטרת ההחלטה – קיצור אשפוז או מניעת אשפוז של החולה;

5.2.1. ההחלטה על התאמת החולה לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתו, תתקבל ע"י רופא ואחות מוסמכת שהם המטפלים הישירים בחולה במוסד הרפואי בו הוא מטופל (בקהילה או בבית החולים).

5.2.2. כאשר החולה מאושפז ההחלטה על שחרורו לשם המשך טיפול תוך-וריד בביתו, תתקבל ע"י הרופא המטפל והאחות המוסמכת בביה"ח, בהסכמת הרופא והאחות המוסמכת המטפלים בקהילה ובתאום עמם (בהתאם לנהלי הקופה המבטחת), תוך קבלת אישור של הקופה המבטחת להבטחת רצף הטיפול עם המעבר לקהילה.

בית החולים אחראי להעביר לרופא המטפל בקהילה כל מידע רלוונטי הנוגע לחולה, לרבות ממצאים שהתקבלו לאחר שחרורו.

5.2.3. הרופא והאחות המוסמכת המטפלים בקהילה יאמרו ויעריכו מחדש בכל מפגש את התאמת החולה לטיפול בביתו ויקבעו באשר להמשך הטיפול.

6. מתן דם ומוצרי;

6.1. ההחלטה על מתן דם ומוצרי בבית החולה תינתן תוך תאום בין הרופא המטפל בבית החולים לרופא המטפל בקהילה ובהתאם לנהלים להפעלת בנק דם ומתן עירוי דם.

- 6.2. דם ומוצריו יינתנו רק לחולה שקיבל בעבר מנת דם ללא סיבוכים.
- 6.3. העברת מנת הדם אל בית החולה תעשה באחריות הצוות המטפל בקהילה ובאישור הקופה המבטחת באופן אשר יבטיח שתישמר הטמפרטורה הרצויה בהתאם למרכיב הדם הניתן.
- 6.4. לא יינתנו יותר משתי מנות דם או פלסמה ב-24 שעות.
- 6.5. זיהוי החולה ושיוך מנת הדם יעשה ע"י רופא ואחות מוסמכת ובחתימתם.
- 6.6. הרופא המטפל יהיה נוכח ב-15 הדקות הראשונות של מתן הדם ובהמשך יהיה זמין טלפונית לכל קריאה. האחית המוסמכת המטפלת תהיה נוכחת במהלך כל הטיפול ו-20 דקות לפחות לאחר תום העירוי.
- 6.7. לרשות החולה מכשיר טלפון עם רשימת מספרי טלפון של הצוות הסייעדי ושל שרתי חירום למצבי חירום.
- 6.8. הרופא והאחות המוסמכת המטפלים חייבים להיית בקיאים בטיפול בתופעות לוואי מיידיות לעירוי דם ומרכיביו ויכירו נוהל פינוי חולה לבית החולים במקרה חירום.
- 6.9. בכל מצב של סיבוך שניתן לייחסו למתן עירוי הדם יש להפנית את החולה. מיידית לחדר מיון הקרוב. הרופא או האחות ייתנו טיפול מידי עד לפינוי וילווהו עד להגעתו למחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) כולל העברת מידע לצוות המטפל בחדר מיון.
- 6.10. הרופא/האחות המוסמכת ידריכו את החולה ו/או משפחתו/מטפל אחר לגבי הופעת תגובות מאוחרות לעירוי ויתעדו את ההדרכה.

7. אחריות:

- האחריות לטיפול תרופתי תוך-וריד בבית החולה, מתן דם ומוצריו, לרבות רצף הטיפול והניטור הרפואי, מוטלת על הקופה המבטחת מרגע שחרור החולה מבית החולים והתחלת הטיפול התרופתי בקהילה, כדלקמן:
- 7.1. אספקת התרופות, הציוד הנלווה, לרבות פינוי הפסולת הרפואית.
 - 7.2. **הרופא האחראי על הטיפול בבית החולה בקהילה אחראי ל:**
הערכה שוטפת להתאמת החולה לטיפול תרופתי תוך-וריד בביתו;
אישור הטיפול התרופתי בבית החולה;

מתן הוראה לטיפול תרופתי תוך ורידי בבית החולה;
 החתמה על הסכמה מדעת לטיפול תרופתי תוך ורידי בבית הן של החולה
 והן של האחר המשמעותי; (בהתאם לסעיפים 5.1.2, 5.1.4).
 בקרת התקשורת עם מרכז ההכנה הרוקחית;
 קביעת תדירות ביקורי בית תוך תיעוד והנמקה מפורטת ברשומה הרפואית;
 גיבוי מקצועי תוך כדי הטיפול;
 התעדכנות בדיווחים על הטיפול התרופתי לרבות שיתוף פעולה של החולה
 ו/או משפחתו;
 מעקב רפואי אחר תוצאות הטיפול, בהתאם למצבו הקליני של החולה וטיב
 הטיפול הרפואי.

7.3. האחות המוסמכת האחראית על הטיפול בבית החולה בקהילה אחראית ל:

קשר עם הגורם המשחרר בבית החולים (רופא ואחות מוסמכת ביחידת
 האשפוז);
 תיאום שחרור החולה עם צוות ביה"ח;
 הדרכת החולה ומשפחתו לביצוע טיפול תרופתי בביתו;
 הערכה שוטפת להתאמת החולה וסביבתו לקבלת טיפול תרופתי תוך ורידי
 בביתו;
 קשר עם מרכז ההכנה הרוקחית;
 קביעת תדירות ביקורי בית תוך תיעוד והנמקה מפורטת ברשומה הרפואית;
 הערכת ביצוע טיפול עצמאי ע"י החולה או אחר משמעותי;
 גיבוי מקצועי תוך כדי הטיפול המתבצע ע"י החולה עצמו או אחר משמעותי;
 מעקב סיעודי אחר הטיפול ותוצאותיו, בהתאם למצבו הקליני של החולה וטיב
 הטיפול הרפואי והסיעודי;
 דיווח לרופא המטפל;

8. הדרכת החולה:

- 8.1. הדרכת החולה או אחר משמעותי תבוצע ע"י האחות המוסמכת המטפלת,
 בהתאם למיקום התחלת הטיפול (בי"ח/קהילה) ועפ"י הצרכים המזוהים
 במהלך הטיפול.
- 8.2. הדרכת החולה או אחר משמעותי תלווה בתרגול, הערכה ודיווח על ביצוע
 עצמאי של הטיפול לפחות 3 פעמים, בבית החולה.
- 8.3. הדרכת החולה או אחר משמעותי, תלווה בעזרי הדרכה כתובים ומאויירים,
 שישארו ברשות החולה ומשפחתו.

9. פינוי חולה מביתו אל בית החולים:

- 9.1. הקופה המבטחת תוודא כי לרשות המטופל מכשיר טלפון עם מספרי טלפון לשעת חירום.
- 9.2. הסכם מוקדם לגבי פינוי מטופל מביתו אל ביה"ח הקרוב, יעשה בין הקופה המבטחת לספק שירותי חירום (בשל מורכבת החולים אין להסתפק בשירות מד"א רגיל).

10. נהלים:**בקופה מבטחת ימצאו נהלים כתובים בנושאים הבאים:**

- 10.1. הליך אישור טיפול תוך ורידי בבית החולה.
- 10.2. נוהל הדרכת החולה לטיפול עצמי או ע"י אחר משמעותי.
- 10.3. נוהל תקשורת החולה עם הרופא והאחות המוסמכת המטפלים.
- 10.4. טיפול ומעקב רפואי וסיעודי אחר החולה ותדירותם.
- 10.5. טיפול בצנתרים ועזרים אחרים.
- 10.6. טיפול בפסולת רפואית מבית המטופל.
- 10.7. פינוי חולה מביתו לבית החולים.

11. תיעוד:

11.1. הרופא המטפל האחראי על הטיפול בבית החולה יתעד ברשומת החולה:

- א. ההחלטה על התאמת החולה לטיפול ביתי, ההסבר לחולה בע"פ ובכתב, לרבות הסכמה מדעת ומידת שיתוף הפעולה;
- ב. הוראות הטיפול התוך ורידי, לרבות תמיסות, מעקב רפואי ותוצאות הטיפול הרפואי.

11.1.1. כאשר החולה משתחרר מאשפוז, מכתב שחרור רפואי יכלול אבחנות, מהלך אשפוז, הטיפול שניתן והמלצת הרופא המטפל לטיפול תוך ורידי בביתו של החולה והמלצות להמשך מעקב, לרבות שם הרופא והאחות בקהילה עימם תיאם המשך הטיפול בבית החולה ותכנית הטיפול.

11.2. האחות המוסמכת אחראית לתיעוד ברשומת החולה:

11.2.1. ההחלטה על התאמת החולה לטיפול ביתי;

11.2.1. אומדנים סיעודיים והערכת ידע ומיומנויות ביצוע הפעולה, ע"י החולה ו/או אחר משמעותי;

11.2.1. הזמנת התרופות וציוד העזר וכי ווידאה כי אלו יגיעו לבית החולה עם תחילת הטיפול הראשון וכל זמן מתן הטיפול;

11.2.1. מעקב סיעודי ותוצאי טיפול סיעודי.

11.3. כאשר החולה משתחרר מאשפוז מכתב שחרור סיעודי יכלול:

11.3.1. אומדן מצב ביופסיכוסוציאלי של החולה לרבות תפקוד יום יומי (A.D.L.) ואיתור אחר משמעותי;

11.3.2. תכני הדרכת החולה ו/או אחר משמעותי;

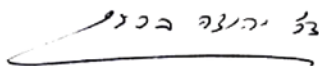
11.3.3. הערכת ידיעותיהם ומיומנויותיהם לביצוע הפעולה;

11.3.4. תכנית הטיפול ומעקב סיעודי;

11.3.1. שם הרופא והאחות בקהילה עימם תיאם ותוכנן המשך הטיפול בבית החולה.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם,

בברכה



ד"ר י. ברוך

ראש מינהל הרפואה (בפועל)

העתק: המנהל הכללי

המשנה למנהל הכללי

ס/מנכ"ל בכיר למנהל ולמשאבי אנוש

ס/מנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה

ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות

ס/מנכ"ל לתכנון תיקצוב ולתימחור
 ס/מנכ"ל קופות חולים
 ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות
 נציב קבילות הציבור
 נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי
 חשב המשרד
 היועצת המשפטית
 ס/מנכ"ל להטברה ויחסים בינלאומיים
 מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות
 מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים
 אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסייעות
 ראש שרותי בריאות הציבור
 רופאי מחוזות – לשכות בריאות מחוזיות
 ראש שרותי בריאות הנפש
 מנהל האגף לגריאטריה
 מנהל האגף לרפואה כללית
 מנהל אגף בריאות השן
 ראש השרות לבריאות העובד
 מנהל אגף הרוקחות
 מנהל האגף לשרותי מידע ומחשוב
 מנהלת תחום רישום ומידע רפואי
 מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות
 מנהל האגף לשעת חרום
 מנהל האגף למקצועות בריאות
 מנהלת האגף להבטחת איכות
 מנהל אגף ביקורת פנים
 מנכ"לי קופות החולים
 מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
 מנהל האגף לאביזרים ומכשירים רפואיים
 מנהל המחלקה לרפואה קהילתית
 מנהל תחום מינהל ומשק
 מנהל המחלקה לאפדמיולוגיה

מנהל המחלקה למעבדות
מרכזת המועצות הלאומיות
מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית
הספריה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הנפש
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
אחראית ארצית על הסיעוד – בגריאטריה
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
קרפ"ר – צ.ה.ל
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית – "הדסה"
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
יו"ר ארגון רופאי המדינה
יו"ר המועצה המדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
ארכיון המדינה

פרטי האדם אודותיו מבוקשת הבקשה

[illegible]

שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב	שם הסב (למיעוטם)	שם האם	תאריך הלידה העברי	תאריך הלידה הלועזי
					שנה חודש יום	שנה חודש יום

☐ עפ"י חוק המרשם ירשם תאריך הלידה העברי בתעודות הנ"ל, אם אין ברצונך שתאריך הלידה העברי יירשם בתיעוד, יש לסמן x במשבצת זו

שם נערים ונשות/א	שם פרטי קודם	שם משפחה קודם	הלאום	המצב האישי	המין	ארץ הלידה
					☐ זכר ☐ נקבה	

מספר הטלפון	המזען	מספר הבית	מספר הדירה	הרחוב	הישוב
	המיקוד				

הפרטים מבוקשים לצורך:

המנען למשלוח	התעוד:	הישוב	הרחוב	מספר הבית	ת.ד.	מיקוד
--------------	--------	-------	-------	-----------	------	-------

חתימת המבקש/ת X

08/2012 לשימוש המשרד מר / 2

קבלה מספר	שם מקבלי/ת הבקשה	הלשכה ב-
	שם הבודק/ת	תאריך



רשות האוכלוסין
וההגירה

מדינת ישראל רשות האוכלוסין וההגירה

בקשה למתן תיעוד ממרשם האוכלוסין
(תעודת לידה, תמצית רישום, תעודת פטירה)

פרטי מבקש/ת השירות

מספר הטלפון	שם האב	השם הפרטי	שם המשפחה	מספר הזהות

נא לסמן x במשבצת המתאימה לבקשתך

☐ תעודת לידה

שם בית החולים שבו אירעה הלידה _____ הישוב _____
שם המשפחה של האם לפני הנישואין: _____
אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השירות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה, או יפיו כח.

☐ תמצית ממרשם האוכלוסין

דרושה למטרה _____
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה מקרבה ראשונה יש לצרף יפיו כח ותעודת זהות של בן המשפחה.
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה אחר או עבור הזולת יש לצרף יפיו כח מאושר על-ידי עורך דין או פסק דין מבית משפט.

☐ תעודת פטירה

תאריך הפטירה _____ מקום הפטירה _____ שם בית החולים _____ הישוב _____
☐ עם ציון סביבת הפטירה ☐ ללא ציון סביבת הפטירה
אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השירות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה או יפיו כח מבן המשפחה.

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 הנחיות רפואיות מקדימות

תוספת ראשונה

הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות

(סעיף 31)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם הרוצה ליתן הנחיות רפואיות מקדימות הנחיות רפואיות מקדימות ניתנות בידי אדם בעל כשרות 1 (בהכרה מלאה וצלולה), שבהן הוא מפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם יהיה חולה הנוטה למות, שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות במצב סופי שאינו בעל כשרות).

(1) בדבר הימנעות מטיפולים רפואיים הנהוגים בישראל (יש למלא את **חלק א** בעמ' 6-3)
או

(2) בדבר קבלת טיפולים רפואיים להארכת חיים, גם בניגוד להמלצת הרופא
(יש למלא את **חלק ב** בעמ' 7)

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____

שנת לידה _____, מען: _____

בעל כשרות¹ כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות.

1 "בעל כשרות" – הגדרה חוקית

מי שמתקיימים בו כל אלה:

(1) מלאו לו 71 שנים

(2) הוא מסוגל להביע את רצונו

(3) הוא לא הוכרז פסול דין

(4) הוא לא הוצא מחזקת הכשרות

- (ב) ידוע לי כי ההנחיות ייכנסו לתוקף, כלומר שהטיפול הרפואי שיינתן לי יהיה בהתאם להנחיות אלה רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשיר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכול לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.
- (ג) ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, יגבר רצוני על האמור בהנחיות אלה.
- (ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות אלה בכל עת, וכל עוד לא יקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה בהנחיות רפואיות חדשות, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.
- (ה) ידוע לי כי תוקף הנחיות אלה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: _____ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות). בתום התקופה האמורה יכול רופא אחראי יתחשב בהנחיות אלה, אם ההנחיות לא בוטלו.

חלק א: הוראות רפואיות מקדימות להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים

1. סבל משמעותי

1. ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה.

סבל משמעותי עבורי הוא:

1. **אין חובה למלא פסקה זו.** אפשר להשאיר ריקה ולהסתמך על פסקה 2

2. אפשר לבחור אחת או יותר מהאפשרויות הבאות:

☐ היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים

☐ מצב בו אני משותק בארבע גפיים

☐ מצב של שטיון (דמנציה – Dementia)

☐ היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה: _____

□ אחד ממצבים אלה: _____

2. ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי בפסקה (ו) לעיל, אחשב כסובל סבל משמעותי (כפי שהוגדר בחוק) רק אם: אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

א 2. במצב של חולה הנוטה למות אלו הפעולות שאני מורה להימנע

או לא להימנע מלתת לי:

חולה נוטה למות –
תוחלת חיים
עד שישה חודשים

מחקק את המיותר וסמן בעיגול בחירתך
(ניתן להוסיף הסתייגות או הגבלות בכתב יד לכל סעיף)

(א)	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית	להימנע	לא להימנע
(ב)	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני	להימנע	לא להימנע
(ג)	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה	להימנע	לא להימנע
(ד)	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה	להימנע	לא להימנע
(ה)	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	להימנע	לא להימנע
(ו)	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחקק את המיותר)	להימנע	לא להימנע

(ז)	חיבור לדיאליזה אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול	להימנע	לא להימנע
(ח)	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)	להימנע	לא להימנע
(ט)	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	להימנע	לא להימנע
(י)	הקרנות במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
(יא)	כימותרפיה במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
(יב)	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים	להימנע	לא להימנע
(יג)	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	להימנע	לא להימנע

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אלו מהטיפולים המוזכרים מטרותם ריפוי, אלו מטרותם הארכת חיים ואלו טיפולים מטרותם העיקרית היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות מדעת, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

3. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי

אלו הפעולות שאני מורה להימנע או לא להימנע מלתת לי:

מחק את המיותר וסמן בעיגול בחירתך

(א)	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית	להימנע	לא להימנע
(ב)	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני	להימנע	לא להימנע
(ג)	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה	להימנע	לא להימנע

חולה נוטה למות בשלב סופי - חולה שבגופו כשלו מספר מערכות חיוניות ותוחלת חייו אינה עולה על שבועיים

(ד)	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה	להימנע	לא להימנע
(ה)	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	להימנע	לא להימנע
(ו)	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר)	להימנע	לא להימנע
(ז)	חיבור לדיאליזה אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול	להימנע	לא להימנע
(ח)	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)	להימנע	לא להימנע
(ט)	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	להימנע	לא להימנע
(י)	הקרנות במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
(יא)	כימותרפיה במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
(יב)	אנטיביוטיקה במצב של אלח -דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים	להימנע	לא להימנע
(יג)	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	להימנע	לא להימנע
(יד)	טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו		
(טו)	טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין	להימנע	לא להימנע
(טז)	מתן מזון בדרך מלאכותית	להימנע	לא להימנע
(יז)	מתן נוזלים בדרך מלאכותית	להימנע	לא להימנע
(יח)	מתן תרופות וטיפולים מקלים	להימנע	לא להימנע

את הסעיף הבא יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה שונה מההנחיות הקודמות לגבי מצב חירום (מותר גם שלא למלא דבר בעמוד זה).

מצב חירום מוגדר מצב שבו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות

4א. הוראות למצב חירום

את הסעיף הבא יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה נוספת להנחיות שניתנו בחלק א'.

5א. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל

חלק ב: הוראות רפואיות מקדימות למתן טיפול רפואי חריג (להארכת חיים) גם כאשר לדעת המטפלים אין לו הצדקה בנסיבות העניין

1ב. יש לנקוט בכל דרך רפואית אפשרית על מנת להאריך את חיי גם אם הפעולות הללו יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו שאין הצדקה לנקוט בפעולות כאלו.

בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנרר את הקנה, לחבר למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית), לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצרי, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

הוראות אלה יחולו בעת שאהיה:

☐ חולה הנטוה למות (כשתוחלת החיים עד 6 חודשים)

☐ חולה הנטוה למות במצב סופי (כשתוחלת החיים עד שבועיים)

ניתן למלא אחת
משתי האפשרויות
או את שתיהן

הוראות אלה כוללות: טיפולים ניסויים /

לא כוללות טיפולים ניסויים

מחק את המיותר
וסמן בעיגול את
בחירתך

את הסעיפים הבאים יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה שונה מההנחיות הקודמות
לגבי מצב חירום.

מצב חירום מוגדר מצב שבו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות

ב2. הוראות למצב חירום

ב3. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל

חלק ג: הצהרות וחתימות -

על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד

(1) בנוסף להנחיות רפואיות מקדימות אלה נתתי גם ייפוי כוח ואני מנחה את המטפלים
בי לפעול הן בהתאם לייפוי הכוח האמור והן בהתאם להנחיות רפואיות אלה

מחק את המיותר
וסמן בעיגול את
בחירתך

כן / לא

- (2) למי שנתן גם ייפוי כוח: אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של:

סמן את אחת
החלופות

☐ הנחיה רפואית מקדימה

☐ הוראה של מיופה כוח

- (3) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

- (4) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח:

הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ההנחיות

(יכולא רק אם נותן ייפוי הכוח שוחח עם מי מהאנשים המנויים להלן ו/או נתן לאנשים אלה עותק. אין חובה ליידע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות).

מחק את המיותר

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה

יש למלא שם
כתובת וטלפון.
בקירבה יש לרשום:
בן-זוג, עו"ד, רופא,
שכן, אח, בן, רב,
קאדי, כומר וכד'

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות – יש לחתום בפני שני העדים

(במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור מוסמך של מתרגם
ההסברים וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

התאריך ימולא
ע"י החותם

תאריך _____ חתימה _____

טלפון _____ טל. נייד _____

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם נותן ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

סמן את אחת
האפשרויות

☐ מוכר/ת לנו אישית

☐ הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערני/ת מדבר/ת לעניין, וללא
סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל
אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

(לא יהיה עד מי שהוא בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי
או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

עד 1: שם _____ ת.ז. _____

מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____

התאריך ימולא
ע"י החותם

חתימה _____ תאריך _____

עד 2: שם _____ ת.ז. _____

מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____

חתימה _____ תאריך _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

רופא או אחות מוסמכת יחתמו כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו

כי הוא חולה הנוטה למות

אני _____, רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת

כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' _____

בתאריך _____ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות

מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי

התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

שם _____ ת.ז. _____

מס' רישיון: _____ מען _____ טלפון _____

טל. נייד _____ חתימה _____ תאריך _____

רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא כבר חולה הנוטה למות.

אני _____, רופא מומחה ל _____, מאשר בזאת,

כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' _____

בתאריך _____ הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו

שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות

רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי

התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

שם _____ ת.ז. _____

מס' רישיון: _____ מס' רישיון רופא מומחה: _____

מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____

הוספיס בית, יחידת טיפול ביתי תומך – מחוז דרום
רח' מעפילים 21, באר שבע
טלפון 08-6250201
פקס 08-6250232



טופס הפנית חולה לטיפול הוספיס בית

יש לצרף טופס סיכום מידע רפואי ו/או מכתב שחרור מאשפוז אחרון

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____

גיל _____ מצב משפחתי: ☐ נ ☐ א ☐ ר ☐ ג מין זכר / נקבה

כתובת: _____

מספרי טלפון: _____

מי המטפל העיקרי של החולה:

☐ בן/בת זוג ☐ בן/בת ☐ אח/אחות ☐ אבא/אמא
☐ מטפל בשכר ☐ חבר משפחה אחר ☐ שכן

שם וטלפון של המטפל העיקרי: _____

(מטפל עיקרי הינו אדם שמרכז את הטיפול בחולה, הוא דואג לכך שבמשך 42 שעות ביממה יהיה עם החולה אדם שמסוגל להעניק לו טיפול סיעודי ותרופתי מלא. המצאותו של מטפל עקרי הנו תנאי לקבלה להוספיס.)

מצב תפקודי (קרנופסקי) הכנס דרגה והגדרתה

מסוגל להמשיך בפעילות רגילה לעבוד, לא צריך טיפול מיוחד.	100	פעילות רגילה, ללא תלונות. אין עדות למחלה.
מסוגל להמשיך בפעילות רגילה; סימנים/סימפטומים קלים של מחלה	90	
פעילות רגילה עם מאמץ, ישנם כמה סימנים/סימפטומים של המחלה.	80	

לא מסוגל לעבוד, מסוגל לחיות בבית ולדאוג לרוב הצרכים האישיים. מידת הסיוע הדרוש משתנה.	70	מסוגל לטיפול עצמי; לא מסוגל להמשיך בפעילות רגילה או לעשות עבודה פעילה.
לא מסוגל לטפל בעצמו; דורש מידה שווה של טיפול מוסדי או בית חולים; המחלה עשויה להיות מתקדמת במהירות.	60	נדרש סיוע מפעם לפעם, אבל הוא מסוגל לטפל ברוב צרכיו האישיים.
	50	נדרש סיוע ניכר וטיפול רפואי תכוף.
	40	נכים; דורש טיפול מיוחד וסיוע
	30	נכים קשים; יש צורך באשפוז אך המוות לא קרוב.
	20	חולה מאוד; יש צורך באשפוז וטיפול תומך.
	10	הגוססת; תהליכים קטלניים המתקדמים במהירות.
	0	מת

שפות מדוברות: ☐ עברית ☐ ערבית ☐ רוסית ☐ יידיש
☐ ספרדית ☐ אמהרית ☐ אחר _____

סיבות להפניה וסימפטומים:

☐ חולשה ☐ קשיי נשימה ☐ כאב ☐ עצירות/ שלשול
☐ בלבול ☐ הקאה ☐ קשיים בהטלת שתן
☐ חוסר תאבון ☐ אחר: _____
 אחר: _____

טיפול תרופתי לסימפטומים:

האבחנה העיקרית בגללה הופנה החולה:

☐ סרטן: _____

☐ גרורות: _____

☐ אי ספיקת לב ☐ מחלת לב אחרת

☐ אי ספיקה כליתית ☐ אי ספיקה נשימתית

☐ מחלת שרירים נוונית ☐ נאורולוגית _____

☐ מחלה אחרת: _____

טיפולים למחלה העיקרית כעת:

☐ כימוטרפיה, איזה? _____ קרינה: _____

☐ כיורוגיה אחר: _____

המפנה:

שם _____ שם משפחה _____

תפקיד: _____

☐ רופא משפחה ☐ רופא מחלקה בבית חולים: _____

☐ אחר: _____

מקום עבודה: _____ טלפון: _____

חתימה _____ תאריך ההפניה: _____

שם הנוהל: רישיונות לשימוש בקנביס

עדכון 1: יולי 2013

מספר הנוהל: 106

תאריך: מרץ 2013

6180813

1. רקע:

קנביס אינו תרופה, אינו רשום כתרופה, ויעילותו ובטיחותו בשימוש למטרות רפואיות טרם הוכחו.

יחד עם זאת קיימות עדויות לכך שקנביס עשוי לסייע לחולים הסובלים ממצבים רפואיים מסויימים, ולהקל על סבלם.

על פי הוראות פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש] התשל"ג 1973 (להלן – הפקודה), קנביס – הוא חומר המוגדר כ"סם מסוכן" שחל לגביו איסור שימושי אלא אם ניתן לדבר רישיון – CANNABIS כדין.

הסמכות על פי הפקודה לתת רישיון לשימוש בקנביס היא של מנכ"ל משרד הבריאות או מי שהוסמך על ידו (להלן – ה"מנהל").

בסמכות ה"מנהל" להתיר שימוש בקנביס למטרות רפואיות ולמחקר בהתאם להוראות הפקודה והתקנות שעל פיה.

בנוסף להוראות הפקודה והתקנות, האמנה היחידה לסמים נרקוטיים:

1961 ("Single Convention on Narcotic Drugs") קובעת משטר פיקוח ובקרה ייחודי לסם זה, ובכלל זה קיומה של סוכנות ממשלתית האחראית להסדרת הנושא.

על-פי החלטת הממשלה מספר 3609 נקבע, כי משרד הבריאות ישים "סוכנות ממשלתית" בהתאם להוראות האמנה האמורה ולצורך כך הוקמה במשרד הבריאות המחלקה לקנביס רפואי.

בעדכון מס 1 מיולי 2013, תוספת שתי ההתוויות (פרקינסון, תסמונת טורט), בהסתייגויות הרלוונטיות כאמור בנהל, לרשימת ההתוויות המאושרות לשימוש בקנביס (סעיף 3.2.5) ועדכון דרכי הפניה (למשלוח ההמלצות אל יחידת הקנביס סעיף 3.7)

מטרת הנוהל: קביעת נהלים לעניין רישיונות לשימוש בקנביס למטרות רפואיות.

2. הגדרות: (בחזר זה)

"מנהל" – מנכ"ל משרד הבריאות או מי שהוסמך על ידו בכתב לתת רישיונות לשימוש בקנביס למטרות רפואיות.

"קנביס" – כהגדרתו בפקודת הסמים המסוכנים.

"רישיון" – היתר בכתב שניתן מאת מנהל לפי פקודת הסמים המסוכנים לשימוש בקנביס למטרות רפואיות.

3. תוכן הנוהל:**תנאים נדרשים לקבלת רישיון לשימוש בקנביס למטרות רפואיות:**

3.1. **ככלל**, רישיון לשימוש בקנביס לא יינתן אלא לאחר מיצוי הטיפולים המקובלים ובהתוויה מוכרת בלבד.

רשימת ההתוויות המוכרות מפורטת בסעיף קטן 3.2, רשימה שתעודכן מעת לעת ככל שייצטבר מידע נוסף שיצדיק עדכון כאמור.

3.2. ההתוויות הרפואיות המוכרות כיום הם כדלקמן:

3.2.1. בתחום האונקולוגיה:

3.2.1.1. למטופלים בזמן טיפול בכימותרפיה ועד חצי שנה מסיומו לצורך הקלה בבחילות, בהקאות ובכאבים הקשורים לטיפול (גם ללא מיצוי טיפולים מקובלים להקלה בבחילות וכו').

3.2.1.2. לצורך שיכוך כאב ממקור סרטני בשלב גרורתי ולאחר מיצוי אפשרויות טיפול מקובלות.

3.2.2. בתחום גסטרואנטרולוגיה:

3.2.2.1. למטופלים הסובלים ממחלת קרון (Crohn's disease) אשר אינם מגיבים לטיפול המקובל בצורה מספקת.

3.2.2.2. **במקרים חריגים יינתן גם למטופלים עם דלקת כיבת של המעי – (Ulcerative Colitis)**

3.2.3. בתחום הכאב:

למטופלים הסובלים מכאב נירופאתי ממקור אורגני ברור, המטופלים במרפאת כאב מוכרת בתקופה של שנה לפחות לפני הגשת הבקשה, לאחר מיצוי אפשרויות טיפול מקובלות ובהמלצת מרפאת הכאב בה הם מטופלים.

3.2.4. בתחום מחלות זיהומיות:

למטופלים המאובחנים בכשל חיסוני נרכש (AIDS) במצבים הבאים
וללא קשר למיצוי אפשרויות טיפול מקובלות הסובלים מאחד
מהמצבים הבאים:

מטופלים הסובלים מירידה קיצונית במשקל (Cachexia) לצורך שיפור
תאבון (מעל 10% אובדן של משקל גוף)
או –

למטופלים אשר רמת CD4 שלהם מתחת ל-400.

3.2.5. בתחום הניירולוגיה:

3.2.5.1. מטופלים המאובחנים בטרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)
במצבים ספסטיים אשר לא הגיבו לטיפול מקובל.

3.2.5.2. מטופלים המאובחנים בפרקינסון, המטופלים במשך שנה
לפחות בטיפול אנטיפרנקסוני, הסובלים מכאב (כאב כרוני או
כאב הנגרם מהריגדיות) אשר לא הגיבו לטיפול מקובל בכאב.
קונטראינדקציה לטיפול – פסיכוזה פעילה.

ההמלצה לטיפול ע"י קנביס רפואי תוגש על ידי הניירולוג
המטפל המתחייב לביצוע מעקב רפואי מדי שלושה חודשים
לפחות.

3.2.5.3. מטופלים בגירים המאובחנים בתסמונת טוראט, הסובלים
מהפרעה תפקודית משמעותית בחיי היומיום אשר לא הגיבו
לטיפולים מקובלים.

קונטראינדקציה לטיפול – פסיכוזה פעילה או תורשה
משפחתית (מדרגה ראשונה) של מחלות פסיכוטיות.

ההמלצה לטיפול ע"י קנביס רפואי תוגש על ידי הניירולוג
המטפל בצרוף המלצה של פסיכיאטר שבדק את המטופל.

בשנת הטיפול הראשונה הרישיון יוגבל לתקופות של שלושה
חודשים בכל פעם וחידוש הרישיון יותנה בבחינה והמלצה
משותפת של הניירולוג והפסיכיאטר המטפלים בכל פעם.

החל משנת הטיפול השניה - הרישיון יוגבל לתקופות של
עד שנה בכל פעם ומותנה בהמלצה של הניירולוג המטפל
והמלצה פסיכיאטרית.

3.2.6. בתחום הטיפול הפליאטיבי:

למטופלים סופניים (תוחלת חיים צפויה של חצי שנה).

3.3. מתן רישיון יותנה בביצוע מעקב רפואי, מדי שלושה חודשים לפחות, על ידי רופא מטפל שפרטיו יכללו ברישיון.

3.3.1. במקרה של אישור בקשה לשימוש בקנביס בהתווית כאב כאמור בסעיף 3.2.3 – המשך מעקב במרפאת הכאב שפנתה בבקשה או במרפאת כאב אחרת.

3.3.2. במקרה של החלפת רופא מטפל, על הרופא החדש להודיע על כך ל"מנהל" עם העתק לרופא המטפל הקודם, לצורך עידכון פרטי הרישיון.

3.3.3. במקרה של סיום טיפול מתוכנן או שינוי מתואם של רופא מטפל, באחריות הרופא שפרטיו מצויינים ברישיון לדווח ולעדכן את ה"מנהל".

3.3.4. במקרה בו נותק הקשר עם המטופל לתקופה העולה על שלושה חודשים, או נודע לרופא המטפל על פטירת המטופל – ימסר על ידו דיווח ל-"מנהל".

3.4. מקרים חריגים:

3.4.1. בקשה ל-"מנהל" לקבלת היתר לשימוש בקנביס למטופלים שמצבם או מחלתם אינה בין ההתוויות שפורטו בסעיף 3.2 לעיל, ידונו לאחר שהרופא הממליץ ינמק בצורה מפורטת, בצירוף אסמכתאות רפואיות מקובלות, את הבסיס לסברה כי השימוש בקנביס עשוי לסייע למטופל.

כמו כן על הרופא הפונה לפרט בבקשה פרמטרים וכלי מעקב להערכת יעילות הטיפול לכשיאושר ולהתחייב לביצוע המעקב בפועל אם הבקשה תאושר.

3.4.2. במקרה של בקשה לאישור שימוש בהתוויה שלא נדונה בעבר בפני "המנהל", לפי שיקול דעתו, רשאי המנהל טרם קבלת החלטה לפנות לוועדת התוויות, שמונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות או המשנה למנכ"ל, לקבלת המלצתם הכללית או הפרטנית.

3.4.3. ככלל, לא תאושר בקשה של מטופל שפנה לראשונה למרפאת כאב, כלשהי, רק לצורך הגשת בקשה לאישור שימוש בקנביס, או שאינו מטופל תקופה של שנה לפחות במרפאת כאב.

3.4.4. חרף האמור, ניתן להגיש בקשה לאישור שימוש למטופל שאינו מטופל במרפאת כאב תקופה של שנה לפחות, אך היא תידון רק אם הבקשה

נתמכת על ידי מנהל המרפאה וכוללת נימוק מפורט של מנהל המרפאה לצורך באישור החריג.

3.5. בקשה ל- "מנהל" לקבלת היתר לשימוש בקנביס במינונים של 100 גרם לחודש

ויותר ידונו בתנאים הבאים:

3.5.1. הרופא הממליץ הינו בעל תואר "מומחה" בתחום המחלה בגינה מומלץ הטיפול בקנביס ומועסק במוסד ציבורי ("מוסד ציבורי" – בית חולים כללי, לרבות מרפאת חוץ של בית חולים שכזה או מרפאה מקצועית מרכזית של קופת חולים ולמעט קליניקות פרטיות של רופאים עצמאיים).

3.5.2. ההמלצה תינתן עבור מטופל אשר מקבל טיפול או נמצא במעקב במוסד הציבורי בו מועסק הרופא.

3.5.3. מנהל בית חולים, מנהל המערך הרלוונטי בבית החולים, או רופא מחוזי בקופ"ח לפי העניין, אישר את המלצת המומחה כאמור בסעיף קטן 3.5.1.

3.6. דרכי הפניית הבקשה לקבלת רישיון לשימוש בקנביס ל"מנהל" או בקשות

לשינוי מינון:

בקשה לאישור שימוש בקנביס מסיבות רפואיות, או בקשה לשנות מינון לגבי מטופל, יוגשו בהתאם למפורט בסעיף זה.

3.6.1. בבקשה יש לכלול את כל הפרטים הנדרשים בהתאם לתקנות הסמים המסוכנים וכן כתובת למשלוח דואר, ככל שכתובת זו שונה מכתובת המגורים של המבקש.

3.6.2. לבקשה יש לצרף המלצה רפואית עדכנית מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לאבחנה בגינה מוגשת הבקשה.

3.6.3. הפניה ל"מנהל" תעשה על-ידי הרופא המומחה באמצעות טופס מובנה שהקישור אליו מפורסם באתר משרד הבריאות <http://www.health.gov.il> לטופס המובנה ניתן לצרף מסמכים נוספים בהתאם לנסיבות.

3.7. במקרה של בקשה לאישור שימוש בהתווית כאב (מכל סוג שהוא) – יש לצרף שאלון (BRIEF PAIN INVENTORY (BPI מלא, אשר ישמש ככלי למעקב אחר המטופל בהקשר של יעילות הטיפול בקנביס.

השאלונים יותאמו למחלה ממנה סובל המטופל ואשר בגינה מוגשת הבקשה לקנאביס ויכללו את הפרטים הרלוונטים הדרושים להערכת מצבו.

- 3.7.1. הבקשה תועבר ל"מנהל" בדואר רגיל לפי הכתובת:
 "משרד הבריאות, אגף הרוקחות – המחלקה לקנביס רפואי", רחוב
 ירמיהו 39, ירושלים, 9446724
 או לדוא"ל:
IMCA@Moh.Health.gov.il
 או באמצעות פקס: 02-6474810.
- בקשה שתגיע ללא כל הפרטים הנדרשים כמפורט בנוהל זה, לא תינתן
 בה החלטה עד להשלמת הפרטים הנדרשים.
- 3.7.2. ההחלטה בבקשה, החלטות ביניים ותכתובות, תועברנה לרופא המטפל
 בהתאם לפרטים שיפורטו בבקשה.
- 3.7.3. בקשה שתאושר, הרישיון המקורי על נספחיו, ככל שישנם, ישלח
 למטופל והודעה תמסר לרופא המטפל ולגורם האחראי לניפוק הסם,
 שפרטיהם פורטו ברישיון.
- 3.8. **חידוש רישיון קיים או בקשות לעדכון פרטי רישיון קיים:**
- 3.8.1. בקשה לחידוש רישיון תועבר ל-"מנהל" על ידי הרופא המומחה שהיה
 אחראי למעקב הרפואי בהתאם לרישיון המקורי, על הבקשה לחידוש
 הרישיון יחולו הוראות סעיף 3.6 בשינויים המחוייבים.
- 3.8.2. הבקשה תוגש 30 יום לפחות לפני פקיעת תוקף הרישיון בצרוף
 הממצאים להערכת השפעת הטיפול בקנביס בתקופה שחלפה מאז
 מתן הרישיון אותו מבקשים לחדש.
- 3.8.3. בקשות לעדכון פרטי רישיון ללא שינויים מהותיים, כגון עקב שינוי מקום
 מגורים או רופא מטפל, יש להגיש בכתב בדואר רגיל (כמפורט בסעיף
 3.7.1 לעיל).
- 3.9. **ערעורים על החלטת "מנהל":**
- 3.9.1. בשאלות שברפואה בלבד, למעט בהחלטות הנוגעות למינונים, ולאחר
 מיצוי הדיון בפני המנהל, רשאי מטופל או רופא מטפל להגיש בכתב
 ערר על ההחלטה לוועדת ערר.
- כתב הערעור יוגש בצירוף "טופס ערר" שהקישור אליו מפורסם באתר
 משרד הבריאות <http://www.health.gov.il>, ויכלול פירוט מהרופא
 המטפל של הנימוקים, מדוע לדעתו טעה ה"מנהל" בהחלטתו ובצירוף
 תיעוד רפואי/מקצועי המגבים את טענותיו.

- 3.9.2. ועדת ערר תמונה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות ותכלול 2 רופאים מומחים ויו"ר. כיו"ר הוועדה ישמש נציג מנכ"ל משרד הבריאות- המשנה למנכ"ל, ראש מינהל הרפואה או סגנו או נציג אחר שיתמנה אד הוק לדין בערעור מסויים.
- 3.9.3. המחלקה לקנבים רפואי אחראית מנהלית לכינוס ועבודת ועדת הערר. הערר יוגש בכתב למזכירות המחלקה לקנבים רפואי, בדואר רגיל (לכתובת כמפורט בסעיף 3.7.1 לעיל).
- 3.9.4. מסמכי הערר יופצו על ידי מזכירות מחלקת הקנבים הרפואי לחברי הוועדה טרם הדיון.
- 3.9.5. ועדת הערר רשאית לדחות על הסף ערר במקרים הבאים:
- 3.9.5.1. הערר אינו כולל מידע רפואי מפורט על מצבו העדכני של העורר ומיצויי הטיפולים המקובלים.
- 3.9.5.2. הערר אינו כולל התחייבות של הרופא המומחה לבצע את המעקב הרפואי, ככל שהערר ייתקבל.
- 3.9.5.3. במקרה של בקשה לאישור שימוש בהתוויה שאינה מפורטת בסעיף 3.2 הערר אינו כולל מידע רפואי נתמך ראיות המצביע על כך כי יש בסיס לסברה כי השימוש עשוי לסייע למטופל.
- 3.9.5.4. במקרה בו החלטת המנהל התקבלה לאחר התייעצות עם ועדת התוויות כמפורט בסעיף 3.4.2 לעיל והערר אינו כולל כל מידע חדש.
- 3.9.5.5. ככל שהערר לא נדחה על הסף, תקיים ועדת הערר דיון ותקבל החלטה ברוב קולות.
- החלטת הוועדה תשלח לרופא הפונה עם העתק למנהל ליישום החלטת הוועדה.

4. אחריות ליישום:

רופאים מטפלים

"מנהל"

המחלקה לקנבים רפואי

5. מסמכים ישימים:

פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש] התשל"ג-1973.
תקנות הסמים המסוכנים, תש"ם-1979.
האמנה היחידה לסמים נרקוטיים –
"Single Convention on Narcotic Drugs" 1961

6. נספחים:

טופס הבקשה לרישיון שימוש כפי שמופיע באתר:
<http://forms.gov.il/globaldata/getsequence/getsequence.aspx?formType=CannabisReq%40moh.gov.il>

7. תחולה:

נהלים אלה בתוקף מידי וכל שינויי בהם יחייב רק אם נעשה בכתב ופורסם.

8. תפוצה:

המנהל הכללי משרד הבריאות
המשנה למנכ"ל משרד הבריאות
ראש מינהל רפואה
ראש מינהל טכנולוגיות רפואיות
סמנכ"ל הסברה ויחב"ל
דוברת משרד הבריאות
סמנכ"ל לפיקוח על קופות-חולים וש"ב
סמנכ"ל לתכנון תקצוב ותמחור
רופאים מחוזיים – תל-אביב, חיפה, מרכז, צפון, דרום
רוקחים מחוזיים – ירושלים, תל-אביב, חיפה, מרכז, צפון, דרום
רוקחי אגף הרוקחות
לשכת היועצת המשפטית
ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)
אגוד הרוקחים בהסתדרות
ארגון הרוקחות בישראל
הסתדרות הרוקחים ענף בתי המרקחת

מנהלי שירותי הרוקחות בקופות החולים:
 שירותי בריאות כללית, מכבי, מאוחדת, לאומית
 פארמה ישראל – ת.ד. 2391, כפר-סבא 44641

כתב הנוהל:	תפקיד:	חתימה ותאריך:
מגר' יובל לנדשפט	מנהל מחלקת הקנאביס הרפואי	
מאשר הנוהל:	תפקיד:	חתימה ותאריך:
ד"ר בעז לב	המשנה למנכ"ל משרד הבריאות	

משרד הבריאות, אגף הרוקחות, רחוב ירמיהו 39, ירושלים, ת.ד. 1176 ירושלים 9101002
 טל: *5400 פקס: 02-5655979

Ministry of Health, Pharmaceutical Division, Yirmiyahu 39 Street, Jerusalem, P.O.B 1176 Jerusalem 9101002,
 Tel: *5400 Fax: 02-5655979

call.habriut@moh.health.gov.il
 קול הבריות *5400

קווים מנחים לסדציה פליאטיבית בבית החולה (בקהילה)

(שרותי בריאות כללית – 2011)

הגדרה:

שימוש מבוקר בתרופות להורדת רמת ההכרה (סדציה) במטרה להקל על סבל כתוצאה מסימפטומים עמידים ומצוקה נפשית.

הקדמה:

סדציה פליאטיבית (ס"פ) הינו טיפול חיוני וחשוב לקראת סוף החיים המאפשר לחולה למות בביתו ע"פ בחירתו ועשוי להקל משמעותית על הסבל והמצוקה של החולה ובני משפחתו. הטיפול בסדציה פליאטיבית הינו **מוצא אחרון** לטיפול בתסמינים עמידים. התסמינים השכיחים להם נידרש ס"פ הם דליריום אגרטיבי, דיספנאה, כאב, דימום ופרכוסים בלתי נשלטים.

בטיפול פליאטיבי אחת המטרות החשובות הינו שיפור ו/או שמור התפקוד והאינטראקציה של החולה עם משפחתו וסביבתו. ברור ששימוש בסדציה פליאטיבית יפגע במטרה חשובה זו, לכן נדרש שקול דעת כוללני. על אף שאין כל עדות בספרות, קיים תמיד החשש ששימוש בסדציה פליאטיבית עלול להחיש את המוות. כדי למנוע שימוש לא נכון חשוב להגדיר קווים מנחים ברורים לשימוש בסדציה פליאטיבית.

קבוצות יעד:

חולים סופניים. חולים אשר תוחלת החיים המוערכת הינה כשבועיים.

הטויות:

1. טיפול בתסמינים עמידים לקראת סוף החיים.
2. סבל קיומי בלתי נשלט.

המלצות כלליות:

1. כחלק מהטיפול בחולה סופני יש לדון איתו על העדפותיו בקשר לטיפולים להקלה על סבלו. במקרים המתאימים יש להעלות בפני המטופל את האפשרות של שימוש בס"פ במצב של החמרה ועמידות בתסמינים.

2. יש לקיים דיון דומה גם עם משפחת החולה ובעיקר כשהחולה אינו יכול לתקשר.
3. יש לדון גם על האפשרות של שימוש בס"פ במקרים של סיבוכים פוטנציאליים עתידיים אפשריים (כגון: התפתחות פרכוסים עמידים בחולה עם גידול במח, או דימום מסיבי בחולה עם גידול צווארי).

אוכלוסיית יעד:

1. חולה הסובל מתסמינים עמידים. תסמין עמיד הינו תסמין הגורם לסבל ולא ניתן עוד להציע טפול נוסף למה שניתן עד כה, במסגרת הזמן הנותר לחולה ועם תופעות לוואי נסבלות.
2. ניתן גם להציע ס"פ לחולה לתקופה קצרה עד שטפול שניתן יחל לפעול.

הערכה:

יש להתייחס לממצאים הרפואיים של החולה, התייחסות ספציפית לסמפטומים מהם סובל החולה, התייחסות למגוון הטפולים שניתנו, התייחסות למגוון הטיפולים האפשריים. יש לבצע דוקומנטציה של ההערכה וההחלטה. (ראה טופס בהמשך)

ההחלטה על שמוש בס"פ תיעשה על ידי צוות יחידה פליאטיבית (שני רופאים או רופא ואחות מוסמכת).

הטיפול:

דרגת הסדציה הרצויה היא הדרגה המינימאלית הנדרשת להקלה על התסמינים. יש לנסות תחילה ס"פ לטווח קצר (למשל ללילה) ובהתאם להחליט על המשך. ס"פ מתמשכת תינתן במקרה שס"פ לסרוגין לטווח קצר לא הועילה; לחולה עדיין סבל קשה והמוות צפוי תוך שעות או ימים.

יש לבצע הערכה קבועה פעם ביום.

בכל מקרה יש להמשיך לדאוג לטיפול מכובד של החולה, היגיינה, טיפול פה, עיניים, פצעי לחץ וכד'.

כל הטיפולים צריכים להינתן במסגרת שקול הדעת של סכון/נזק תוך התחשבות מקסימלית בהעדפותיו של החולה ומשפחתו. החלטה על הזנה או הידרציה קשורה להעדפות החולה ומשפחתו ואינה קשורה לעצם מתן ס"פ. בעת מתן ס"פ יש להמשיך בטיפול התרופתי הסימפטומטי פראנטרלי.

תרופות בשימוש לסדציה פליאטיבית:

Midazolam (תרופת הבחירה)

יתרונות: פעולה מהירה, ניתן לתת IV או SC.

מנת התחלה: 2.5-5.0 מ"ג

מנן אחזקה: 1-20 מ"ג/שעה

אנטגוניסט: Flumazenil

Haloperidol

ניתן לתת - IV, SC

מנת אחזקה - לדליריום קל 0.5-1 מ"ג פראנטרלי כל 4-6 שעות; במקרה של דליריום

קשה 2 מ"ג עם אפשרות למתן חוזר כל חצי שעה.

מנת אחזקה - 5-60 mg/day

Chlorpromazine

מנה התחלתית -

mg IV or IM 12.5 mg q4-12 hours, or 3-5 mg/hour IV or 25-100 mg q4-12 hours PR

מנת אחזקה - 37.5-150 PR 75-300 mg/day

Levomepromazine

יתרון: פעולה מהירה, יעיל לדליריום ניתן IV, SC or IM

מנה התחלתית - 12.5-25 מ"ג

Usual effective dose: 12.5-25 mg q8h and q1h prn for -

.breakthrough agitation or upto 300 mg/day continuouse infusion

Phenobarbital

יתרון - פעולה מהירה,

מינון - 1-3 starting unfusion of mg/kg SQ or IV bolus dose, followed by

0.5 mg/kg/hr

מנת אחזקה - 50-100 מ"ג/שעה

סדציה פליאטיבית

שם החולה: _____ תאריך: _____

ת.ז: _____

הסבה לצורך בסדציה והטיפול שניתן עד כה:

הפגישה התקיימה בתאריך _____ בשעה _____

שמות המשתתפים בפגישה:

- | | |
|-----------|-----------------|
| _____ (1) | _____ (7) רופא |
| _____ (2) | _____ (8) אחות |
| _____ (3) | _____ (9) עו"ס |
| _____ (4) | _____ (10) נוסף |
| _____ (5) | _____ (11) נוסף |

תוכן הפגישה:

- (1) הסבר למשתתפים מהי סדציה פליאטיבית. ☐
- (2) המטרות ☐
- (3) התוצאות ☐
- (4) אופן ביצוע פעולת סדציה פליאטיבית. ☐



חברות לקבורה אזרחית חלופית

עיר/יישוב	גוף הקבורה	כתובת	טלפון
באר שבע	מנוחה נכונה באר שבע (אלטרנטיבי)	שד' הדסה 78, ב"ש	050-7566563
גבעת ברנר	מנוחה מכובדת גבעת ברנר	כביש 40	03-9512927
הרצליה	עיריית הרצליה	הנדיב 2	09-9712660
חיפה	עמותת דרכי שלום חיפה	הרצל 63	04-8688000
חצור	מנוחת עדן חצור	ת.ד. 116, קריית מלאכי	050-5238022
טבריה	מועצה דתית טבריה	הגליל 35	04-6739504
כפר סבא	מנוחה נכונה כפר סבא	כביש 5504	050-3395800
מודיעין	עיריית מודיעין	תלתן 1	08-9726170
עמק חפר (המסילה)	מועצה דתית עמק חפר	עמק חפר	04-6301140
פרדס חנה	חברת קדישא פרדס חנה	הדקלים 68	04-6373471
קריית טבעון	מנוחה נכונה קריית טבעון	יגאל אלון 39	052-3209184

הערות:

- אין בפרסום רשימת חברות הקבורה כדי להעיד על כך שהחברות מחזיקות ברשיון קבורה בתוקף, לברור בעניין תוקף רשיון הקבורה ניתן לפנות למחלקת הקבורה בדוא"ל diklar@dat.gov.il או בטלפון 02-5311086.
- בימים אלו מתבצעת במשרד לשירותי דת עבודה מקיפה ויסודית (בשיתוף מנהל מקרקעי ישראל, מנהל התכנון במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי) לצורך הגדלת היצע בית העלמין לקבורה אזרחית חלופית ולפרסומם בכל רחבי הארץ. לקבלת פרטים אפשר לפנות לבירור לאגף קבורה בדוא"ל yehudaA@dat.gov.il או בטלפון 02-5311174.
- ישנם מספר קיבוצים המחזיקים ברשיון קבורה אזרחית לצורך קבורת בני המקום ובני משפחותיהם בלבד. קיבוצים אלו לא פורטו לעיל.

