

הנשמה וטיפול נמרץ בימי קורונה סוערים

תמי קרני

הלשכה לאתיקה, ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לבריאות השד מרכז רפואי שמיר

הנחיות אלה הן בבחינת המלצות הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל להתחלה, המשך והפסקת הנשמה בטיפול נמרץ, בתנאים חריגים כאשר יש חוסר איזון עצום בין הצרכים לבין המשאבים הזמינים.

חלים על כל החולים הנזקקים לטיפול נמרץ ולא רק על חולים ב-Covid-19.

2. הקצאה היא בחירה מורכבת ועדינה מאוד.

גידול מוגזם במספר מיטות טיפול נמרץ אינו מבטיח טיפול הולם לכל מטופל מונשם, בבחינת "תפסת מרובה לא תפסת". תשומת הלב והמשאבים המופנים ליותר מידי מטופלים עלולים לפגוע בכלל המאושפזים בטיפול נמרץ. כמו כן, עקב צמצום הפעילות האלקטיבית בטיפול בחולים במרפאות, דחיית טיפולים כירורגיים אלקטיביים ומיעוט המשאבים האינטנסיביים בשל הפנייתם לטיפול נמרץ, עלולה לחול עלייה בתמותה ובתחלואה גם כתוצאה ממצבים קליניים שאינם קשורים למגיפה המתמשכת.

3. ייתכן שיהיה צורך להציב מגבלות בכניסה לטיפול נמרץ. אם נבחר באפשרות של "כל הקודם זוכה" וכל מכשירי הנשמה ומשאבי טיפול נמרץ יהיו מלאים, זאת החלטה אשר מראש פוגעת בסיכוי של המטופל הבא לחיות, גם אם סיכויי החלמה ולחיים ארוכים כפונקציה של גילו הצעיר טובים יותר. יחד עם זאת, ההחלטה להגביל גיל, לדוגמה, יכולה להיחשב כאפליה ופגיעה בערך השוויוניות, למרות שהיא ממקסמת את יתרונות הטיפול הנמרץ תוך שריון משאבים שעשויים להיות נדירים מאוד עבור אלה שסביר להניח כי יש להם סיכויי הישרדות טובים יותר וצפי לתוחלת חיים ארוכה.

4. נוכחות מחלות נוספות (קומורבידיות) ומצב תפקודי צריכים גם הם להילקח בחשבון ולא רק הגיל הכרונולוגי.

משך אשפוז בטיפול נמרץ לאדם צעיר ובריא עשוי להיות קצר יותר מאשר לטיפול תומך באדם מבוגר יותר עם מחלות נלוות. פרק הזמן בו ישהה מטופל בטיפול נמרץ משמעותי לאפשרות חלוקת המשאבים ליותר

בלבד. מאפיינים אלה כוללים שיקולים אתיים רפואיים, כגון: חלוקה צודקת, שוויון בחלוקת המשאבים והסיכוי של המטופלים להחלים אם יטופלו.

מהמידע הקיים כעת, יהיה צורך בהנשמת חלק ניכר מהנבדקים שאובחנו עם זיהום מנגיף הקורונה, שכן המחלה הקשה מתאפיינת בדלקת ריאות אינטרסטיציאלית דו צדדית המלווה בהיפוקסמיה קשה. שלא כמו בתמונת ARDS, המוכרת יותר, לריאות בחולים עם דלקת ריאות הנגרמת מנגיף הקורונה יש היענות ותגובה טובה יותר ל-PEEP בינוני וגבוה; כלומר, יש פוטנציאל הפיך, אך השלב החד עשוי להימשך ימים רבים.

מהנתונים בשבועיים הראשונים באיטליה, כעשירית מהחולים הנגועים זקוקים לטיפול אינטנסיבי בעזרת הנשמה פולשנית או לא פולשנית.

חשוב כי הקריטריונים להנשמה יהיו ברורים לכולם. הן לצוותים המטפלים והן לציבור הרחב, במטרה לשמר את האמון במערכת הבריאות.

מטרות דף העמדה

- א. להקל על הצוות המטפל בקבלת החלטות לגבי טיפול פרטני, כאשר העומס הרגשי עלול להיות מכביד מדי;
- ב. להגדיר את ההקצאה לבריאות במצבי מחסור יוצא דופן.

המלצות

1. הקריטריונים לכניסה להנשמה וטיפול נמרץ צריכים להיות גמישים וניתנים להתאמה בכל עת ביחס למשאבים הזמינים, מספר מטופלים וצפי מטופלים עתידיים. הקריטריונים

בימים קשים אלה, כאשר מגפת הקורונה כבר הכתה במלוא עוצמתה בסין, באיטליה ובעוד מדינות, ועדיין טרם התפרצות המונית בישראל, מתוך "שקט שלפני הסערה", סברתי כי נכון יהיה לכתוב הנחיות אתיות לטיפול נמרץ לגבי הנשמה בזמן מגיפה.

בעודי כותבת, אני מקווה שלא נזדקק לדף זה. כבסיס לנייר – משמש המסמך אשר נכתב באיטליה על ידי צוות מומחים. בימי פנדמיה, החשיבה הרפואית והשיקולים האתיים משתנים ביחס לנוהל הרגיל. הטיפול מתאפיין בהיעדר משאבים (צוות רפואי, מכשור, תרופות וכדומה) ביחס לציבור ענק של חולים.

בשנת 2008 נכתב דף העמדה העוסק בסוגיית ההיבטים האתיים באירוע נפגעים. בהקדמה נכתב "המאפיין אירוע רב-נפגעים הוא היעדר היכולת או האמצעים שבידי הרופא המעורב לעשות את המרב כדי להציל חיים או גף (life or limb) של כל הנפגעים.

העיקרון המקצועי המנחה הוא "לעשות את המרב האפשרי למרב הנפגעים" ולא את "המיטב לכולם".

כמו כן, אחת ההתחייבויות שלנו באותו מסמך: רופא לא יהיה שותף להחלטות על הקצאת משאבים מוגבלים על בסיס שאינו רפואי, כגון: גיל, מין, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי או סוציאלי.

עקרונות אלו ינחו אותנו אם נגיע למצב בו נאלץ לבחור במי לטפל בהנשמה והשגחת טיפול נמרץ.

מטרת דף עמדה זה היא להקל על הצוותים הרפואיים אשר יאלצו לקבל החלטות קשות, ולספק את המאפיינים אשר צריכים להוות חלק מהשיקולים לקבלת החלטות, אשר אינן רפואיות

* המחברת היא י"ר הלשכה לאתיקה של הר"י.

מטופלים בהיקף יוצא דופן, הטיפול צריך להישמר למקרים שנבחרו במיוחד בתחזית לגמילה מהירה יחסית. הטיפול ב-ECMO צריך להינתן ביחידות להן יש מומחים מנוסים בטיפול זה, שכן המיומנות תגזול פחות משאבי כוח אדם.

14. חשוב לצבור ולהחליף מידע בכל דרך אפשרית בין המרכזים הרפואיים ובין הרופאים. כאשר תנאי העבודה יאפשרו זאת, **בתום מצב החירום, יהיה חשוב להקדיש זמן ומשאבים לתחקיר ומעקב אחר הופעת שחיקה ומצוקה מקצועית ומוסרית של הצוותים הרפואיים.**

מחברת מכותבת: **תמי קרני**
הלשכה לאתיקה הר"י
דוא"ל: tami@karni.org

ביבליוגרפיה

1. <https://www.ima.org.il/mainsitenew/ViewCategory.aspx?CategoryId=1115>
2. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
3. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763188>

הוראה "לא להנשמה" צריכה להיות בתיק הרפואי, מוכנה לשמש כמדריך אם ההידרדרות הקלינית מתרחשת כאשר המטופלים לא השתתפו בתכנון ואינם מכירים את המטופל. *הערה: בכפוף לסעיף 12 שלהלן.

10. כל מטופל ראוי לקבל **טיפול סדציה פליאטיבית תומכת**, טיפול אשר מטרתו מניעת סבל נלווה, כגון כאבים, חרדות, היעדר שינה.

11. לגבי מטופלים אשר כבר נמצאים בהנשמה בטיפול נמרץ, יש לעשות **הערכה מחודשת** מדי יום לגבי ההתאמה, מטרות הטיפול ומידתיות הטיפול. אם יש עדות לכך שחולה אולי מאושפז בהתאמה גבולית לקריטריונים, אינו מגיב לטיפול ראשוני ממושך או מדרדר ואינו מגיב לטיפול, יש לשקול הפנייתו לטיפול פליאטיבי. בתרחיש של זרימה מהירה של חולים נוספים – אין לדחות דיונים אלו.

12. ראוי **לדון, שוב ושוב, בהגבלת הטיפול האינטנסיבי ובקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ, בהתאם למשאבים המשתנים מעת לעת.** הנתונים עשויים/עלולים להשתנות בהתאם לכמות, למצב הרפואי של החולים, לזמינות מכשירי הנשמה ולמקום בטיפול נמרץ. תהליך קבלת ההחלטות מיטבי כשיש הערכה שוטפת של זמינות המשאבים.

13. תמיכה ב-ECMO צורכת יותר משאבים בהשוואה לאשפוז רגיל בטיפול נמרץ, ובתנאים של זרימת

אנשים. יחד עם זאת, יש להתחשב בכל הקריטריונים המקצועיים המשמשים הרופאים המומחים בתחום הטיפול הנמרץ.

5. חשוב להתחשב **ברצון המטופל**, הבא לידי ביטוי בהוראות טיפול מקדימות לגבי מחלות נלוות אחרות, אם ניתנו כאלה, או באמצעות תכנון טיפול משותף.

6. החלטות על טיפול, או אי מתן טיפול מתקדם, כגון הנשמה בטיפול נמרץ, יש לקבל בצוות, תוך שיתוף המטופל במידת האפשר ו**תיעוד השיקולים** וההחלטה ברשומה הרפואית.

7. כל הגבלה במתן טיפול נמרץ במצב הקיצוני, יוצא הדופן, של חוסר התאמה בין נזקקים למשאבים, צריכה להיות מגובה **בקריטריונים של צדק חלוקתי**.

8. בתהליך קבלת ההחלטות, כאשר מתעוררים מצבי קושי ואי ודאות, רצוי להתייעץ, אפילו טלפונית, על מנת לשמוע **חוות דעת נוספת**. בין הגורמים שניתן להתייעץ עמם: ועדת אתיקה מוסדית, מנהל מחלקה, כונן בכיר או מטופלים אשר התנסו במצבים דומים.

9. רצוי לדון ולהגדיר את הקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ לכל מטופל מוקדם ככל האפשר, באופן שיאפשר ליצור בצורה אופטימלית רשימה של חולים שייחשבו ראויים לטיפול נמרץ מבעוד מועד, אם תתרחש הידרדרות קלינית במצבם, בתנאי שתהיה זמינות בעת שידקדקו לכך.

כרוניקה

פיזור של נגיף קורונה החדש בחדרי חולים



חיוביים לרנ"א נגיפי. בדגימות אוויר שנלקחו, כ-60% היו חיוביות בריכוז ממוצע של 2.86 עותקים למק"ל.

חשוב לציין כי במבחני גידול בתאי VERO 6, לא הובחן אפקט ציטופתי באף אחת מהדגימות. החוקרים מייחסים זאת לריכוז הנמוך של נגיף בתמיסה, אך עדיין אין כאן הוכחה לחיוניות. המחברים מסכמים, כי נגיף קורונה החדש מופץ על ידי חולים בנשיפה והשרה, וכנראה דרכי ההדבקה הן טיפתית והן אירוסולית, וכן על ידי מגע. הם ממליצים לאכוף תנאי בידוד מגע ואוויר. בטיפול בחולים אלה. עוד נאמר, כי עקב הקפדה על אמצעי מיגון אישיים, כולל נשמיות 95N, איש מאנשי הצוות הרפואי לא נדבק במחלה (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.23.20039446v2>).

איתן ישראלי

סנטאריה חוב' מהמרכז הרפואי של אוניברסיטת נברסקה, בדקו את רמת הזיהום הסביבתי בחדרי חולים בנגיף SARS-CoV-2. החוקרים ניסו לקבל נתונים על מידת הפיזור של הנגיף ממקור החולה, על עצמים ובאוויר החדר, כדי להעריך את מידת הסיכון ופוטנציאל ההדבקה לצוות הרפואי.

החוקרים בדקו חדרי בידוד של 13 חולים, שכולם היו חיוביים לנגיף, אך בתסמינים ובהעברת הנגיף לסביבה הייתה שונות גדולה. על עצמים שהיו בשימוש תדיר, דוגמת שירותים, מיטות החולים, טלפונים ניידים ואחרים, נמצאו עותקי רנ"א של הנגיף (בשיטת RT-PCR), במספר ממוצע של 0.25 לערך למק"ל. החוקרים נזקקו לכ-35 מחזורי PCR כדי לקבל אות, נתון המצביע על הריכוז הנמוך יחסית של הזיהום. שיעור של כ-80% מהעצמים שנבדקו היו