

חסימת מעי (Bowel Obstruction)

הקדמה

חסימת מעי נגרמת מחסימה מכנית (חלקית או מלאה) של המעי ו/או כשל בניע המעי (כשל פריסטלטי). הטיפול עלול להיות מורכב וייתכן צורך ביעוץ מומחה. טיפול בחסימת מעיים דורש מעורבות צוות רב מקצועי וייתכן צורך בהתייעצות עם צוות כירורגי, אונקולוגי, ופליאטיבי, בהתאם לאפשרויות.

ההתייעצות תלויה בדרגה, בסוג ובמשך החסימה, ועלולה לכלול:

- **עצירות**
- **בחילה** לסירוגין, המוקלת לאחר הקאת מזון לא מעוכל
- **בחילה** גוברת ו/או הקאה צואתית (עם החמרת החסימה והתיישובות חיידיקי מעי גס בתוכן המעי הדק)
- כאב בטן מתמשך, בשל גידול ו/או חדירה לעצב (לדוגמא בשל מעורבות coeliac plexus)
- עווית (בחסימה מכאנית) וקולות מעי משתנים.
- תפיחות בטנית (יתכן ותייעדר בחסימה גסטר-דואדנאלית*) (במוצא הקיבה), או במטופלים עם ממאירות פריטוניאלית נרחבת)
- אי נקיטת צואה

אומדן

- מומלץ לשקול הערכה במסגרת עם השגחה רפואית
- יש לשלול היסטוריה של דחיסת צואה (fecal impaction), לבצע בדיקה רקטלית וצילום בטן. יכול להחמיר או להידמות לכל סוג של חסימת מעיים
- חלק מהמטופלים עם חסימה מקומית יכולים להרוויח מניתוח
- הערכה מותאמת אישית: על בסיס מצב קליני, סיכוי לתועלת/סיכון, והעדפות אישיות

גורמים המרמזים שניתוח אינו מומלץ:

- סרטן חודרני תוך ביטני שנצפה בניתוח קודם, או בהדמיה
- גושים גידוליים תוך ביטניים הניתנים למישוש
- מיימת מסיבית, הנשנית במהירות לאחר ניקור
- חסימה גבוהה המערבת את הקיבה הפרוקסימלית
- מחלה גרורתית נרחבת מחוץ לחלל הבטן, גם אם אינה סימפטומטית
- מטופל מבוגר או שברירי, בתפקוד ירוד או במצב תזונתי ירוד
- אחרי הקרנות לאזור הבטן והאגן
- חסימות מעי דק במספר אתרים

ניהול טיפול

כללי:

- **טיפול פה** תדיר הוא חיוני
- בשלב החריף (2-3 ימים) עשוי להתאים טיפול שמרני והמתנה תחת השגחה. מנוחה למעי, הפסקה מוחלטת של הזנה פומית. עם או ללא צינור זונדה
- היות ומדובר בבעיה מכאנית, הימנעות משימוש יתר בנוגדי בחילה, שעלולים לגרום לישנוניות ואף לסיכון לאספירציה
- להציע מציצת קרח, וכמויות מועטות של מזון ומשקה לפי רצון המטופל, תזונה דלת סיבים.
- אם החולה מיושב ואינו גוסס, ניתן לתת נוזלים בעירוני תוך ורידי (IV)
- נוזלים בעירוני תת עורי (SC) יכולים להתאים כטיפול ארוך טווח למטופל עם סמפטומים של התייבשות שאינו מעונין לפנות לבית חולים. מינון הנוזלים צריך להיות 1-1.5 ליטר ליממה על מנת להפחית בחילה, אך לא יותר מכך על מנת שלא להחמיר הפרשות במערכת העיכול והקאות.
- להציע מרככי צואה +/- טיפול רקטלי לעצירות

התערבות פולשנית:

- הכנסת תומכן (stent) למוצא הקיבה, למעי דק פרוקסימלי, מעי גס, או טיפול בלייזר יכולים להקל בחסימה מקומית
- יתכן שימוש בזונדה לשליטה התחלתית בהקאות. יש להשתדל להימנע משימוש ארוך טווח. אולם, יהיו מטופלים שעבורם זונדה תהיה פתרון מועדף ונוח יותר על פני הקאות צואתיות.
- גסטרוסטום מנקז יכול להקל על תסמינים במטופל עם תפקוד שמור, שסובל מהקאות עיקשות עם חסימה במוצא הקיבה (gastroduodenal) או מעי ריק (jejunal).
- הזנה תוך ורידית (TPN) מתאימה בקבוצה קטנה של מטופלים עם פרוגנוזה ארוכה. יש לפנות לייעוץ מומחה. במקרה כזה, יש לקבוע מראש תאריך בו יתקיים דיון עם המטופל והערכה חוזרת בטרם מתחילים TPN.

טיפול תרופתי

כשל פריסטלטי:

- יתכן בשל נוירופתיה אוטונומית או ממאירות תוך בטנית נרחבת חסימה חלקית, הפחתה בקולות מעי, **ללא עווית**.
- להפסיק תרופות מפחיתות פריסטלטיקה (Cyclizine, Hyoscine, 5HT3 antagonist, Amitriptyline)
- להשתמש בנוגדי בחילה פרוקינטיים (מגבירי נייע) כגון:

OL-METOCLOPRAMIDE (Pramin) 30-120 mg ל-24 שעות. יש לעצור אם מתפתח כאב עוויתי.
יש לנקוט זהירות בשימוש ממושך, ולנטר תופעות לוואי אקסטרא-פיראמידליות.

- לעיתים נדרש שימוש במשלשלים. ראו פרק [עצירות](#)
- יש לקחת בחשבון ספיגה פומית מופחתת של משככים עקב תנועתיות ירודה של המעי. אם נעשה שימוש בעירוי ניתן לתת MORPHINE.
- בטווח הארוך רצוי להיעזר במדבקת FENTANYL כטיפול פחות פולשני
- מדבקת FENTANYL עדיפה לניהול כאב יציב בינוני עד חמור, במטופלים עם/או בסיכון לכשל בנע מעי בהיותה בעלת סיכון מופחת לעצירות מ-MORPHINE או OXYCODONE.

חסימה מכאנית

- לכוון את הטיפול לפי התסמין העיקרי.
- משלשלים (+/- טיפול רקטלי) לטיפול או מניעה של עצירות נלוויות.
- Laxido (במידה ויש סבילות לכמות נוזל גדולה) יכול להיות מועיל. (*חלופה ישראלית: Movieprep
- אבקה להמסה ב2 ליטר נוזל) OL-Docusate sodium הוא חלופה טובה (*בישראל: שמן פרפין) במקרה של כאבי בטן עוויתי יש להימנע ממשלשלים סטימולנטים (Senna, Bisacodyl, Danthron)
- (*בישראל: תה סנה, שמן קיק, LAXADIN, CONTALAX). בחסימת מעיים מלאה יש לעצור כל שימוש במשלשלים פומיים.
- DEXAMETHASONE (Dexacort) 6-16mg במתן IV/SC למשך 4-7 ימים יכול לשחרר חסימה חלקית. ראה הנחיות בנספח [Dexamethasone](#).

תסמין	תכשיר	מינון S.C-24 שעות	הערות (ראה נקודות ליישום)
כאב/כאב עוויתי ממקור גידולי	MORPHINE DIAMORPHINE FENTANYL PATCH		טיטריציית מינון
כאב עצבי	Adjuvant משככי כאב אדג'ובנטים		נדרש ייעוץ מומחה
כאב עוויתי (colic)	HYOSCINE BUTYLBROMIDE (*לא קיים בישראל)	40-120 mg	מפחית פריסטליקה
בחילה	CYCLIZINE HYOSCINE BUTYLBROMIDE (*לא קיים בישראל)	50-150 mg 40-120 mg	אנטי כולינרגי, נוגד בחילות ומפחית פריסטליקה
	הוסף QT,OL-HALOPERIDOL	0.5-1.5 mg PO בערב או 0.5-1 mg x2/d במתן תת עורי יומי במינון 1-5 mg למשך 24 שעות (בחולים עם	הוסף לעירוי תת עורי או מתן S.C. חד פעמי לבחילה קשה

	כשל כלייתי, קשישים או ירודים, יש להפחית מינונים). בטיטרציה עולה עד להשגת השפעה		
בתוך עירוי תת עורי או בשתי זריקות תת עוריות יומיות במינון 2.5-5 mg נדרש ניטור לחץ דם (צפויה ירידה)	5-15 mg	החלף ל- ^{QT} LEVOMEPRIMAZINE (IV/SC Nozinan, PO Ronexin)	
	Po 2.5-10 mg התצורות - ZAPPA, Velotab ODT מיועדות למתן תת-לשוני	^{OL} OLANZAPINE (Zappa, Zyprexa ODT, Olanzapine velotab)	*חלופה מוכרת כאנטיאמטיקה רחבת-טווח בישראל
פעילות נוגדת הפרשה	40-120 mg	^{OL} HYOSCINE BUTYLBROMIDE	הקאה (אם כאב ובחילה בשליטה, החולה יכול לעיתים להתמודד עם הקאות בודדות)
נוגד הפרשה קו שני. יותר אפקטיבי ויקר מ-Hyoscine	0.25-0.5 mg	OCTREOTIDE (Sandostatin)	

נקודות ליישום

- בשימוש בתרופות משרות שינה (סדאטיבות), יש להתחיל במינונים נמוכים
 - רוב המטופלים יידרשו לעירוי תת עורי מאחר וקשה לסמוך על הספיגה הפומית
 - הערכה מתמשכת של החולה כיוון שחלק מהתסמינים מוקלים מעצמם
 - אין לשלב בו זמנית תכשירים נוגדי בחילה מסוג אנטי כולינרגים (Cyclizine, Hyoscine)
- עם METOCLOPRAMIDE (Pramin). נדרשת זהירות בשימוש ממושך במינונים גבוהים תוך ניטור תופעות לוואי אקסטר פירמידליות.

מקרא:

^{QT} Prolongs QT, ^{OL} Off Label, * הערות גרסה ישראלית

<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/bowel-obstruction>

Palliative Care Formulary (PCF): PCF on the Knowledge

Network: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/home/portals-and-topics/palliative-care.aspx>

סימוכין / מקורות:

Palliative Care Formulary (PCF): PCF on the Knowledge Network:

<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/home/portals-and-topics/palliative-care.aspx>

Dolan EA. Malignant bowel obstruction: a review of current treatment strategies. Am J Hosp Palliat Care. 2011;28(8):576-82.

Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. 2000 [cited 2018 Oct 08]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001219/epdf/standard>

Feuer DDJ, Broadley KE, Shepherd JH, barton DP. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. 2000 [cited 2018 Oct 08]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002764/full>

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.

Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Hanks G, Cherny N, Kaasa S, Christakis NA, Portenoy RK, Fallon M, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 850-2.

Tradounsky G. Palliation of gastrointestinal obstruction. Can Fam Physician. 2012;58(6):648-52, e317-21.

© כל הזכויות שמורות

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך אחרת כל חלק שהוא מהחומר באתר זה.

שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול באתר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב.

