

דימום (Bleeding)

מבוא

דימום (דימום גלוי או סמוי) מתרחש ב 10% עד 20% מהחולים עם סרטן מתקדם. דימום חריף עשוי להיות מבהיל מאד עבור המטופל, המשפחה והצוות.

אומדן

- העריכו אם מדובר בדימום חריף ואם חמור המהווה סכנת חיים, או שניתן לשלוט בו באמצעים ספציפיים. אם מדובר בדימום שניתן לשליטה, פנה לעצת מומחה
- העריכו אם הדימום נובע מהשפעות מקומיות (כגון חדירה לתוך כלי דם) או מהשפעות מערכתיות של מחלה (כגון קרישה תוך-כלית מפושטת - DIC).
- העריכו נחיצות תרופות שעלולות להגביר סיכון לדימום, למשל: Clexane Heparin, Aspirin, Warfarin, Dexamethasone, NSAIDs.

טיפול

היערכות מקדימה

- אם צפוי אירוע של דימום משמעותי, לרוב כדאי לדון באפשרות עם החולה ובני משפחתו מבעוד מועד.
- יש לוודא שלמטפלים בבית יש מספר חירום זמין ליצירת קשר.
- כדאי לכלול בתכנית ההיערכות מתן תרופות סדאטיביות לשימוש במידת הצורך.
- אם המטופל בבית, דונו באפשרויות למתן תרופות סדאטיביות, כולל הערכה מדוקדקת האם המטפלים מסוגלים לתת תרופה זו.
- יש לדון בנושא החייאה, ולתעד סטאטוס החייאה והחלטות.
- כדאי לוודא הכנת סדינים ומגבות כהות, כפפות, סינרים, יריעות פלסטיק ושקיות פסולת קלינית.
- כדאי לתכנן מי ינקה אחרי אירוע וכיצד ליצור איתו קשר.
- ודא שכל אנשי המקצוע והשירותים המעורבים מודעים לתוכנית הטיפול, כולל אנשי קשר שיתנו מענה מחוץ לשעות העבודה.

טיפול בדימום חריף וחמור

טיפול לא תרופתי

- נסה להישאר רגוע. הזעק עזרה. דבר עם המטופל ותמוך בו.
- שפר את תנוחתו, ככל הניתן (השכבה מותאמת למקור הדימום תוך שמירה על נתיב אויר)
- אם ניתן, הפעל לחץ ישיר על אזור הדימום; מומלץ להשתמש במגבות בצבע כהה.

- אם החייאה רלוונטית, יש להזמין מד"א ולהעביר לביה"ח ולהתנהל על פי פרוטוקולים מקומיים לטיפול בדימום.
- אם למטופל דימום מסיבי והוא גוסס בבירור, תמיכה והתערבויות לא-תרופתיות עד להגעת סיוע, הן בעלות חשיבות רבה יותר מניסיון לתת תרופות סדאטיביות. בדרך כלל החולה יאבד את ההכרה במהירות ועלול לפחד אם יישאר לבד.

תרופות סדאטיביות לשימוש בדימום מאסיבי סופני

אם המטופל במצוקה, נדרש טיפול מהיר טווח מקבוצת הבנזודיאזפינים. דרך המתן תקבע את תרופת הבחירה:

- אם יש גישה ורידית 10 mg IV MIDAZOLAM (Dormicum) או IV DIAZEPAM 10 mg (Assival).
- הזרקה תוך שרירית (IM) : 10 mg MIDAZOLAM (Dormicum) יכול להינתן לשריר גדול כמו הדלתא בכתף או שריר הירך.
- מתן רקטלי או דרך סטומה: DIAZEPAM Rectal solution 10 mg.
- מתן בפנים הלחי: MIDAZOLAM 10 mg (Buccolam Oromucosal solution).
- * בישראל קיים במינונים של 10mg/2ml, 2.5mg/0.5ml, 5mg/1ml, 7.5mg/1.5ml מאושר רק בילדים או במבוגרים עם התקפים אפילפטיים הנמשכים מעל 5 דקות. נדרש טופס 29ג. ניתן לרכישה במרשם פרטי.
- הערה: אם מדובר בחולה שכבר מקבל מינוני רקע גבוהים של בנזודיאזפינים, ייתכן שיהיה צורך במינון גבוה יותר. אם החולה שברירי יתכן שיידרש מינון נמוך יותר.

לאחר האירוע

- הצע שיחת עיבוד לצוות ולמשפחה.
- תמיכה מתמשכת לפי הצורך לקרובים ולאנשי צוות.
- סילוק פסולת קלינית כראוי.

טיפול בדימום קל

דימום קל עלול להיות סימן מבשר לדימום קטלני. אף שמדובר בדימומים קטנים, הם עלולים להלחיץ את החולה והמשפחה. בהמשך יוזכרו מספר אמצעים שניתן לנקוט בכדי לנסות לשלוט בם. יש לבחון מחדש את השימוש והצורך ב- ASPIRIN ובכל תרופה אחרת עם השפעות נוגדות אגרגציה של טסיות כגון NSAIDs. יש לשקול אם התערבויות מתוכננות, כגון דיאתרמיה, לייזר, אמבוליזציה, הקרנות, ניתוח (כולל אנדוסקופיה, ברונכוסקופיה, ציסטוסקופיה), רלוונטיות.

יש להעריך צורך בעירוי דם או מוצריו.

תרופות

דימום מהעור (כולל גידולים פורצים) ורקמות ריריות

- הפעל לחץ ישיר במידת האפשר. ניתן להשתמש בגזה ספוגה ב- ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) במינון 500 mg/ 5 ml או ^{OL}ADRENALIN (Epinephrine) במינון 1 mg / 1ml
 - ניתן להשאיר את הגזות הספוגות ב- ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron), במקום הדימום עם חבישה תומכת מעל. לחלופין, ניתן למרוח משחת ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) 4) טבליות מרוסקות של 500 mg בתוך בסיס של 60 gr פרפין רך (הידרופילי) פעמיים ביום מתחת לחבישה. במקרה של דימום מחלל הפה, ניתן לבצע שטיפות פה, ארבע פעמים ביום, ב 10 ml של תמיסת ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) בריכוז של 4% עד 5%.
 - ניתן להכין תמיסה של 5% על ידי ריסוק ופיזור טבליה של 500 mg בתוך 10 ml מים, או דילול התוכן של אמפולה אחת של 5 ml / 500 mg לנפח סופי של 10 מ"ל. (אם משתמשים באמפולות, יש לסנן את תכולת האמפולה לפני השימוש כדי למזער את הסיכון לחלקיקי זכוכית).
 - ניתן להשתמש במקלות כסף חנקתי לצריבת דימום נקודתי.
 - ספוגים הימוסטטיים כירורגיים יכולים לשמש בבית על ידי חולים או משפחות כדי להשתלט על דימום נימי מהיר.
 - חבישות אלגינט המוסטטיות כגון KALTOSTAT יכולות להועיל.
 - ניתן להשתמש בטמפונים לאף או בתכשירים ייעודיים הקיימים במוסד. מחלקת אף אוזן גרון עשויה ליעץ לגבי מה זמין במקום וכיצד להשיג.
 - אם ההערכה היא שהדימום לא נובע מ-DIC, יש לשקול תרופות נוגדות קרישה סיסטמיות כגון ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron):
 - מינון ראשוני של 1.5 gr דרך הפה ולאחר מכן 1 gr שלוש פעמים ביום
 - אם אין שיפור לאחר 3 ימים, ניתן להעלות מינון ל- 1.5 gr שלוש פעמים ביום
 - יש להפחית מינון או להפסיק שבוע לאחר הפסקת דימום; אם הדימום חוזר ניתן להתחיל שוב טיפול.
- אמצעים נוספים שעשויים להיות מומלצים על ידי מומחים:
- אם הדימום משטח נרחב ולא הושגה שליטה באמצעים הנ"ל, אפשר לשקול שימוש ב- ^{OL}DESMOPRESSIN (Minirin) תוך מעקב צמוד.
 - בפרוקטוקוליטיס ואסכמיה כרונית עקב קרינה, השתמש ב- ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) דרך הפה או פי הטבעת.
- כאשר מתן דרך הפה אינו מתאים, ניתן לעתים קרובות לתת תמיסה פומית דרך פי הטבעת. לצורך כך נא לפנות לצוות המומחה לטיפול פליאטיבי או לרוקח ליעוץ נוסף.

דימום מדרכי הנשימה

- התמותה מהמופטיזיס גבוהה. הסיכון לחנק גדול יותר מסכנת איבוד הדם. קצב הדימום משפיע על התוצאה.

- שמור על נתיב אויר .
- אם אתר הדימום ידוע, השכב את המטופל על הצד המדמם כדי להפחית את ההשפעה על הריאה השנייה. לחלופין, הטה את ראשו למטה במידת האפשר כדי לסייע בניקוז הדם.
- השתמש בחמצן ובשאיבה (סקשן) לפי הצורך.
- יש לשלול או לטפל בזיהום או טרומבואמבולוזם ריאתי (PE), אם רלוונטי.
- מדכא שיעול עשוי להועיל. ראה הנחיות לשיעול.
- מתן ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) (כמו בסעיף "דימום מהעור וממברנות ריריות").
- ב-85% מהחולים עם דימום ריאתי, טיפול בקרינה יכול לסייע להשתלט על הדימום לחלוטין.

דימום מדרכי השתן

- יש לשלול או לטפל בזיהום.
- אמצעים נוספים שעשויים להיות מומלצים על ידי מומחים :
- שקול טיפול ב- ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) (כמו בסעיף "דימום מהעור והריריות") למרות הסיכון להצטברות קרישים, עד להפסקה מוחלטת של הדימום.
- שטיפת שלפוחית השתן עם 0.9% נתרן כלוריד או ^{OL}TRANEXAMIC ACID (Hexakapron) (5 gr / 50 ml water) פעם או פעמיים ביום אם הטיפול דרך הפה אינו מועיל.

דימום ממערכת העיכול (לדימום מהפה או פי הטבעת ראה בסעיף דימום מריריות)

- אנטגוניסט H₂ או מעכב משאבת פרוטונים :
אנטגוניסט H₂ * לדוגמא :
RANITIDINE (Zantac, Zantab, Apoza, Zaridex) FAMOTIDINE (Gastro, Famo) .
- מעכבי משאבת פרוטונים (PPI) * לדוגמא :
OMEPRazole (Losec, Omepradex), PANTOPRAZOLE (Contraloc, Pantoavenir), ESOMEPRazole (Nexium, Esoprim).
- ^{OL}Hexakapron (כמו בסעיף "דימום מעור ורקמות ריריות").
- שקול מתן ויטמין ^{OL}K (אם כי באופן פרדוקסלי, פגיעה בכבד עלולה להגביר את הסיכון לפקקת ורידים ולכן פנה לייעוץ).

דימום כתוצאה מממאירות המטולוגית מתקדמת

- עירוי תסיות עשוי להיות יעיל זמנית בטרומבוציטופניה.
- יש לדון ברגישות לגבי מידה ההתאמה של טיפול זה במצבים של אי ספיקת מח עצם.

נקודות ליישום

- פחד מדימום חמור עלול למנוע את המשך הטיפול בבית.
- יעץ למטפל לשבת או לעמוד מאחורי המטופל במידת האפשר בעת הפעלת לחץ בדימום חמור שכן הדבר מפחית התזה על המטפל ועומס רגשי. נוכחות לצד החולה יכולה לסייע בהפחתת חרדה.
- כל המעורבים בטיפול במטופל שמדמם (משפחה, מטפלים וצוות) עשויים להזדקק לתמיכה.
- ודא שהדימום אינו נובע מלחץ יתר של חבישה או ניקוי אגרסיבי מדי של פצע.
- לעיתים נדרש להיערך למתן סדאציה כמצוין לעיל בסעיף "תרופות סדאטיביות לשימוש בדימום מאסיבי סופני" (ראה פירוט מעלה)

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

קישור לאתר המקורי

<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-/guidelines/palliative-emergencies/bleeding>

סימוכין / מקורות

Anwar D, Schaad N, Mazzocato C. Treatment of haemoptysis in palliative care patients. Eur J Palliative Care. 2003;10(4):137-9.

Broadley KE, Kurowska A, Dick R, Platts A, Tookman A. The role of embolization in palliative care. Palliat Med. 1995;9(4):331-5.

Dean A, Tuffin P. Fibrinolytic inhibitors for cancer-associated bleeding problems. J Pain Symptom Manage. 1997;13(1):20-4.

Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Regnard C, Makin W. Management of bleeding in advanced cancer - a flow diagram. Palliat Med. 1992;6(1):74-8.

Tamagno G, Mioni R, De Carlo E, Maffei P, Rubello D, Siculo N. Effects of a somatostatin analogue in occult gastrointestinal bleeding: a case report. Dig Liver Dis. 2004;36(12):843-6.

Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary PCF4. 4th ed. England: Pharmaceutical Press; 2011.

© 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.