גישה קלינית לטיפול במצבי חירום

כאשר לומדים רפואה דחופה מתמקדים במשך זמן רב במחלות ספציפיות כמו אוטם שריר הלב, סוכרת או תסביב שחלה (ovarian torsion). עם זאת, אינטגרציה של הידע לשם העשייה הקלינית היא משימה מורכבת. כיצד נדע מתי לחשוד באוטם שריר הלב, ומתי בדיסקציה של האאורטה? מתי נחשוד לתסביב שחלה, ומתי באירוע מזנטרי? מתי נחשוב שכאב הראש נובע מהתייבשות, ומתי מדימום ספונטני במוח?

כדי לגשר על הפער בין הידע הנקודתי ובין הצורך האינטגרטיבי שעולה במהלך טיפול נוצרות **גישות קליניות**. גישות קליניות מסייעות למטפל בתהליכי האבחון והטיפול של סימן או סימפטום ספציפי. באבחון מחפשים **נורות אזהרה** וחושבים על **אבחנה מבדלת**. נורות אזהרה הן סממנים קליניים המעידים על מצב הדורש התייחסות מיוחדת, בדרך כלל מצב חירום רפואי. אבחנה מבדלת (Differential Diagnosis: DD) היא רשימה של כל הפתולוגיות שיכולות להסביר את מצבו של המטופל.

כדי להבהיר את מהות האבחנה המבדלת נבחן מקרה לדוגמה: כאבי ראש.

ה־DD לכאבי ראש כולל, בין היתר, את הגורמים האלה:

- התייבשות
- מיגרנה
- חבלת ראש
- היפוגליקמיה
- סינוסיטיס
- מנינגיטיס (דלקת קרום המוח, meningitis)
- אנצפליטיס (דלקת המוח, encephalitis)
- שבץ מוחי
- דימום סאבארכנואידי
- גידול מוחי
- כאב שיניים בלסת העליונה

את ה־DD מסדרים לפי שכיחות ועל פי סיכון (מה שהורג קודם - יטופל קודם). לכן כאשר ניגשים לטפל בכאבים בחזה, יש לחשוד ראשית באירוע לבבי, ורק לאחר מכן בגורם זיהומי כגון הרפס זוסטר (שלבקת חוגרת, herpes zoster).

נדון כעת בכמה מצבי חירום ובטיפול בהם.

חוסר הכרה

נהוג לחלק ירידה ברמות ההכרה לארבע קטגוריות רחבות:

- **קומה סטרוקטורלית** (פגיעה מבנית במוח)
- **קומה אפילפטית** (על רקע פרכוסים)
- **קומה מטבולית** (על רקע הפרעות מטבוליות)
- **קומה טוקסית** (על רקע הרעלות וזיהומים)

קומה סטרוקטורלית (Structural Coma)

קומה סטרוקטורלית היא מצב של חוסר הכרה על רקע פגיעה מבנית במוח. גורמים למצב זה כוללים: גידולים במוח, חבלות ראש ושבץ מוחי. מצבים אלו מלווים בדרך כלל באישונים לא סימטריים, בסימני צד ובתבניות נשימה חריגות.*

קומה אפילפטית (Epileptic Coma)

קומה אפילפטית היא מצב של חוסר הכרה על רקע פעילות חשמלית חריגה במוח. חוסר הכרה קורה בזמן הפרכוסים ובתקופה הפוסט־איקטלית.

קומה מטבולית (Metabolic Coma)

קומה מטבולית היא מצב המופיע עם פגיעה במאזן החומרים בגוף. דוגמאות לכך הן:

- היפוגליקמיה והיפרגליקמיה (פגיעה במאזן גלוקוז)
- היפראוסמולריות
- היפונתרמיה (פגיעה במאזן נתרן)
- היפותרמיה והיפרתרמיה (פגיעה במאזן חום הגוף)
- היפרקפניה (hypercapnia, פגיעה במאזן הפחמן הדו־חמצני)
- היפוקסיה (פגיעה במאזן חמצן)
- היפראמונמיה (פגיעה במאזן אמוניה)
- אי־ספיקת כליות (אורמיה, uremia)

קומה טוקסית (Toxic Coma)

קומה טוקסית היא קומה המופיעה על רקע של הרעלות או זיהומים. במיוחד יש לשים לב להרעלות אופיאטים, להרעלת אלכוהול ולהרעלת בנזודיאזפינים. מחלות זיהומיות יכולות להיות מחלות המערבות את מערכת העצבים (כגון מנינגיטיס או אנצפליטיס) - אך גם ספסיס מתקדם.

רמזים אבחנתיים

- היפרתרמיה (חום גבוה) - זיהום סיסטמי, מנינגיטיס, אנצפליטיס (דלקת המוח, encephalitis), הרעלת אנטיכולינרגיים (anticholinergic)
- היפותרמיה (חום נמוך) - ספסיס, הרעלת אלכוהול, היפוגליקמיה, היפותירואידיזם (hypothyroidism)
- לחץ דם גבוה (hypertension) - עליית ICP - קומה סטרוקטורלית

* סימני צד מוטוריים הם סימנים שמופיעים רק בצד אחד של הגוף, למשל הפרעה במחצית שדה הראייה, חולשת פלג גוף בצד אחד בלבד וכדומה.

- לחץ דם נמוך (hypotension) - ספסיס, כל סוגי ההלם, היפותירואידיזם, Addisun's Crisis
- סימני גירוי מנינגיאליים - מנינגיטיס, דימום סאבארכנואידי
- מיוזיס (אישונים צרים) - הרעלת אופיאטים, הרעלת אנטיכולינרגיים
- סימני גירוי מנינגיאליים הם שילוב של שלושה סימנים קליניים (טריאדה קלינית) המעידים על גירוי של קרומי המוח. שלושת הסימנים הם:
  - כאב ראש
  - פוטופוביה
  - קשיון עורף

טיפול טרום־בית חולים

כאשר ניגשים למטופל מחוסר הכרה יש לפעול בראש ובראשונה על פי סכמת החייאה שכן דום לב מתבטא בחוסר הכרה. יש להעריך אם יש פעילות לב ונשימה. אם למטופל יש דופק עצמוני, יש לדאוג ל־ABC, ולשים דגש בייחוד על אבטחת נתיב אוויר. יש לקחת אנמנזה מדוייקת ככל האפשר, ולעשות מגוון רחב של בדיקות.

בין היתר יש לשים דגש על:

- **אנמנזה על מחלות רקע**: רקע נוירולוגי, אפילפסיה, סוכרת, גורמי סיכון לאירועים קרדיווסקולריים
- **בירור על טראומה אקוטית בזמן האחרון**
- **שימוש בתרופות ובסמים:** בדגש על תרופות לכאב ולהרגעה, אופיאטים, אלכוהול וסמים
- **בדיקה נוירולוגית:** אישונים, רפלקסים ומנח כללי
- **בדיקת גלוקוז עם דוקרן (בסטיק אצבע)**
- **בדיקת חום רקטלי**
- **אק"ג**

מקפידים על בדיקת גלוקוז בדם, אק"ג, חום רקטלי, בדיקת אישונים ולבסוף כיסוי הנפגע (אלא אם כן הגורם לאיבוד ההכרה הוא מכת חום). יש להודיע לחדר מיון על כל מטופל מחוסר הכרה. המשך הבירור במיון גם הוא חיוני, ולעיתים קרובות הוא כולל CT ראש, דיקור מותני, אא"ג ובדיקת טוקסיקולוגיה בדם.

נהוג לתת למטופלים מחוסרי הכרה "קומבו חוסר הכרה": חמצן וסיוע נשימתי, נרקן, תיאמין, גלוקוז. דאגה לנתיב אוויר ולפאנל נשימתי אפשר לבצע בניידת טיפול נמרץ, וכן מתן נרקן וגלוקוז.

נט"ן מסוגל לספק סיוע רפואי משמעותי מאוד למטופלים מחוסרי הכרה.

עילפון (סינקופה)

סינקופה, התעלפות - מוגדרת כאירוע של איבוד הכרה חולף בשל ירידה בפרפוזיה של המוח, והיא מאופיינת בהופעה מהירה, במשך קצר ובהתאוששות ספונטנית מלאה. הגדרה זו אינה מתאימה למקרים של הלם ושל גורמים אחרים לחוסר הכרה. כ־50% מן האוכלוסייה יעברו סינקופה לפחות פעם אחת בחיים. המטרה העיקרית של הטיפול היא זיהוי הגורם וסילוקו. בדרך כלל האירוע הוא שפיר וקצר - הוא נמשך כ־20 שניות או מעט יותר.

בדרך כלל סינקופה אינה מצב מסכן חיים, אך לעיתים העילפון מבשר על אירוע קיצון קרב ובא, כגון MI, דיסקציה של האאורטה, תסחיף ריאות (PE) או CVA (שבץ מוחי).

פתופיזיולוגיה

יש שלושה מנגנונים עיקריים המובילים לעילפון:

- עילפון ואזו־וגאלי
- עילפון על רקע אורתוסטטיזם
- עילפון על רקע לבבי

מרבית המקרים הם ואזו־וגאליים או על רקע אורתוסטטיזם. מקרים אלו נחשבים לשפירים ויש להם פרוגנוזה מצוינת. עילפון על רקע לבבי נחשב לחמור יותר, ויש לו פרוגנוזה פחות טובה.

עילפון ואזו־וגאלי (Vasovagal)

ואזו (vaso=כלי דם), וגאל (vagal=ואגוס). מונח זה מתייחס לעילפון על רקע גירוי של עצב הוואגוס. עצב זה הוא העצב הקרניאלי ה־10 (CNX), והשפעתו מתווכת פעילות פראסימפתטית. גירוי וגאלי גורם להרחבת כלי דם, להאטת הדופק ולצניחת לחץ דם.

טריגרים לעילפון ואזו־וגאלי כוללים:

- כאב
- לחץ
- פחד וחרדה
- מיקטוריה (micturia)
- הטלת צואה
- עיטוש ושיעול

זהו העילפון הנפוץ ביותר בכל גיל, נפוץ במיוחד בצעירים ובריאים. בדרך כלל עילפון זה מלווה בסימנים מקדימים הכוללים כאבי ראש, טנטון (tinnitus, צפצופים באוזניים), סחרחורת, "נקודות שחורות" בראייה, חולשה, בחילה והזעה.

עילפון על רקע אורתוסטטיזם (Orthostatism)

אורתו=שכיבה, אורתוסטטיזם=מנח זקוף. זהו עילפון על רקע של תת־לחץ דם אורתוסטטי. אי־יציבות אוטונומית מביאה להרחבת כלי דם, ירידה בתנגודת הסיסטמית (systemic vascular resistance: SVR) ולבסוף צניחת לחץ דם. היפוולמיה (תת־נפח הדם), שגורמת לירידה בנפח הדם ולכן גם לירידה בלחץ הדם, גם היא מקושרת למנגנון האורתוסטטי. לעיתים קרובות אפשר לראות זאת בקרב מטופלים צעירים ובריאים, אך רוב המטופלים סובלים ממחלות אוטונומיות כרוניות.

טריגר לעילפון על רקע אורתוסטטי

- שינוי תנוחה מהיר משכיבה לישיבה או לעמידה
- עמידה ממושכת, במיוחד בתנאי צפיפות וחום

גורמים

- פרקינסון ודמנציה
- סוכרת
- אורמיה (uremia)
- פגיעה בחוט השדרה
- התייבשות והיפוולמיה (תת־נפח הדם)
- צריכת אלכוהול
- נטילת תרופות המפחיתות לחץ דם
- נטילת תרופות המפחיתות את יכולת כיווץ כלי הדם

עילפון בגלל גורם קרדיאלי

כל גורם המוביל לירידה בתפקוד הלב עלול לגרום לעילפון, למשל: אי־ספיקת לב על רקע קרדיומיופתיה, מחלה וסקולרית, מחלה מסתמית או **הפרעות קצב**.

מטופלים עם רקע של אי־ספיקה (אי־ספיקת לב, אי־ספיקה מסתמית או מחלה וסקולרית קשה) נוטים להתעלף במאמץ, כגון עלייה במדרגות, הליכה ברחוב. עילפון על רקע הפרעות קצב נוטה להיות פתאומי, ללא אירוע מקדים כלל. מקרים אלו קשורים בפרוגנוזה גרועה.

לעיתים עילפון הוא סימן מקדים לאירוע אקוטי, כגון דיסקציה של האאורטה, אוטם שריר הלב (MI) או תסחיף ריאות (PE). מטופלים אלה יסבלו מכאבים בחזה וממצוקה נשימתית.

דגשים לתשאול ולטיפול

אנמנזה - שאלות שחשוב לשאול

- כמה זמן נמשך איבוד ההכרה?
- האם החזרה להכרה הייתה מהירה?
- האם היו פרכוסים?
- האם הייתה חבלת ראש?
- מה היו הסימנים המקדימים?
- האם יש כאבים?

בירור על הרקע רפואי:

- האם מדובר באירוע ראשון?
- האם יש הפרעות מטבוליות, נוירולוגיות או קרדיווסקולריות?
- שימוש בתרופות ובחומרים מסוכנים

דגשים כלליים לטיפול בעילפון

- ראשית יש לתמוך ב־ABC
- בדיקת רמות גלוקוז
- אק"ג
- אם אפשר, בדיקת חום
- בדיקה נוירולוגית מדוקדקת
- יש לחשוד שיש ACS, דיסקציה ותסחיף ריאות (PE) בכל מטופל עם עילפון, בייחוד אלו המלינים על כאבים עזים בחזה
- לשלול TBI
- לשלול חתכים בעור או חבלות נוספות

כאבי ראש

תלונה על כאבי ראש היא תלונה נפוצה מאוד. לכ־80% מהאוכלוסייה יהיה כאב ראש לפחות פעם בשנה. כ־90% מכלל כאבי הראש מסווגים ככאבי ראש ראשוניים (primary headache), כלומר כאבים שבהם הגורם האטיולוגי אינו ברור. כאבי ראש ראשוניים כוללים מיגרנות, כאב ראש ממתח (tension headache) וכאב ראש מקבצי (cluster headache). כאבי ראש ראשוניים אינם מסוכנים לחיים, אך נוטים לכאוב בצורה משמעותית, עד כדי פגיעה גדולה באיכות החיים.

כאב ראש ראשוני (Primary Headache)

כמעט בכל המקרים, כאבי ראש ראשוניים מוכרים למטופל מאירועים קודמים.

- כאב מיגרנוטי בדרך כלל מתבטא ככאב חד־צידי (ב־40% מהמקרים דו־צידי), שנמצא באזור הרקות, והוא בדרך כלל מתואר ככאב פועם. תרופות קו ראשון למיגרנות הן NSAIDs (נוגדי דלקת שאינם סטרואידים; nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAID), ואם תרופות אלה אינן מצליחות להפחית את הכאב, אפשר להשתמש בתרופות ספציפיות למיגרנות.
- כאב ראש מתחי, תעוקתי (tension headache) - בדרך כלל מתואר כלוחץ, דו־צידי ולעיתים דמוי טבעת. מלווה במתח בשרירי הצוואר.
- כאב ראש מקבצי (cluster headache) - בדרך כלל מתייצג ככאבים חזקים מאוד, חד־צידיים, באזור אחת העיניים (בדרך כלל מעל העין) ונמשך שעות. כאבים אלו לא נוטים להגיב לטיפול תרופתי, אך הם כן מגיבים למתן חמצן. אם יש אירוע אקוטי, יש לתת חמצן בקצב גבוה 10-15LPM עד לחלוף הכאבים (כ־15 דקות).