

{ ללא } הפרעה בהחייאה

מחקר מנסה לזהות את הדרך היעילה ביותר לביצוע

החייאה

הקדמה ורקע

החודש אנו סוקרים את נייר העמדה המעודכן בנוגע לדום לב שהתפרסם ב- RESUSCITATION. קבוצת חוקרים עשתה מאמצים גדולים באיסוף מידע מארגוני חירום בכל רחבי ארה"ב והתמסרותם למחקר מדעי זה הנוגע לשלב קדם בית החולים, היא ללא ספק המשמעותית, הארוכה והמאומצת ביותר שנעשתה עד כה.

במחקר זה, קבוצת החוקרים יצרה מחקר אקראי, על מנת להעריך באופן מדעי את יעילות ביצוע העיסויים באופן רציף {החייאה בעזרת ידיים בלבד} אל מול עיסויים המופרעים לטובת הנשמות ביחס של 2:30 ואת ההשפעה על התוצאות הקליניות במקרי דום לב המתרחשים מחוץ לכותלי בית החולים. מחקרים קודמים שבחנו את יעילות השיטות השונות לביצוע עיסויים, הדגימו שיעורי הישרדות גבוהים יותר במקרי דום לב המתרחשים מחוץ לכותלי בית החולים כאשר בוצעו עיסויים ללא הפרעה בהשוואה לעיסויים עם הפרעות. למרבה הצער, מחקר זה היה מחקר מתאמי בלבד והוא אכן הדגים כי ישנו קשר בין שיפור בהישרדות לבין עיסויים רצופים, אך לא הוכח קשר סיבתי ביניהם.

שיטות

בין התאריכים 6 ביוני 2011 ל-28 במאי 2015, קבוצת מטופלים ב-114 ארגוני רפואת חירום שהשתתפו במחקר חולקו לקבוצת התערבות {עיסויים רצופים בקצב 100 בדקה בשילוב 10 הנשמות בדקה = 12,653 מטופלים} ולקבוצת ביקורת {עיסויים שמופרעים לטובת ביצוע הנשמות = 11,058 מטופלים}. התוצאות עברו הערכה ע"י סולם הערכה מותאם שנע בניקוד שבין 0-6, כאשר תוצאה של פחות או שווה ל-3 משמעה תפקוד נויורולוגי מעודד.

התוצאות שנמדדו היו:

- 1- שיעור ההישרדות לשחרור
- 2- תפקוד נויורולוגי בשחרור
- 3- אירועים שליליים/ מסוכנים ו-
- 4- ההישרדות לאחר השחרור מבית החולים {מספר ימים בחיים ומספר ימים מחוץ לבית החולים במהלך 30 הימים שלאחר דום הלב}

תוצאות

המחקר לא מצא הבדל סטטיסטי בשיעורי ההישרדות בין הקבוצות {9.0% בקבוצת העיסויים ברצף מול 9.7% בקבוצת ה- 2:30}. 7% מקבוצת העיסויים הרצופים ו-7.7% מקבוצת ההפרעה בעיסויים שרדו עם ניקוד של 3

או פחות בסולם ההערכה, אך תוצאות אלו לא השיגו שונות מובהקת מבחינה סטטיסטית { $P=0.09$ }. כמו כן, חשוב לשים לב כי המטופלים בקבוצת העיסויים הרצופים היו בעלי סיכויים נמוכים הרבה יותר להגיע לשלב הפיננסי לבית החולים או להתקבל אליו ולמטופלים בקבוצה זו היו הרבה פחות ימי חיים מחוץ לבית החולים.

דיון

רבים המתנינו רבות לתוצאות נייר עמדה זה וזאת מכיוון שאנו ממשיכים כל העת לשאול שאלות בנוגע לפרקטיקה הנכונה ולחפש טיפולים שמשנים באמת את תוצאות מקרי דום הלב המתרחשים מחוץ לכותלי בית החולים.

חשוב לשים לב כי במחקר גדול עם גורמים רבים המעורבים בו, ישנם משתנים רבים שיכולים למסך פרטים חשובים. דום לב המתרחש מחוץ לכותלי בית החולים הינו תוצאה של מספר גדול ביותר של מצבים קליניים שונים {חסימת עורק כלילי, תסחיף ריאתי, טראומה וכו'...}. לחקור את כל המטופלים הללו תחת קבוצה נחקרת אחת, תוך חיפוש אחר תוצאות שונות כתוצאה משינוי מרכיב אחד בהחייאה- במקרה זה, מעגל ההחייאה, זוהי אמונה תלושה מהמציאות.

בחירת המטופלים זהו מרכיב מגביל חשוב במחקר זה. קבוצות הנחקרים שלא נכללו במחקר כללו מטופלים שפיתחו דום לב בנוכחות צוות רפואי, דום לב ע"ר טראומה, דום לב ע"ר היפוקסיה, מטופלים שסבלו מאיבוד דם מאסיבי, נשים בהריון, אסירים, מטופלים עם טרכאוסטום, מטופלים שקיבלו עיסוי לב מכאניים לפני ביצוע עיסויים ידניים ורבים נוספים.

הטיפול ברמת תוך בית החולים שנעשה למטופלים שנכללו במחקר {טיפול בהשריית היפותרמיה, צנתור לבבי} כלל טיפולים רבים המשפיעים על תוצאות דום הלב שהתרחש מחוץ לכותלי בית החולים- לא היה מבוקר במסגרת המחקר.

באופן מעניין, ההפרעות בביצוע העיסויים היו באופן מפתיע זהות בשתי הקבוצות. בשתי הקבוצות מקטע העיסויים {זמן על החזה מתוך סך זמן ההחייאה} היה גבוה יותר משנראה במערכות אחרות, נתון ההופך את ביצוע הכללת הממצאים לקשה הרבה יותר.

באופן כללי, מחקר זה תומך ברעיון שעיסויי חזה הינם רק חלק ממספר פעולות המרכיבות את הטיפול בדום לב המתרחש מחוץ לכותלי בית החולים. כפי שהמחברים מציעים, גורמים אחרים המשפיעים על ההצלחה יכולים לכלול מרכיבים נוספים בתהליך, כגון: הנשמה פאסיבית, עבודת צוות מתוזמנת, שיפור מערכתי של ניהול הטיפול ומדידת ביצועי ההחייאה/ שימוש במכשירי משוב.

למרות שנייר עמדה מהווה דוגמא מצוינת לתהליך המחקר ברפואת החירום ועבודה מסוג זה הינה חיונית לצורך הפרדת ההבדלים העדינים בניהול הטיפול של חולים מורכבים, חשוב שנעצור ונזהה את המסקנות המוגבלות שאנו יכולים להגיע אליהן.

[המאמר פורסם בגיליון JEMS- 2/16, תורגם ונערך ע"י איתי טילינגר-](#)

[פרמדיק מרחב ירקון](#)