

תשומת לב מלאה

אל תיבדל מהאבחנה המבדלת

צוות אט"ן עם חובש ופרמדיק מגיעים לביצוע העברה דחופה בין בתי חולים. המטופלת שלהם בת 34 שנפלה מסוס והיא מועברת ממלר"ד קטן של בית החולים המקומי לבית חולים במרחק שעה נסיעה בערך. היא הוערכה ויוצבה, אך היא דורשת ניתוח אורתופדי על מנת לתקן שבר פתוח בקרסול.

הצוות מתקבל ע"י האחות המטפלת שמעבירה להם דיווח בע"פ: "מדובר בשבר פתוח של עצמות הטיבייה והפיבולה והיא הולכת לניתוח תיקון שיתקיים היום אחה"צ. הרופאה כאן ניקתה את האזור הכי טוב שיכלה ועשינו קיבוע לצורך הנסיעה, אך אנו ניתן לכם לסיים את מנת הצפזולין {CEFAZOLIN} במינון 1 גרם שהיא מקבלת בטפטוף כטיפול מניעתי קדם ניתוחי. היא הגיבה היטב לטיפול נוגד כאבים שהיא קיבלה עם דילאודיד {DILAUDID- HYDROMORPHONE} והרופאה גם תיתן לכם הוראות לניהול הטיפול בכאב עם עוד דילאודיד במתן תוך ורידי במינון עולה של 1 מ"ג לפי הצורך".

הסימנים החיוניים של המטופלת היו יציבים בזמן שהותה במלר"ד עם ערכי ל"ד 128/74, דופק 86 וקצב נשימות 18 בדקה בזמן דיווח האחות. למטופלת אין אלרגיות ידועות לתרופות ולא נוטלת שום טיפול תרופתי קבוע. כאשר צוות הרפואה הדחופה מציגים את עצמם למטופלת, הם מוצאים אותה במצב רוח טוב, עם רמת הכרה תקינה. היא מדרגת את הכאב שלה כ- 1 או 2 מתוך 10, אך היא אומרת שהיא מסתדרת ולא מעוניינת בתרופות נוספות לשיכון כאב כעת.

האחות מסייעת לצוות להעביר את המטופלת לאמבולנס והחובש מוודא כי למטופלת נוח. ברגע שהמטופלת באמבולנס, הפרמדיק מחבר את המטופלת למוניטור המדגים קצב סינוס תקין. כמו כן, הוא מחבר מכשיר לחץ דם לא חודרני ומכוון אותו לבצע מדידה כל 15 דקות. הוא מחבר מד סאטורציה לצורך ניטור רמות הסאטורציה במהלך ההעברה.

לאחר מכן הוא מוודא כי הגישה הוורידית הנמצאת בידה השמאלית פתוחה. לאחר שהם עוזבים את המוסד הרפואי ומתחילים בנסיעה, המטופלת נרדמת.

כ- 20 דקות לאחר תחילת ההעברה, עירווי הצפזולין מסתיים והפרמדיק מחליף אותו עם עירווי של ליטר 1 של סליין בטפטוף איטי. הוא בודק בשנית את לחץ הדם של המטופלת ושם לב כי באופן בלתי צפוי, לחץ הדם שלה עומד על 90/64. לאחר מספר דקות המטופלת מתעוררת ומתחילה להתלונן על אי נוחות בטנית ועל צורך דחוף לרוקן את המעינים. היא חוזרת על תלונה שוב ומשלשלת כמות קטנה של שלשול נוזלי, בגוון חום בהיר ובעל ריח חזק מאוד. לאחר מכן, היא מפתחת ירידה ברמת ההכרה ולחץ הדם הנמדד שוב, עומד על 84/40.

הפרמדיק מורה לחובש להדליק את אורות החירום ואת הסירנה ולהעביר דיווח למוסד הקולט כי מצבה של המטופלת מידרדר ובעקבות כך הם יכניסו אותה למלר"ד במקום לחדר הניתוח. הוא מנגב את השלשול עד כמה שיכול בעזרת מגבות ושמיכה ולאחר מכן הוא מגביר את קצב הזרימה של הנוזלים על מנת לספק לה 300 מילי-ליטר בבולוס. הוא מכוון את מכשיר לחץ הדם לבצע מדידה כל 5 דקות ומתחיל בביצוע הערכה חוזרת מדוקדקת של המטופלת על מנת לנסות ולקבוע את הסיבה להידרדרותה המהירה.

הוא מוצא כי רמת ההכרה של המטופלת ירדה לפתיחת עיניים ואנחות לגירוי מילולי. עורה חיוור, לח וקר. האישונים שווים, עגולים ומגיבים לאור. ורידי הצוואר שטוחים וריאותיה נקיות אך כניסת האוויר מופחתת. הבטן רכה ולא רגישה, ללא סימני מסה בטנית. ישנו דופק חלש בגפיים עם מילוי קפילארי איטי באופן בולט.

לחץ הדם של המטופלת ממשוך לצנוח, למרות הבולוס של 300 המילי-ליטר נוזלים שהיא קיבלה והפרמדיק בוחר להמשיך במתן הנוזלים המהיר. בנוסף לכך, הפרמדיק מחליט להתחיל בעירוי דופמין על מנת להעלות את לחץ הדם של המטופלת וזאת מכיוון שהנוזלים לא עוזרים לירידת לחץ הדם ולא נראה כי המטופלת פיתחה הלם היפוולמי על רקע טראומתי. הוא בודק את הגיליון הרפואי של המטופלת ושם לב שמשקלה הינו 65 ק"ג. הוא מתחיל את העירוי ע"י החדרת הדופמין לתוך הסליין ומכוון למתן לפי 10 מק"ג/ג/דקה בעזרת סופר טיפות וזאת על ידי הכוונת סופר הטיפות לקצב של 24 מילי-ליטר לשעה.

הפרמדיק יוצר קשר עם בית החולים הקולט על מנת לעדכן אותם במצב המטופלת ולבקש יעוץ מהמוקד הרפואי. בזמן שהוא ממתין לרופא, הוא מעריך במהירות שוב את המטופלת. לחץ הדם עלה ל- 92/64 והדופק עומד על 112 בדקה, אך הסאטורציה צנחה ל- 88% והערכה נוספת מהירה של קולות הנשימה שלה מגלה כי התפתחו צפופים עדינים עם ירידה נוספת בכניסת האוויר לריאות.

כאשר הרופא מגיע לטלפון, הפרמדיק מבקש לספק 0.3 מ"ג של אדרנלין במתן תוך ורידי. הרופא מסכים וכן נותן הוראה להמשיך את עירוי הדופמין לפי הצורך ולספק בנוסף 50 מ"ג של דיפנהידרמין {DIPHENHYDRAMINE} במתן תוך ורידי אם המטופלת תגיב לאדרנלין.

הפרמדיק מספק אדרנלין במתן תוך ורידי ומעריך לאחר מספר דקות שוב את לחץ הדם של המטופלת. הוא מטפס ל- 100/74 וצבע עורה חזק להיות תקין. מכיוון שכך, הפרמדיק מחליט להוריד את מינון הדופמין ל- 5 מק"ג/ג/דקה. היא חוזרת להכרה כמעט מלאה תוך מספר דקות, תוך ציון כי היא מרגישה טוב יותר, אך עדיין היא חשה אי נוחות בטנית. הפרמדיק עוצר את מתן הדופמין ומספק 50 מ"ג של דיפנהידרמין במתן תוך ורידי וכן 125 מ"ג של מתיל-פרדניזולון {METHYLPREDNISOLONE- SOLUMEDROL} במתן תוך ורידי. הסימנים החיוניים של המטופלת נשארים יציבים למשך שאר הפינוי והצוות מגיע לבית החולים הקולט ללא אירועים חריגים נוספים. מתברר כי למטופלת הייתה כבר אלרגיה לא ברורה בעברה לצפזולין.

דיון

במהלך הלימודים של צוותי רפואת חירום, מלמדים את המטפלים כי כל מטופל דורש שימוש בשיטות הערכה אחרות, העובדות באופן מתואם על מנת להבטיח ביצוע הערכה מקיפה וסיסטמטית כאחד. ההערכה כוללת את ההערכה הראשונית, היוצרת התרשמות כוללנית ובמהלכה מזהים מצבים מסכני חיים. ההערכה השניונית, כוללת בדיקה גופנית מדוקדקת ומעבר על המערכות הפיזיולוגיות של המטופל וההערכה המתמשכת, מזהה ומוודדת שינויים במצב המטופל. יש לציין כי ההערכה לא מוגבלת רק לשלבים אלו.

ניתן לחזור על ביצוע הערכות אלו פעמים רבות לאורך כל זמן השהייה של המטופל עם המטופל. המטופלת בהצגת מקרה זה, הציגה מופע מורכב בעל סיבות פוטנציאליות רבות להידרדרות התלולה במהלך מה שהייתה אמור להיות העברה פשוטה בין מוסדות רפואיים. במהלך ההערכה המתמשכת וניטור המטופלת, הפרמדיק זיהה את ההידרדרות המהירה והוא הצליח להתערב באופן חיובי. הוא זיהה את הסיטואציה, קבע את הצורך לפעול, העריך את המטופלת באופן סיסטמטי וזהיר, שקל את הסיבות הפוטנציאליות ואת האבחנה המבדלת למצבה המידרדר של המטופלת ואז ביצע מספר פעולות נכונות תוך בחינת התוצאות של פעולותיו.

"אבחנה מבדלת", פירושה הבחנה במצב מסוים כגורם פוטנציאלי למחלתו של המטופל דרך תהליך של שלילה. מכיוון שהאבחנה הסופית איננה ידועה בזמן ההערכה, חשוב לקלינאים לשקול היתכנות של מספר מצבים העלולים לגרום לסימפטומים נצפים דומים ולעקוב אחר תהליך של שלילה על מנת לשלול אותם. כאשר קלינאים שוקלים את האבחנה המבדלת לצורך קביעת מצבו של המטופל, הם משתמשים בידע שלהם על הפתופיזיולוגיה ומחילים את הידע הזה על ממצאי ההערכה שלהם ועל היסטוריית המטופל. למרות שתהליך זה עלול שלא להוביל לאבחנה מוצקה וודאית, הוא יעיל לאין שיעור בהצרת כמות הברירות הפוטנציאליות והבנת הצורך בטיפול מידי.

במקרה זה, המטופלת סבלה מתגובה אנפילקטית לא טיפוסית. מצב זה היה מסוכן ביותר והוא זה שגרם למטופלת לאי יכולת פיצוי מהירה ולחוסר יציבות המודינמית. אולם, הסימפטומים של המטופלת, שכללו ירידה בלחץ הדם, שלשול, כאב בטן וירידה ברמת ההכרה יכלו להיות משויכים לסיבות אחרות, כגון דימום טראומתי שלא התגלה, פגיעה נוירולוגית סמויה שגרמה להלם או אפילו תסחיף ריאתי מוקדם. בזכות ההערכה וההיסטוריה הרפואית של המטופלת, הפרמדיק יכול היה לקבוע כי מדובר בתגובה אנפילקטית לא טיפוסית וזאת בעקבות שילוב הסימפטומים עם מתן התרופה האחרונה, שאותה הוא ידע שהמטופלת מקבלת בפעם הראשונה.

מאחר ואנפילקסיס לא תמיד מוצגת עם סימפטומים קלאסיים של אנגיואדמה {בצקת}, אורטיקריה {תגובה עורית} וגירוד עורי ויכולה במקום זאת להיות מיוצגת עם תת לחץ דם, הפרעות במערכת העיכול ו/ או הפוקסיה, האבחנה הופכת להיות קשה לקביעה. לזיהוי הסיבה שהביאה למצב המטופל הייתה חשיבות חיונית וזאת מכיוון שהמטופלת הייתה זקוקה להתערבות נכונה תוך פרק זמן מהיר.

סיכום

חשוב ביותר כי כל אנשי המקצוע בארגוני רפואת החירום יבינו כי לכל מטופל מגיעה הערכה מקיפה ומלאה, אין שום מטופל שגרתי ושכל מטופל שווה את תשומת ליבנו המלאה.

המאמר פורסם בגיליון JEMS-3/16, תורגם ונערך ע"י איתי טילינגר-

פרמדיק מרחב ירקון