

תאריך: 3 אפריל, 2020 ט' ניסן, תש"ף

גרסה 4 - AMC

קווים מנחים להתמודדות עם **Covid 19** באוכלוסייה המבוגרת:

המלצות ועדת אד-הוק של האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית והאיגוד לרפואה
פליאטיבית בישראל

א. מרק קלרפילד¹, צבי דוולצקי², שי בריל³, יאן פרס⁴, שמעון גליק⁵, פסח
שוורצמן⁶, ישראל (איסי) דורון⁷

¹ פרופ' אמריטוס, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר
שבע

² יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית, פרופ' חבר קליני, הפקולטה לרפואה,
טכניון – מכון הטכנולוגי בישראל, מנהל יחידה גריאטרית, רמב"ם – הקריה
הרפואית לבריאות האדם, חיפה

³ גריאטר ראשי, שירותי בריאות כללית

⁴ מנהל מחלקה גריאטרית, בי"ח סורוקה, פרופ' חבר, הפקולטה למדעי הבריאות,
אוניברסיטת בן גוריון בנגב

⁵ פרופ' אמריטוס ודיקן לשעבר, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון
בנגב

⁶ פרופ' אוניברסיטת בן גוריון ויו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל

⁷ פרופ' וראש המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, החוג לגרונטולוגיה אוניברסיטת חיפה



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



פרטים ליצירת קשר:

פרופ' מרק קלרפילד

דוא"ל: markclar@bgu.ac.il

טל': 050-202-9694

1 הקדמה

משבר 19-COVID מציב אתגרים עבור כולנו – בקהילה, בבתי אבות ובבתי החולים. האוכלוסייה המבוגרת ובמיוחד אלו עם תחלואה נלווית הם הפגיעים ביותר להשלכות החמורות כתוצאה מהידבקות בנגיף. לפגיעות רפואית זו נוספת גם תופעת ה'גילנות' (ageism) – אפליה של האוכלוסייה המבוגרת המבוססת אך ורק על גילו של האדם. בהתחשב בכל אלה, מסמך זה נכתב במטרה לסייע לקובעי המדיניות בשעת חירום בניהול משבר מורכב זה. ההתייחסות במסמך זה תהיה מחולקת לשלוש סוגיות מרכזיות עליהן חשוב לתת את הדעת:

1. קהילה/בית אבות (upstream)

2. מיון (triage)

3. לאחר-מיון (downstream)

קהילה/בתי אבות

ראשית, חשוב מאוד להדגיש עד כמה משמעותית התמיכה בזקנים (ובמטפליהם) בקהילה כמו גם במגוון המוסדות לטיפול ממושך. מדובר בקבוצה הנמצאת בסיכון גבוה מאוד הדורשת מאיתנו את מירב התמיכה והסיוע.

עקרונות כלליים:

- 1.1 יש לזהות ולאחר את הצרכים הבסיסיים של הזקן בבית או בבית אבות (מזון, תרופות, קושי בבידוד חברתי וכו'), וכן הצרכים של המטפלים בו.
- 1.2 על קופות החולים והשירותים החברתיים לעשות את המיטב על-מנת לאתר, לעקוב אחר, ולטפל באוכלוסייה זו בקהילה.
- 1.3 עבור הצוותים הראשוניים זו הזדמנות לשוחח על רצונם של החולים במידה ויזדקקו לטיפול מוגבר/נמרץ אם ידבקו בנגיף.
- 1.4 במידה וזקנים מפתחים מחלה בקהילה, בייחוד כזו המתאפיינת בסימפטומים התואמים ל COVID-19, יש לטפל בהתאם להנחיות משרד הבריאות.
- 1.5 במידה וניתן לטפל בחולה בבית, יש להציע טיפול ביתי בחמצן עבור אלו הסובלים מקוצר נשימה (בייחוד אלו שקצב נשימתם הינו פחות מ-20 לדקה).
- 1.6 עבור אלו שמצבם מתדרדר ושקצב נשימתם עולה מעל 20 לדקה ורוצים בכל זאת להישאר בבית (ומשפחתם מסוגלת לטפל בהם בבית) יש להציע טיפול פליאטיבי ביתי כמו גם תמיכה לבני המשפחה ולמטפלים נוספים.
- 1.7 במצב חירום כשמשאבי מערכת הבריאות על סף קריסה יש לפעול לפי כלי טריאג' (ראה סעיף 2.0).
- 1.8 חשוב להדגיש כי במידה והמחלה תתפשט באופן איטי מספיק, כך שיתאפשר ליחידות לטיפול נמרץ ולמכונות ההנשמה להתמודד עם העומס, אזי כמובן שהמלצות טריאג' אלה אינן רלוונטיות.

1.9 על כל האזרחים, בייחוד אלו הנמצאים בסיכון גבוה כמו זקנים, לבחון אפשרות לחתום על מסמכי תכנון משפטיים, כגון הנחיות רפואיות מקדימות ו/או יפויי כוח מתמשכים, מכוח חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962, ו/או חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, ו/או חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, לשם קביעת סדר עדיפויות לפי רצונם ובהתאם לחוק.

1.10 יש גם לזכור כי נגיף COVID-19 אינו האיום היחיד על האוכלוסייה הזקנה. יש להבהיר שעל כל זקן עם סימפטומים אשר במצב שגרתי היו מביאים לטיפול רפואי אקוטי (למשל, כאבים בחזה, כאבי בטן קשים, סימפטומים של אירוע מוחי/אירוע איסכמי חולף וכו') לבקש עזרה באופן מיידי על ידי פניה לרופא המשפחה או למיון.

2.0 טריאג'

במסגרת ניתוח של סוגיות הלכה הנוגעות לאופן הקצאת משאבים רפואיים מוגבלים במהלך מגפת שפעת, דיאנסטג כותב: "טריאג' הינו הכרחי בכל המקרים בהם אין די משאבים לסייע למי שזקוקים להם. עם זאת, בעזרתו של פרוטוקול כתוב ניתן לנסח גישה בהירה וברורה לטריאג'. כמו-כן, פרוטוקול ימנע מרופאים ליפול למדרון חלקלק ולבצע מהלכים שהחברה קבעה שאינם אתיים....".

נגיף הקורונה הנוכחי הראה מה עלול להתרחש כאשר שירותי בריאות מוצפים כמו באיטליה, ספרד ולאחרונה גם בניו-יורק. בעוד שמידע זה עודנו זקוק לאשרור, עיתון ה-Jerusalem Post (22 במרץ 2020) מתאר כי רופאים איטלקים היו כה מוצפים במקרים הדורשים אשפוז בטיפול נמרץ עד שהם לא הציעו טיפול שכזה לאף אדם בגיל 60 ומעלה (הכתבה בקישור הבא:

bit.ly/Over60Italy

כמו כן, פורסמו מספר מאמרים בספרד ובאיטליה המציינים כי ייתכן וקבלת החלטות מבוהלת מסוג זה הולכת ומתפשטת, כולל שמועות אודות נטישה של זקנים בבתי אבות ואף בבתייהם הפרטיים. תופעות אלה אינן מתקבלות על הדעת והן מהוות הפרה של זכויות אדם וביטוי של 'גילנות' (ageism). על-מנת להימנע מתרחישים קשים שכאלה, יש לתכנן ולהיערך בישראל כבר עכשיו.

2.1 עקרונות הטריאג' (soft utilitarianism) יתבססו על מתן הטיפול לפי סדר העדיפות הבא:

1. מטופלים אשר להם סיכוי גבוה למות אם לא יקבלו את הטיפול, ומאידך הם בעלי פרוגנוזה טובה אם כן יקבלו את הטיפול.

2. מטופלים בעלי סיכוי גבוה לשרוד את המחלה גם ללא הטיפול, ומאידך הסיכוי שלהם לשרוד את המחלה גבוה יותר באופן משמעותי עם הטיפול.
3. מטופלים עם הדבקה קלה ולהם פרוגנוזה טובה לשרוד את המחלה גם ללא טיפול.
4. רק בזמן מחסור קשה במשאבים ועד לרגיעה במצב, יש להקטין את השימוש במשאבים (או להציע טיפול פליאטיבי) עבור מטופלים בעלי פרוגנוזה גרועה לשרוד את המחלה גם אם כן יקבלו את הטיפול (ראה סעיף 2.2).

2.2 אמות המידה לביצוע הטריאג'

בשעת חירום יהיה נכון ליישם מודל מפורש שהוכן מבעוד מועד ושנסקר באופן נרחב על-פני התמודדות עם קבלת החלטות כאוטיות ומבוהלות. למודל שלהלן שלושה נדבכים: מצב תפקודי, תחלואה נלווית וגיל.

2.2.1 מצב תפקודי

הערכה של מצב תפקודי מהווה מרכיב מרכזי בהערכה גריאטרית מלאה והינה בעלת קשר מובהק לסיכוי להחלים מנגיף הקורונה. הערכת המצב התפקודי יכולה להתבצע בעזרת מספר כלים, כמו אומדנים להערכה תפקודית (FIM / גרסה מעודכנת מקוצרת) הנמצאים בשימוש נרחב בישראל. ישנה אף עדיפות לשימוש בהערכה פשוטה של יכולת ביצוע פעולות יומיומיות (BADL: אכילה, התלבשות, רחצה, מעברים, שימוש בשירותים, שליטה בצרכים וניידות).

2.2.2 תחלואה נלווית (comorbidity)

לנוכחותה של מחלה נלווית יש השלכות ברורות על סיכויי ההחלמה של המטופל. בזמן כתיבת מאמר זה, לרוב המטופלים שמתו מן המחלה הייתה תחלואה נלווית משמעותית. אף על פי שיתכן והזמן אינו מאפשר שימוש פורמלי בכלים הסטנדרטיים למדידת תחלואה נלווית (למשל מדד צ'רלסון), על צוותי הטריאג' לכל הפחות לשקול את האפשרות כי אלו הסובלים מתחלואה נלווית יתקשו יותר לצלוח את המחלה מאשר אלו עם מספר נמוך יותר של מחלות.

2.2.3 גיל

בעוד שלעולם אין להשתמש בגיל כרונולוגי כקריטריון בודד, לא סביר להתעלם באופן גורף ממשתנה זה שהינו בעל רלוונטיות סטטיסטית ברורה בכל הקשור לתוחלת החיים באוכלוסייה. עם זאת, במקרים מסוימים אוכלוסייה מבוגרת עשויה דווקא להרוויח יותר מאשפוז בטיפול נמרץ לעומת מטופלים צעירים יותר, כמובן בתלות בגורמים נוספים. ברור כי גיל כרונולוגי אינו מהווה מדד מושלם ויש להשתמש בו אך ורק כחלק ממכלול של קריטריונים. השימוש בגיל "כרונולוגי" כקריטריון הינו לגיטימי (אם כי הוא אינו מופיע בטבלה שבהמשך), אבל רק כאשר הוא משולב עם קריטריונים נוספים המאפשרים הערכה של "גיל ביולוגי" וסיכויים כוללים להחלמה.

2.3 תכנית טריאג'

הרופאים שמשימתם הינה לטפל בחולים שהופנו אליהם דרך הטריאג', אמורים להתרכז בעבודתם החיונית. הליך הטריאג' עצמו צריך להתבצע על ידי צוותים מיומנים בוועדות אד-הוק, שבמידת האפשר, צריכים לכלול רופא

טיפול נמרץ, גריאטר/רופא פליאטיבי ואחות בכירה. למידע נרחב בנושא ראו

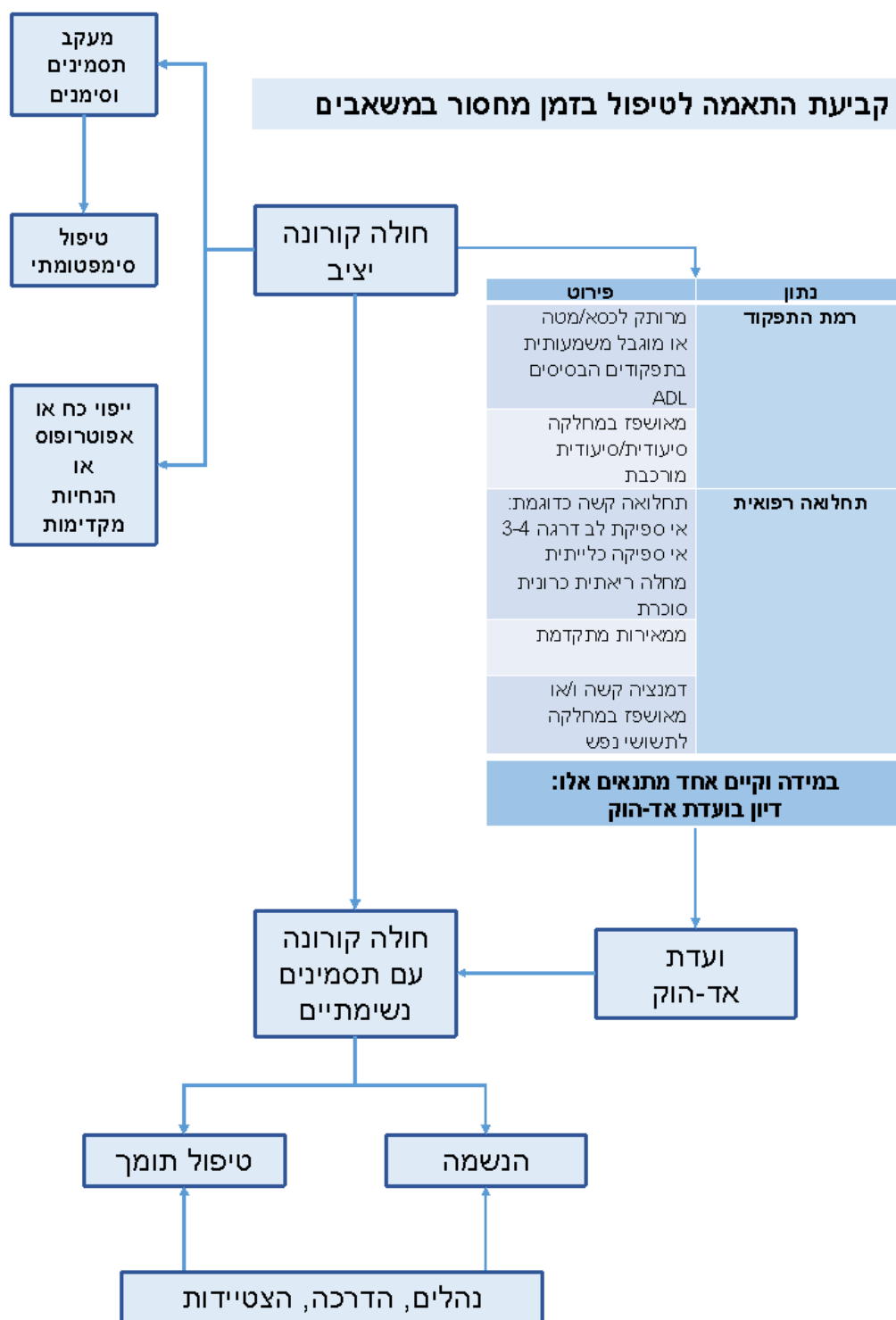
:

bit.ly/TriageNEJM

2.4 המלצות לגבי אופן השימוש בכלי הטריאג'

בהתחשב בכל הכתוב לעיל, אנו מציעים שימוש בכלי (המוצג להלן) שיאפשר לוועדות אד-הוק, ובמידה וועדות שכאלה אינן קיימות או במקרים של עומס קשה בחדר מיון ומצבים שאי קבלת החלטה מסכנת את החולה, גם לרופאים בכירים (בכל מקום ברצף הטיפול: בית, מוסד לטיפול ממושך, מיון וכו') לקבל החלטה מאוזנת ומושכלת.

כלי זה מבוסס על חוות דעת מומחים בגריאטריה, ברפואה פליאטיבית, ובגרונטולוגיה, ובאתיקה רפואית, תוך התבססות על מקורות וערכים מקובלים בחברה הישראלית ומערכת הבריאות בישראל. כלי זה מביא לידי ביטוי איזון עדין בין זכויות אדם, צרכים חברתיים וצרכיו של המטופל הפרטני.



הערות

- תרשים זה מיועד לשימוש בשעת חרום בלבד
- תרשים זה מיועד לעזור לצוות הרפואי ככלי עזר בתהליך קבלת החלטות
- בעוד ש'גיל כרונולוגי' אינו מהווה קריטריון, במקרים גבוליים ועבור גילאים מבוגרים מאוד (+85), הערכה של 'גיל ביולוגי' עשויה להועיל.

2.5 העדפות מטופלים וכלי תכנון משפטיים (advance directives and) (continuing powers of attorney

יהיו מטופלים, מבוגרים וצעירים כאחד, שלא ירצו לקבל טיפול במחלקת טיפול נמרץ/בעזרת מכונת הנשמה. אנשים אלו עשויים להתגורר בקהילה או בבתי אבות. על-מנת לכבד את עצמאותם ובאופן אגבי גם להקל את הלחץ על בתי החולים/מיון/טיפול נמרץ, יש לשקול להקל על השימוש באפשרות כזאת. על אנשים אלו (אשר מפגינים בבירור את רצונם לוותר על ההתערבויות המקובלות) לעגן באופן רשמי את העדפותיהם תוך שימוש באחד או יותר מכלי התכנון המשפטיים (הנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייפוי כוח מתמשכים) כמפורט בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962, ו/או חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, ו/או חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005.

3.0 לאחר מיון (פוסט-טריאג' "downstream")

לאחר ביצוע הטריאג', מטופלים יועברו למסגרת המתאימה ביותר מבין המסגרות הבאות: טיפול נמרץ; מחלקה בבית החולים; טיפול פליאטיבי; או בית.

3.1 טיפול פליאטיבי

עבור כל אלו הזקוקים לתמיכה נשימתית אך תהליך ההנשמה אינו זמין מכל סיבה שהיא, חיוני להמשיך בטיפול אנושי המיישם את עקרונות של הטיפול הפליאטיבי על-מנת להקל על הסבל. יש להימנע בכל מחיר ממקרים כמו אלו שתוארו לאחרונה באירופה ובהם מטופלים זקנים במוסדות או בבית ננטשים ונשארים למות בגפם ללא טיפול.

שימוש בטיפול פליאטיבי הינו קריטי במיוחד עבור מטופלים זקנים במוסדות סיעודיים ובמחלקות לתשושי נפש וסיעוד מורכב. מטופלים אלו לרוב פגועים תפקודית ו/או קוגניטיבית כאשר מדובר באוכלוסייה הזקנה הפגיעה ביותר בחברה שלנו. עבור מטופלים אלו, קבלת החלטה במהלך הטריאג' שלא לנקוט בגישה של טיפול נמרץ/מכונות הנשמה (היכן שמשאב זה אינו קיים) אין משמעה מניעה של מתן "מיתה טובה".

בהמשך לכך, חיוני כבר עכשיו לספק הכשרה בטיפול פליאטיבי לצוות המטפל במוסדות, רופאים ואחיות, כמו גם לספק תמיכה וסיוע לבני משפחה ולמטפלים נוספים. בנוסף, מומלץ לקיים השתלמות טיפול פליאטיבי בקוצר נשימה בבתי החולים הכלליים, במרכזים הרפואיים הגריאטריים ובמוסדות הסיעודיים, על בסיס הקווים המנחים של האגודה הישראלית לטיפול תומך.

(ראו בנספח קווים מנחים נוספים של האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל)

3.2 החובה לא לגרום נזק: *Primum non nocere*

עבור מטופלים עם ירידה קוגניטיבית קשה, מרבית המחקרים והניסיון הקליני מלמדים כי לא נמצאה תועלת כלשהי בשימוש במכונות הנשמה. כמו-כן, מטופלים אלה פגועים קוגניטיבית ולא יכולים לקבל החלטה מודעת. לכן, שימוש במכונות הנשמה עבור מטופלים אלו מהווה פגיעה בכבודם, ויש להמנע מכך על מנת למנוע מהם סבל מיותר.

4.0 סיכום

אנו נמצאים בזמן שבו אנו עלולים להגיע למצב שיהיה בו צורך לקבל החלטות קשות ביותר לאור חוסר איזון משווע בין צרכים למשאבים ותוך ניסיון להביא גם בחשבון זכויות אדם וצדק. מציאות כזו איננה תיאורטית אלא מתקיימת כבר ברגעים אלה ממש באיטליה ובספרד ובמדינות רבות בארה"ב. מצב נורא זה עלול להתרחש גם בישראל. אי לכך, עלינו להיות מוכנים עם תוכנית מציאותית הלוקחת בחשבון את התנאים הייחודיים הנוגעים לאוכלוסייה הזקנה בישראל. כולנו תקווה שנהיה ברי מזל כך שלא יהיה צורך ביישום תכנית שכזאת. אולם, אם ועד כמה שנגיע למצב חירום שכזה, המודל המוצע במסמך זה יכול לסייע לגורמים הרלבנטיים ומשפחות החולים, להתנהל במסגרת קבלת ההחלטות הקשות.

5.0 נספחים – האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל

5.1 עירוית תת עורי

5.2 טיפול בקוצר נשימה

5.3 פרוטוקול לסדציה פליאטיבית



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



Bibliography

- 1) Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients
Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA .
1994;271:1200-1203.
- 2) DOI: 10.1056/NEJMp2005689
- 3) Dienstag A.
[https://www.yu.edu/sites/default/files/legacy//uploadedFiles/Academics/Seminary/RIETS/Programs/Jewish Medical Ethics/Verapo Yerapey/Rationing%20During%20a%20Pandemic%20Flu.pdf](https://www.yu.edu/sites/default/files/legacy//uploadedFiles/Academics/Seminary/RIETS/Programs/Jewish%20Medical%20Ethics/Verapo%20Yerapey/Rationing%20During%20a%20Pandemic%20Flu.pdf)
- 4) <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>
- 5) <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>
- 6) <https://verfassungsblog.de/corona-triage-2/>
- 7) Linacre JM, Heinemann JW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the functional



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



independence measure. Arch Phys Med Rehabil. 1994. 75:
127-132

- 8) Hall WH, Ramachandran R, Narayan S *et al.* An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. *BMC Cancer* 2004;4, 94.
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-4-94>.
- 9) Sprung C *et al.* The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly Edicus study 2012 (DOI: 10:1097/CCM.0b013e318232d6b0)
- 10) Christian MD *et al.* "Critical care triage" (chapter 7) in Intensive Care Medicine 2010 DOI 10.1007/s00134-010-1765-0
- 11) Grabowski DC, Joynt Maddox KE. Post-acute care preparedness for COVID-19; thinking ahead. JAMA March 25, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4686



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



- 12) Ezekiel E et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. NEJM 2020 DOI: 10.1056/NEJMs2005114

- 13) Clarfield AM, Manor O, Binnun G et al. Health and health care in Israel: an introduction. Lancet. 2017; 389: 2503-2513

- 14) Sprung, C.L., Zimmerman, J.L., Christian, M.D. *et al.* Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med* **36**, 428–443 (2010). <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1759-y>



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



המלצות למניעה וטיפול בדליריום בחולי COVID-19 באשפוז הוכן ע"י ד"ר יעל אוריון

* תודה לגריאטרים ולפנימאים רבים המטפלים בחולי קורונה על תרומתם בהכנת המסמך *

1. רקע:

דליריום הוא תסמין נפוץ של כל מחלה קשה בקרב קשישים.

נוכחות דליריום מהווה סמן פרוגנוסטי רע במחלות רבות. מניעת דליריום, איבחון מוקדם, איתור הגורם וטיפול הולם מהווים בסיס קריטי בטיפול בחולה הקשיש.

קשישים חולי קורונה נמצאים בסיכון מוגבר הן לדליריום במהלך המחלה והן לדליריום כ- *presenting symptom* של זיהום בקורונה. האופי הייחודי של המחלה והצורך בבידוד קפדני מעלה בעיות ייחודיות במניעה וטיפול בדליריום וצורך בפתרונות מתאימים.

2. גורמי סיכון לדליריום:

לחולי קורונה קשישים גורמי סיכון ייחודיים לפיתוח דליריום, הן סביבתיים והן קליניים.

2.1 גורמי סיכון סביבתיים לדליריום ייחודיים לחולי קורונה:

- א. אשפוז
- ב. בידוד חברתי
- ג. הפחתת גירויים סנסוריים (שכיבה במחלקת בידוד, אי שימוש במשקפיים ומכשירי שמיעה)
- ד. אינטראקציה מינימלית עם צוות מטפל (שנכנס ממוגן ולזמן קצר יחסית)
- ה. ריתוק למיטה

2.2 גורמי סיכון קליניים לדליריום ייחודיים לחולי קורונה:

- א. מחלת הקורונה בעצמה
- ב. היפוקסיה
- ג. הפרעה אקטולטרית/ מטבולית
- ד. ספסיס
- ה. דהידרציה
- ו. תת תזונה
- ז. אביזרים רפואיים (מוניטור, קתטר)
- ח. מחלות רקע (כולל דמנציה)
- ט. הפסקת תרופות קבועות
- י. תרופות ספציפיות לקורונה (בעיקר Chloroquine)
- יא. עצירות ואצירת שתן

3. דליריום בקשישים חולי קורונה בבית :

קשישים בטיפול בבית נמצאים גם הם בסיכון לדליריום, בעיקר מסיבות רפואיות ופחות מסיבות סביבתיות. מומלץ להוסיף מעקב יומיומי של דליריום למעקב הטלפוני. נוכחות דליריום מהווה אינדיקציה להתייעצות רפואית דחופה ושקילת צורך בהפנית החולה לאשפוז. דליריום בחולה סופני יכול להיות מטופל בבית במידה ויש נגישות לטיפול פליאטיבי.

4. מניעת דליריום בחולים מאושפזים:

4.1 הנחיות כלליות:

- א. ההתייחסות לקשיש המאושפז עם קורונה מבוססת הן על חומרת המחלה החרیפה והן על מצבו התפקודי והקוגניטיבי טרם האשפוז. בקבלת החולה למחלקת קורונה חשוב מאוד לברר מהחולה ומבני משפחה את מצבו התפקודי והקוגניטיבי הבסיסי כגון צורך בעזרה ב-ADL, אכילה ושתייה באופן עצמאי, יכולת לשימוש בטכנולוגיה לתקשורת עם הצוות והמשפחה. יש לבקש הבאת מכשירי שמיעה ומשקפיים.
- ב. יש להדריך את הצוות המטפל שבדרך כלל אינו בעל רקע גריאטרי על המשמעות הרפואית של דליריום וטיפול סביבתי למניעת דליריום. יש צורך בערנות-יתר לגבי דליריום היפואקטיבי, שקשה יותר לאיבחון ובעל פרוגנוזה רעה יותר.
- ג. יש לקבוע מדד אחיד במחלקה לאבחון דליריום (לדוגמא CAM), להדריך את הצוות ולבצע את האומדן אחת ליום או לפי שיקול קליני.
- ד. הופעת דליריום מצריכה כמובן ברור רפואי מיידי (אנמנזה, סימנים חיונים, בדיקה גופנית, מעבדה, הדמיה ועוד) בשאלה של גורם אורגני.
- ה. הגישה המקובלת של טיפול סביבתי אופטימלי והימנעות ככל האפשר מטיפול תרופתי ישימה בצורה מוגבלת בתנאי מחלקות בידוד.
- ו. יש לזכור שנוכחות חולה הסובל מדליריום במחלקה גורמת למצוקה לשאר החולים במחלקה, לבני המשפחה וגם לצוות המטפל. יש להיערך למתן תמיכה מותאמת.

4.2 מניעת דליריום לכלל החולים המאושפזים:

- א. אומדן דליריום יומיומי וברור רפואי לפי הצורך.
- ב. הימנעות במידת האפשר ממתן תרופות הגורמות לדליריום.
- ג. המשך טיפול תרופתי קבוע (בהיעדר קונטראינדיקציות).
- ד. שימוש במשקפיים ומכשירי שמיעה.
- ה. בקשיש מאושפז, בעיקר אם הוא תשוש נפש או סיעודי, לשקול אשפוז של בן משפחה חולה באותה מחלקה.
- ו. הפעלה של מאושפזים אחרים במחלקה (לפי רצונם) במחלקה לשוחח עם הקשישים.
- ז. הזדהות של אנשי הצוות המטפל בפני החולים (גם בדיבור ואם ניתן בתמונה). שיחה עם החולה בשפתו (במידת האפשר).
- ח. הדרכה של כל אנשי הצוות לשוחח עם החולים ולתת אוריינטציה וכן להסביר כל פעולה רפואית.

ט. הדרכה של כל אנשי הצוות לבדוק בכל כניסה לחדר צרכים בסיסיים של החולה (טמפרטורה בחדר, נגישות לשירותים, נגישות לשתייה, זמינות אמצעי תקשורת).

4.3 מניעת דליריום בקשיש העצמאי:

- א. לוודא קיום מי שתייה נגישים.
- ב. להדריך את החולה לשימוש בטכנולוגיה לתיקשור עם הצוות.
- ג. לדאוג תקינות טלפון נייד וסוללה מלאה.
- ד. איתור וטיפול בחרדה.
- ה. פעילות גופנית / פיזיותרפיה מותאמת (אפשר הדרכה באמצעים טכנולוגיים).
- ו. טיפול בכאבים מותאם לקשישים (עדיפות ל- ACAMOL/OPTALGIN, להימנע מ- TRAMADOL ו- NSAIDS).
- ז. מתן תעסוקה (חומר קריאה, טלוויזיה, תשבצים).

4.4 תוספות לטיפול בקשיש התשוש, הסייעודי או הסובל מדמנציה:

- א. מעקב שתיה ואכילה. מתן תזונה במרקם מתאים. עידוד ועזרה במתן שתיה והגשת אוכל/ האכלה (על ידי כל אדם שנכנס לחדר).
- ב. מעקב קליני ומעבדתי לשלילת דהידרציה.
- ג. הורדה יזומה מהמיטה.
- ד. פיזיותרפיה/ הפעלה בסיסית על ידי הצוות המטפל.
- ה. במידת האפשר מיזעור שימוש באביזרים רפואיים כמו מוניטור או צנתר לדרכי השתן.
- ו. מעקב שינה כולל כיבוי אור וכיסוי החולה בלילה.
- ז. מעקב יציאות וטיפול בעצירות.

4.5 תוספות לטיפול בחולה מונשם:

- א. הערכת דליריום בכלי ובתדירות מותאמים למצב.
- ב. ברור גורמים רפואיים כמקובל.
- ג. טיפול תרופתי כמקובל בטיפול נמרץ.

5. טיפול תרופתי בדליריום:

- א. עקב מגבלות הטיפול הסביבתי – בחולה הסובל דליריום היפראקטיבי שמסכן את עצמו או סובל יש מקום לטיפול תרופתי בשלב מוקדם, בשונה מהמקובל בחולה שאינו בבידוד.
- ב. הטיפול יינתן בתרופות אנטי פסיכוטיות (טבלה מצורפת). מומלץ להתייעץ לפני מתן טיפול אנטי פסיכוטי בחולי פרקינסון או Lewy Body Dementia. יש להשתמש במינון המינימלי היעיל. מומלץ להימנע משימוש בבנזודיאזפינים (פרט לטיפול ב- Delirium Tremens) ובתרופות עם השפעה אנטי כולינרגית כמו PROMETHAZINE.
- ג. מומלץ להתייעץ עם גריאטר לגבי סוג ומינון הטיפול התרופתי.



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



- ד. מתן טיפול תרופתי יתבצע כמובן במקביל לבירור אורגני וטיפול ספציפי בגורם.
- ה. יש לעשות את מירב המאמצים להימנע מהגבלה פיזית ולשמור טיפול זה כאופציה זמנית למצב בו החולה מסכן את עצמו או סביבתו עד להשפעת הטיפול התרופתי.
- ו. בחולה הסובל מדמנציה עם הפרעות התנהגות הנמצא בבידוד ואין דרך לתת טיפול סביבתי אופטימלי ולהשגיח עליו יש לתת טיפול תרופתי בדומה לחולה עם דליריום היפראקטיבי על מנת לשמור על בטיחותו.
- ז. בדליריום בחולה בטיפול פליאטיבי (שאינו מועמד להנשמה) יינתן טיפול תרופתי כמקובל ב- **terminal delirium** . במקרה של דליריום עמיד תישקל סדציה פליאטיבית.
- ח. כמובן שבחולים שאינם נמצאים במחלקות בידוד יש להעדיף את הגישה המקובלת של טיפול מונע וסביבתי ושמירת ההתערבות התרופתית למקרים עמידים בלבד.

6. תפקיד הצוות הגריאטרי:

- א. הדרכה של הצוותים במחלקות ובמלר"ד לקבלת מידע גריאטרי בסיסי בקבלה לאשפוז.
- ב. הדרכת לגבי משמעות הדליריום, איבחון (קביעת אומדן אחיד) ודרכי הבירור.
- ג. הדרכה לטיפול סביבתי בדליריום כמניעה וטיפול.
- ד. הדרכה לטיפול תרופתי.
- ה. יעוץ במקרים מורכבים.
- ו. לשקול שיתוף רופא גריאטר כחלק מהצוות המטפל במחלקות בהם יש ריבוי אוכלוסיה קשישה.

7. תכשירים אנטי פסיכותרים בשימוש (מתוך Geriatric Review Syllabus):

Agent	Mechanism of Action	Dosage	Benefits	Adverse Events	Comments
Haloperidol ^{OL}	Antipsychotic	0.25–0.5 mg po/ IM, q4h prn; *Max dose 3 mg per 24h	Relatively nonsedating; few hemodynamic effects	EPS, especially if >3 mg/d	Usually agent of choice ^a
Quetiapine ^{OL}	Second-generation antipsychotic	12.4–25 po q12h *Max dose 50 mg per 24h	Fewer EPS than haloperidol; can be used in patients with parkinsonism	More sedating than haloperidol; hypotension	Small trials ^a
Risperidone ^{OL}	Second-generation antipsychotic	0.25–0.5 mg po q4h prn *Max dose 2 mg per 24h	Similar to haloperidol	Might have slightly fewer EPS than haloperidol	Small trials ^a
Olanzapine ^{OL}	Second-generation antipsychotic	2.5–5 mg po, SL, or IM q12h (cannot be given IV) *Max dose 20 mg per 24h	Fewer EPS than haloperidol	More sedating than haloperidol	Small trials ^a ; oral formulations less effective for acute management

References:

1. COVID-19 Resources באתר תכנית HELP.
2. Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases– British Geriatric Society 3.2020
3. Geriatric Review Syllabus 10– American Geriatric Society

(עודכן לתאריך 7.5.20)



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



המלצות למניעה וטיפול בדליריום בחולי COVID-19 באשפוז הוכן ע"י ד"ר יעל אוריון

* תודה לגריאטרים ולפנימאים רבים המטפלים בחולי קורונה על תרומתם בהכנת המסמך *

1. רקע:

דליריום הוא תסמין נפוץ של כל מחלה קשה בקרב קשישים.

נוכחות דליריום מהווה סמן פרוגנוסטי רע במחלות רבות. מניעת דליריום, איבחון מוקדם, איתור הגורם וטיפול הולם מהווים בסיס קריטי בטיפול בחולה הקשיש.

קשישים חולי קורונה נמצאים בסיכון מוגבר הן לדליריום במהלך המחלה והן לדליריום כ- *presenting symptom* של זיהום בקורונה. האופי הייחודי של המחלה והצורך בבידוד קפדני מעלה בעיות ייחודיות במניעה וטיפול בדליריום וצורך בפתרונות מתאימים.

2. גורמי סיכון לדליריום:

לחולי קורונה קשישים גורמי סיכון ייחודיים לפיתוח דליריום, הן סביבתיים והן קליניים.

2.1 גורמי סיכון סביבתיים לדליריום ייחודיים לחולי קורונה:

- א. אשפוז
- ב. בידוד חברתי
- ג. הפחתת גירויים סנסוריים (שכיבה במחלקת בידוד, אי שימוש במשקפיים ומכשירי שמיעה)
- ד. אינטראקציה מינימלית עם צוות מטפל (שנכנס ממוגן ולזמן קצר יחסית)
- ה. ריתוק למיטה

2.2 גורמי סיכון קליניים לדליריום ייחודיים לחולי קורונה:

- א. מחלת הקורונה בעצמה
- ב. היפוקסיה
- ג. הפרעה אקטוליתרית/ מטבולית
- ד. ספסיס
- ה. דהידרציה
- ו. תת תזונה
- ז. אביזרים רפואיים (מוניטור, קתטר)
- ח. מחלות רקע (כולל דמנציה)
- ט. הפסקת תרופות קבועות
- י. תרופות ספציפיות לקורונה (בעיקר Chloroquine)
- יא. עצירות ואצירת שתן

3. דליריום בקשישים חולי קורונה בבית:

קשישים בטיפול בבית נמצאים גם הם בסיכון לדליריום, בעיקר מסיבות רפואיות ופחות מסיבות סביבתיות. מומלץ להוסיף מעקב יומיומי של דליריום למעקב הטלפוני. נוכחות דליריום מהווה אינדיקציה להתייעצות רפואית דחופה ושקילת צורך בהפנית החולה לאשפוז. דליריום בחולה סופני יכול להיות מטופל בבית במידה ויש נגישות לטיפול פליאטיבי.

4. מניעת דליריום בחולים מאושפזים:

4.1 הנחיות כלליות:

- א. ההתייחסות לקשיש המאושפז עם קורונה מבוססת הן על חומרת המחלה החרیפה והן על מצבו התפקודי והקוגניטיבי טרם האשפוז. בקבלת החולה למחלקת קורונה חשוב מאוד לברר מהחולה ומבני משפחה את מצבו התפקודי והקוגניטיבי הבסיסי כגון צורך בעזרה ב-ADL, אכילה ושתייה באופן עצמאי, יכולת לשימוש בטכנולוגיה לתקשורת עם הצוות והמשפחה. יש לבקש הבאת מכשירי שמיעה ומשקפיים.
- ב. יש להדריך את הצוות המטפל שבדרך כלל אינו בעל רקע גריאטרי על המשמעות הרפואית של דליריום וטיפול סביבתי למניעת דליריום. יש צורך בערנות-יתר לגבי דליריום היפואקטיבי, שקשה יותר לאיבחון ובעל פרוגנוזה רעה יותר.
- ג. יש לקבוע מדד אחיד במחלקה לאבחון דליריום (לדוגמא CAM), להדריך את הצוות ולבצע את האומדן אחת ליום או לפי שיקול קליני.
- ד. הופעת דליריום מצריכה כמובן ברור רפואי מיידי (אנמנזה, סימנים חיונים, בדיקה גופנית, מעבדה, הדמיה ועוד) בשאלה של גורם אורגני.
- ה. הגישה המקובלת של טיפול סביבתי אופטימלי והימנעות ככל האפשר מטיפול תרופתי ישימה בצורה מוגבלת בתנאי מחלקות בידוד.
- ו. יש לזכור שנוכחות חולה הסובל מדליריום במחלקה גורמת למצוקה לשאר החולים במחלקה, לבני המשפחה וגם לצוות המטפל. יש להיערך למתן תמיכה מותאמת.

4.2 מניעת דליריום לכלל החולים המאושפזים:

- א. אומדן דליריום יומיומי וברור רפואי לפי הצורך.
- ב. הימנעות במידת האפשר ממתן תרופות הגורמות לדליריום.
- ג. המשך טיפול תרופתי קבוע (בהיעדר קונטראינדיקציות).
- ד. שימוש במשקפיים ומכשירי שמיעה.
- ה. בקשיש מאושפז, בעיקר אם הוא תשוש נפש או סיעודי, לשקול אשפוז של בן משפחה חולה באותה מחלקה.
- ו. הפעלה של מאושפזים אחרים במחלקה (לפי רצונם) במחלקה לשוחח עם הקשישים.
- ז. הזדהות של אנשי הצוות המטפל בפני החולים (גם בדיבור ואם ניתן בתמונה). שיחה עם החולה בשפתו (במידת האפשר).
- ח. הדרכה של כל אנשי הצוות לשוחח עם החולים ולתת אוריינטציה וכן להסביר כל פעולה רפואית.



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



ט. הדרכה של כל אנשי הצוות לבדוק בכל כניסה לחדר צרכים בסיסיים של החולה (טמפרטורה בחדר, נגישות לשירותים, נגישות לשתייה, זמינות אמצעי תקשורת).

4.3 מניעת דליריום בקשיש העצמאי:

- א. לוודא קיום מי שתייה נגישים.
- ב. להדריך את החולה לשימוש בטכנולוגיה לתיקשור עם הצוות.
- ג. לדאוג תקינות טלפון נייד וסוללה מלאה.
- ד. איתור וטיפול בחרדה.
- ה. פעילות גופנית / פיזיותרפיה מותאמת (אפשר הדרכה באמצעים טכנולוגיים).
- ו. טיפול בכאבים מותאם לקשישים (עדיפות ל- ACAMOL/OPTALGIN, להימנע מ- TRAMADOL ו- NSAIDS).
- ז. מתן תעסוקה (חומר קריאה, טלוויזיה, תשבצים).

4.4 תוספות לטיפול בקשיש התשוש, הסייעדי או הסובל מדמנציה:

- א. מעקב שתיה ואכילה. מתן תזונה במרקם מתאים. עידוד ועזרה במתן שתיה והגשת אוכל/ האכלה (על ידי כל אדם שנכנס לחדר).
- ב. מעקב קליני ומעבדתי לשלילת דהידרציה.
- ג. הורדה יזומה מהמיטה.
- ד. פיזיותרפיה/ הפעלה בסיסית על ידי הצוות המטפל.
- ה. במידת האפשר מיזעור שימוש באביזרים רפואיים כמו מוניטור או צנתר לדרכי השתן.
- ו. מעקב שינה כולל כיבוי אור וכיסוי החולה בלילה.
- ז. מעקב יציאות וטיפול בעצירות.

4.5 תוספות לטיפול בחולה מונשם:

- א. הערכת דליריום בכלי ובתדירות מותאמים למצב.
- ב. ברור גורמים רפואיים כמקובל.
- ג. טיפול תרופתי כמקובל בטיפול נמרץ.

5. טיפול תרופתי בדליריום:

- א. עקב מגבלות הטיפול הסביבתי – בחולה הסובל דליריום היפראקטיבי שמסכן את עצמו או סובל יש מקום לטיפול תרופתי בשלב מוקדם, בשונה מהמקובל בחולה שאינו בבידוד.
- ב. הטיפול יינתן בתרופות אנטי פסיכוטיות (טבלה מצורפת). מומלץ להתייעץ לפני מתן טיפול אנטי פסיכוטי בחולי פרקינסון או Lewy Body Dementia. יש להשתמש במינון המינימלי היעיל. מומלץ להימנע משימוש בבנזודיאזפינים (פרט לטיפול ב- Delirium Tremens) ובתרופות עם השפעה אנטי כולינרגית כמו PROMETHAZINE.
- ג. מומלץ להתייעץ עם גריאטר לגבי סוג ומינון הטיפול התרופתי.



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



- ד. מתן טיפול תרופתי יתבצע כמובן במקביל לבירור אורגני וטיפול ספציפי בגורם.
- ה. יש לעשות את מירב המאמצים להימנע מהגבלה פיזית ולשמור טיפול זה כאופציה זמנית למצב בו החולה מסכן את עצמו או סביבתו עד להשפעת הטיפול התרופתי.
- ו. בחולה הסובל מדמנציה עם הפרעות התנהגות הנמצא בבידוד ואין דרך לתת טיפול סביבתי אופטימלי ולהשגיח עליו יש לתת טיפול תרופתי בדומה לחולה עם דליריום היפראקטיבי על מנת לשמור על בטיחותו.
- ז. בדליריום בחולה בטיפול פליאטיבי (שאינו מועמד להנשמה) יינתן טיפול תרופתי כמקובל ב- terminal delirium . במקרה של דליריום עמיד תישקל סדציה פליאטיבית.
- ח. כמובן שבחולים שאינם נמצאים במחלקות בידוד יש להעדיף את הגישה המקובלת של טיפול מונע וסביבתי ושמירת ההתערבות התרופתית למקרים עמידים בלבד.

6. תפקיד הצוות הגריאטרי:

- א. הדרכה של הצוותים במחלקות ובמלר"ד לקבלת מידע גריאטרי בסיסי בקבלה לאשפוז.
- ב. הדרכת לגבי משמעות הדליריום, איבחון (קביעת אומדן אחיד) ודרכי הבירור.
- ג. הדרכה לטיפול סביבתי בדליריום כמניעה וטיפול.
- ד. הדרכה לטיפול תרופתי.
- ה. יעוץ במקרים מורכבים.
- ו. לשקול שיתוף רופא גריאטר כחלק מהצוות המטפל במחלקות בהם יש ריבוי אוכלוסיה קשישה.

7. תכשירים אנטי פסיכוטיים בשימוש (מתוך Geriatric Review Syllabus):

Agent	Mechanism of Action	Dosage	Benefits	Adverse Events	Comments
Haloperidol ^{OL}	Antipsychotic	0.5–0.25 mg po/ IM, ;q4h prn ^a Max dose 3 mg per 24h	Relatively nonsedating; few hemodynamic effects	EPS, especially if >3 mg/d	Usually agent of choice ^a
Quetiapine ^{OL}	Second-generation antipsychotic	po 25–12.4 q12h ^a Max dose 50 mg per 24h	Fewer EPS than haloperidol; can be used in patients with parkinsonism	More sedating than haloperidol; hypotension	Small trials ^b
Risperidone ^{OL}	Second-generation antipsychotic	0.5–0.25 mg po q4h prn ^a Max dose 2 mg per 24h	Similar to haloperidol	Might have slightly fewer EPS than haloperidol	Small trials ^b
Olanzapine ^{OL}	Second-generation antipsychotic	mg 5–2.5 po, SL, or IM q12h (cannot be given IV) ^a Max dose 20 mg per 24h	Fewer EPS than haloperidol	More sedating than haloperidol	Small trials ^b ; oral formulations less effective for acute management

References:

1. COVID–19 Resources באתר תכנית HELP.
2. Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases– British Geriatric Society 3.2020
3. Geriatric Review Syllabus 10– American Geriatric Society

האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית ההסתדרות הרפואית בישראל

ונשמרתם מאוד לנפשותיכם שמירה על הבריאות בגיל המבוגר בזמן מגפת הקורונה

