



סיכומי דוחות של 100 ועדות בדיקה הפקת לקחים מאירועים חריגים

נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואה
אגף השירות, מנהל איכות, שירות ובטיחות
משרד הבריאות

עורך: פרופ' חיים הרשקו

יוני 2016

תשל"ו

דברי פתיחה

חזון משרד הבריאות מדבר על **"מימוש הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות של כלל אוכלוסיית ישראל, באמצעות מערכת בריאות השואפת לאיכות ושוויוניות מרבית, תוך כיבוד ערכי כבוד האדם והחברה"**

כדי לחתור למימושו של החזון הציבה לעצמה מערכת הבריאות מספר "עמודי אש" המהווים את התשתית של עולם הערכים עליו מושתתת עבודתנו.

- חיזוק היסודות - איתנות מערכת הבריאות
- חיזוק מערכת הבריאות הציבורית – זמינות, אמון ומובילות
- עיצוב מערכת הבריאות בהתאם לאתגרי העתיד
- קידום אורח חיים בריא, רפואה מונעת וסביבה בריאה
- קידום איכות ושקיפות במערכת הבריאות
- המטופל כאדם במרכז

מערך נציבות הקבילות למקצועות הרפואה הוא חלק מהמאמץ לייצר מציאות רפואית ובריאותית טובה יותר.

כשאנו בוחנים את פעילות נציבות הקבילות למקצועות הרפואיים לאור היעדים המותווים על ידי עמודי האש:

1. איתנות מערכת הבריאות נבחנת בראש ובראשונה בבריאות שהיא מעניקה לתושבים לאורך זמן. איכות זו מותנית בין השאר באיכות התשתיות הפיזיות והאנושיות של המערכת. בחינה חוזרת של איכות זו על ידי מדידה מתמשכת וקשב לתלונות ופניות הציבור הם כלים שמערך האיכות והנציבות אמונים על קיומם.
2. חיזוק המערכת הציבורית - זמינות, אמון ומובילות - נבחנים ביכולת לייצר שירותים זמינים ואפשרויות בחירה. הזמינות אינה רק עניין של מצאי והיצע אלא זמינות נפשית של נותני השירות לתת אותו בלב חפץ ובזמינות ציבורית גבוהה. רצף הטיפול והעברת המקל של המידע הרפואי הנוגע למטופל הוא יסוד קריטי ביכולת לקיים טיפול ראוי ובר קיימא. עדכון המטופל בתהליכי הבדיקה ושיתופו באופן מלא בממצאי עבודת הנציבות במטרה להגביר את אמון הציבור במערכת.
3. הכניסה לעידן הטכנולוגי מאפשר אינטגרציה ונגישות גבוהה למידע אך אינו מייתר את הגרעין החיוני של קשר ותקשורת אנושית.
4. קידום אורח חיים בריא, רפואה מונעת וסביבה בריאה – החובה לראות את הפעילות הטיפולית בקונטקסט של העצמת הבריאות באמצעות הכשרת הסביבה, הכשרת הלבבות ויצירת קאדר של מטפלים שרואים את הבריאות הכוללת כאתגר.
5. קידום איכות ושקיפות במערכת הבריאות – קידום איכות ובטיחות קלינית והחובה לתחקר, ללמוד וללמד - מתוך לימוד האיכויות ו bench marking ובמקביל לימוד מכשל וטעות כדי למנוע את הישנותם. השקיפות וחובת היידוע הם חלק מערכים של דמוקרטיה והוגנות. הרישום הרפואי הוא בסיס עובדתי שבהיעדרו לא ניתן ללמוד, להשוות ולוודא

שהמערכת מתקדמת בכיוון איכותי יותר. שירותיות היא מאבני היסוד של המערכת שצריכה להנגיש את שירותיה לאוכלוסיה הנמצאת - כמעט פר הגדרה – במצוקה. פרסום והנגשת מידע מעצימים את האפקטיביות של כל הצעדים - החוברת המובאת כאן היא דוגמא ליישום יעד זה.

6. המטופל כאדם במרכז - החובה לראות את המטופל, צרכיו, רציותיו ותחושותיו כציר המרכזי של המערכת.

הפרסום המרתק והיסודי מהווה אבן דרך חשובה בעבודת הנציבות. היא מסכמת ומנתחת מאה אירועים מרכזיים במהלך כהונתו של פרופ' חיים הרשקו כנציב ומנגישה אותם לציבור. פרסום באתר האינטרנט של המשרד והנגשתם היא חלק מאותם ערכים שמכוונים את פעילות המשרד.

זה כלי לימודי חיוני לכל המערך הטיפולי ונוגע בסוגיות מערכתיות וכולל את הפעילויות המתקנות שהמערכת נקטה בהן כדי למנוע הישנות של כשלים.

תודתי העמוקה נתונה לכל העושים במלאכה – פרופ' חיים הרשקו שממשיך במסורת הנחלת הדעת לכולנו, לצוות היועצים, ד"ר יעקב הספל, פרופ' שאול ענתבי ופרופ' אריה בס, לעורכי הדין המסורים עו"ד גדעון צוריאלי ועו"ד רפי טויזר על השותפות בעריכה ובהגהה, לגב' סיגלית טלמור ולצוות הנפלא המניע את הנציבות.

ד"ר בעז לב

נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים

סעיף 21 לחוק זכויות החולה קובע, כי ועדת בדיקה היא ועדה שהוקמה על ידי מנהל מוסד רפואי (לגבי טיפול באותו מוסד), מנהל קופ"ח (לגבי טיפול במוסדות הקופה) או ע"י מנכ"ל משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לכך, לשם בדיקת תלונה של מטופל או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי. תפקידה של ועדת בדיקה כולל הנחת התשתית העובדתית המלאה והמדויקת של האירוע לפני הרשות המוסמכת, שעל בסיסה, בין היתר, תנקוט הרשות המוסמכת בצעדים המתבקשים, כולל הסקת מסקנות ומתן המלצות אישיות, ארגוניות ורוחביות.

על פי נוהל משרד הבריאות, מינוי ועדת בדיקה ייעשה, ככלל, לבדיקת אירועים רפואיים כמפורט:

1. אירוע חריג, שהסתיים בנזק רפואי חמור או החזוי להיות חמור למטופל ונראה כי התוצאה למטופל חורגת במידה ניכרת מהתוצאה אשר הייתה צפויה במהלך הדברים הרגיל במקרה דומה. לעניין זה, אירוע חריג מוגדר כמהלך התפתחות או תוצאה בלתי רצויים או בלתי מתוכננים בתהליך טיפול רפואי (ובכלל זה כל הפעולות הקודמות לתהליך הטיפולי ואלה שבאות לאחריו), שהסתיימו בנזק או עלולים להסתיים בנזק למטופל. נזק רפואי חמור מוגדר כפטירת מטופל או גרימת נכות חמורה בלתי הפיכה.
2. אירוע בו ברור על פניו שהופרו הנהלים או הנחיות קליניות, גם אם לא נגרם בעטיו נזק ממשי למטופל.
3. חשוב לציין, כי בכל מקרה נשמר שיקול הדעת לגורם המוסמך להחליט למנות ועדה גם במקרים שאינם עונים לקריטריונים, או שלא למנות ועדה גם במקרים העומדים בקריטריונים (ובלבד שדאג לבירור המקרה בדרך אחרת).

בחוברת הנוכחית קובצו ביחד סיכומי נציב קבילות הציבור ל- 100 דו"חות ועדות בדיקה רצופים שהוגשו לאישור מנכ"ל משרד הבריאות עד סוף שנת 2015. כאמור, דו"חות אלו אמורים להניח את התשתית העובדתית שעל בסיסה תנקוט הרשות המוסמכת בצעדים המתבקשים במישור הפרסונאלי והמערכתי.

בתחום הפרסונאלי דו"ח ועדת הבדיקה הוא רק שלב בתהליך קבלת ההחלטות הכולל בהמשך שיחת הבהרה במשרדי הנציבות והחלטה על פתיחת הליכים משמעותיים. קובץ הסיכומים הנוכחי אינו כולל מידע על שלבים מאוחרים אלה.

לעומת המסקנות הפרסונאליות, **המסקנות המערכתיות** המופיעות בדו"ח הוועדה ראויות להתייחסות מיידית באמצעות הנהלת המוסדות המדווחים והרשויות המוסמכות של משרד הבריאות. בכך הופכות ועדות הבדיקה לכלי ממדרגה ראשונה לניהול סיכונים, תוך הפניית תשומת הלב לסיבות הכשלים הטיפוליים שהתגלו ולהצעת דרכים כדי למנוע הישנות מקרים דומים בעתיד. למרות שכל אירוע ואירוע מהווה כלי למידה לכשעצמו, מקבץ של 100 דו"חות מאפשר ראיה כוללת והסקת מסקנות מבוססות יותר. כדי להקל על הצגת החומר, סידרנו את הדו"חות במקבצים ספציפיים על פי תוכנם. כך למשל, בקבוצה של 23 הדו"חות על "תקלות בהפעלת ציוד רפואי ובמתן תרופות" התייחסנו באופן פרטני לתת הקבוצות הבאות: "דימום

חמור עקב תקלה בליין עורקי או פציעת עורק ראשי" (7 אירועים); "תשניק מחסימת דרכי נשימה או תקלה במכונת הנשמה" (6 אירועים); "טעות במתן תרופה או עירוי דם" (4 אירועים); "חדירה תוך ורידית של גז CO₂ בניתוח לפרוסקופי" (2 אירועים) ו"תקלות אחרות" (4 אירועים). חלוקה דומה לתת קבוצות נעשתה גם בכל שאר המקבצים של "תקלות כירורגיות" (19 דו"חות); "תקלות במיילדות וגינקולוגיה" (23 דו"חות); "תקלות בחולים פסיכיאטריים" (12 דו"חות); "תקלות במסגרות מעבר ארעיות" (13 דו"חות), ו"תקלות בקטגוריות נוספות" (10 דו"חות). לאחר הצגת כל תת קבוצה הוספנו סעיף תחת הכותרת "**לקחים**" המסכם את הקווים המשותפים במסקנות דו"חות ועדות הבדיקה באותו נושא.

אנו מבקשים להדגיש כי כל סיכומי הדו"חות הנוכחיים של 100 ועדות הבדיקה הועברו בשעתם עם השלמתם לידי הצדדים או באי כוחם באישור מנכ"ל משרד הבריאות, ולכן אין בהם חומר חדש ומקורי. מטרת פרסום החוברת היא אך ורק להקל על הנגשת החומר ולקחיו לנוגעים בדבר שהם בראש וראשונה הגופים האחראים על תחום ניהול סיכונים, איכות ובטיחות הטיפול בחולה במוסדות הרפואה בארץ.

תודות

אנו מבקשים להביע את הערכתנו לד"ר ענת עקה-זוהר, ראשת מינהל איכות, שירות ובטיחות במשרד הבריאות ולגב' איילת גרינבאום-אריזון, מנהלת אגף השירות במינהל, על עידודן ותמיכתן ויחסי העבודה המצוינים. אנו אסירי תודה לאנשי צמרת משרד בריאות: שר הבריאות הרב יעקב ליצמן, המנכ"ל מר משה בר סימן טוב, ד"ר בועז לב, פרופ' ארנון אפק, עו"ד מירה היבנר, עו"ד שרה שר לב, ד"ר ורד עזרא, עו"ד פראס חאיק, ד"ר שושי ריבה וגב' גילה כוזם על יחסי העבודה המצוינים והלבביים.

ועדות הבדיקה מתבצעות הודות לנכונותם של רופאים ואחיות מבכירי המקצוע בארץ לתרום מזמנם ומכישוריהם, על מנת להגיע לחקר האמת למען רפואה טובה ובטוחה יותר. תודתנו האישית לכל אלה הנכללים ברשימת חברי הועדות המצורפת לחוברת.

זכינו לגבש קבוצת עבודה מלוכדת הודות למקצועיות ולמסירות של עורכי הדין חברי צוות משרד נציב קבילות הציבור במקצועות הרפואה, שנשארו לאורך השנים בתפקיד המרכזי של הובלת ועדות הבדיקה וגיבוש דו"חות הוועדה. התפקוד היעיל של המשרד התאפשר הודות לעבודתן המצוינת של רכזות הלשכה ובראשן: גב' סיגלית טלמור, גב' סימה דהן, גב' יפעת כהן, גב' סימה אהרוני וגב' תמר דיקמן. לבסוף אנו מבקשים להביע את תודתנו העמוקה לחברי הצוות הקבוע של הנציבות: ד"ר יעקב הספל, פרופ' שאול ענתבי, פרופ' אריה בס, פרופ' אלן רובינוב ועו"ד משה ארגוב על עבודתם הנפלאה וכן לעו"ד סימה לוי מובשוביץ ועו"ד אייל חקו.

במשך השנים הצלחנו לטפח שיתוף פעולה מופלא בין משרדנו לבין כל המרכזים הרפואיים ורכזי ניהול הסיכונים ובטיחות המטופל ברחבי הארץ, תוך כבוד הדדי, שקיפות מלאה, יחסים קולגיאליים ורצון משותף להפקת לקחים ובניית רפואה טובה יותר. לכל אלה מוגשת חוברת זו בתודה ובידידות.

פרופ' חיים הרשקו

עו"ד גדעון צוריאלי

עו"ד רפי טויזר

פרק א': תקלות בהפעלת ציוד רפואי ובמתן תרופות (23)

1. דימום חמור עקב תקלה בליין עורקי או פציעת עורק ראשי (7) עמודים 15-29

- 1.1. חולה דיאליזה שדימם למוות עקב שליפת ליין פמוראלי ארעי ;
- 1.2. חולה שדיממה למוות עקב ניתוק הצד העורקי של צנתר מרכזי ;
- 1.3. מוות מאיבוד דם מאסיבי עקב שימוש שגוי במכשיר דיאליזה ;
- 1.4. מות מדימום מאסיבי בתינוק לאחר ניתוח נוירוכירורגי אלקטיבי ;
- 1.5. פטירה מדימום מאסיבי מקאנולה של ECMO שנותקה מעורק ראשי ;
- 1.6. פטירה מדימום מאסיבי עקב פגיעה בכבד בעת החדרת נקז פלאוראלי ימני ;
- 1.7. דימום מאסיבי מפגיעה בעורק ראשי בעת החדרת צנתר מרכזי.

2. תשניק מחסימת דרכי נשימה או תקלה במכונת הנשמה (6) עמודים 30-41

- 2.1. חולה מונשם אשר נפטר בעקבות שליפה עצמונית של הקאנולה ;
- 2.2. מוות בטיפול נמרץ מחסימת דרכי הנשימה ;
- 2.3. תקלה בהפעלת מכונת ההנשמה בטיפול נמרץ ;
- 2.4. מוות מהשתנקות בעקבות הזרקת תרחיף אקמול ללוע ;
- 2.5. מות מחסימת קנה בחולה עם טרכאוסטומיה קבועה ושליפת הקאנולה ממקומה ;
- 2.6. פטירה מחנק בעקבות שליפת קאנולה בחולה עם Ludwig's angina.

3. טעות במתן תרופה או עירוי דם (4) עמודים 42-49

- 3.1. שגיאה במתן תרופה – טעות בכתובת ;
- 3.2. הזלפת הפריץ במנה פי 70 מהמקובל ;
- 3.3. עירוי דם שגוי ;
- 3.4. מוות ממינון שגוי של התרופה מתוטרקסאט.

4. חדירה תוך ורידית של גז CO2 בניתוח לפרוסקופי (2) עמודים 50-53

- 4.1. נזק מוחי קבוע בגלל תסחיף גז CO2 בעת כריתת תוספתן לפרוסקופית ;
- 4.2. חשד לתסחיפי CO2 בעת ניתוח לפרוסקופי.

5. תקלות אחרות (4) עמודים 54-62

- 5.1. דום לב לאחר החדרה שגויה של קולונוסקופ ;
- 5.2. החדרה שגויה של זונדה להזנה לריאות ;
- 5.3. שיתוק לצמיתות בגלל הפעלה שגויה של מכונת לב ריאה ;
- 5.4. פטירת ילדה בת 6 באינדוקציה להרדמה בקהילה.

פרק ב': תקלות בתחום הכירורגיה (19)

1. השתהות באבחון וטיפול (3) עמודים 63-69

- 1.1 אי איבחון חסימת מעי ונמק ;
- 1.2 מוות בגלל איחור באבחון התנקבות במעי ;
- 1.3 פטירה בעקבות איחור באבחון חסימת מעי גס.

2. **תקלות בחדר הניתוח (6) עמודים 70-82**

- 2.1 רשלנות בחדר ניתוח – הפדים נשארו בפנים ;
- 2.2 פיוס שגוי של הסיגמואיד ;
- 2.3 ניתוח שגוי בחולה עם תסמונת קושינג ;
- 2.4 ניתוח אורולוגי שגוי, קשירת האורטה ;
- 2.5 כריתת רגל ללא הסכמת החולה ומשפחתו ;
- 2.6 מוות מפגיעה בשוגג בוונה קאווה התחתונה בעת ניתוח אלקטיבי.

3. **סיבוכים בתר ניתוחיים (9) עמודים 83-98**

- 3.1 אלח דם התדרדרות עם איחור בפעולות דיאגנוסטיות לאחר ניתוח אלקטיבי ;
- 3.2 איחור בזיהוי סיבוך חמור של ניתוח שרוול ;
- 3.3 פגיעה עצבית-וסקולארית בעת ניתוח לתיקון דיסלוקאציה מולדת של פרק הירך ;
- 3.4 פטירה מסיבוכי ניתוח בחולת ITP עמידה לטיפול ;
- 3.5 דום נשימה בשינה 7 ימים אחרי ניתוח סרטן הסיגמואיד ;
- 3.6 אלח דם מקלבסיאלה וכשל רב מערכתי לאחר ניתוח ערמונית ;
- 3.7 פטירה עקב התנקבות המעי הגס לאחר כריתת גידול ;
- 3.8 פטירה מהמטומה מזוהמת לאחר ניתוח שרוול ;
- 3.9 פטירה מסיבוכים בתר ניתוחיים של ניתוח בריאטרי.

4. **סיבוכים ללא קשר לניתוח (1) עמודים 99-100**

- 4.1 מוות מקרע ספונטאני במעי הגס עקב עצירות קשה.

פרק ג': תקלות בתחום המיילדות והגינקולוגיה (23)

1. **פטירת עובר (6) עמודים 101-109**

- 1.1 מות עובר בלידת בית ;
- 1.2 השתהות בזירוז הלידה ומות עובר לאחר לידת ואקום ;
- 1.3 קרע ברחם ומות עובר. דופק אימהי פורש כעוברי ;
- 1.4 מות עובר בגלל חבל תבורי כרוך סביב הצוואר ;
- 1.5 מות עובר מהלם היפו-וולמי בעקבות שברים בשל פרע כתפיים ;
- 1.6 פטירת עובר בגלל Intrapartum asphyxia הדופק האימהי פורש בטעות כדופק עוברי.

2. **פטירת יולדת (8) עמודים 110-127**

- 2.1 מצוקה נשימתית לאחר ניתוח קיסרי. סיבת המוות אינה ודאית ;
- 2.2 מוות בחולת נירופיברומטוזיס עקב דימום מאסיבי לאחר לידה ;

- 2.3. תמונה קלינית סוערת לאחר לידה שהביאה לקריסת מערכות ;
- 2.4. פטירת יולדת מתסחיף מי שפיר ;
- 2.5. פטירת יולדת מתסחיף מי שפיר ודימום מאסיבי ;
- 2.6. מות יולדת עקב תסחיף מי שפיר ;
- 2.7. נזק מוחי חמור מדום לב ביולדת עם שפעת חזירים ;
- 2.8. דימום מאסיבי ומות יולדת מהלם היפו-וולמי על רקע / PLACENTA PREVIA .PLACENTA ACCRETA

3. זיהום בקטריאלי חמור (4) עמודים 128-135

- 3.1. זיהום קרומי ההריון בחיידק סטרפטוקוקוס ביולדת ;
- 3.2. אבחון מאוחר של זיהום גינקולוגי מסכן חיים. שחרור ממיון למרות סימני זיהום – נזק ממושך ;
- 3.3. הפסקת הריון בשבוע 21 שהסתבכה בזיהום E COLI ו-MRSA. נזק קבוע לכליות ;
- 3.4. אלח דם סוער וכריתת רחם לאחר דיקור מי שפיר.

4. סיבוכי הפסקת הריון (2) עמודים 136-137

- 4.1. ניסיון להפסקת הריון בשבוע 7 שנכשל ;
- 4.2. פטירה עקב דום לב לאחר הפסקת הריון והחייאה שלא עמדה בדרישות ;

5. תאונות טיפוליות אחרות (3) עמודים 138-144

- 5.1. פטירה לאחר שאיבת ביציות ;
- 5.2. קשירה שגויה של החצוצרות ביולדת ;
- 5.3. נזק מוחי היפוקסי ביולדת עם דימום מאסיבי.

פרק ד': תקלות בחולים פסיכיאטריים (12)

התאבדויות: (8)

1. התאבדות במוסד לחולי נפש (1) עמודים 145-146

- 1.1. התאבדות חולה פסיכוטי במוסד לחולי נפש.

2. התאבדות חולה בקהילה (5) עמודים 147-152

- 2.1. התאבדות חולה נפש בביתו ;
- 2.2. התאבדות חולה נפש בביתו ;
- 2.3. התאבדות חולה נפש 20 דקות לאחר סירוב אשפוז ;
- 2.4. התאבדות חולה נפש בהוסטל ;
- 2.5. פטירת חולה נפש במלר"ד לאחר בליעת בנזודיאזפינים.

3. התאבדות באשפוז בית חולים כללי (2) עמודים 153-154

- 3.1. התאבדות חולה מושגל תוך אי קיום שמירה מיוחדת ;
- 3.2. התאבדות חולה נפש בבית חולים כללי.

פטירה מסיבות אחרות: (4)

4. פטירה מסיבות אחרות (4) עמודים 155-163

- 4.1. חולה סכיזופרני בדליריום שנפטר מדום לב בעת נסיון למנוע את עזיבתו ;
- 4.2. דום נשימה מסיבה לא ידועה בחולה פסיכיאטרי עם השמנת יתר ;
- 4.3. פטירת חולה נפש בחדר בידוד מסיבה לא ידועה ;
- 4.4. חולה פסיכיאטרי אשר נפטר בעקבות דימום מאסיבי מכיבים זעירים ברירת הקיבה.

פרק ה': תקלות במסגרות מעבר ארעיות (13)

1. כשל בהעברה בין מוסדית (3) עמודים 165-171

- 1.1. העברה למוסד שלא היה ערוך להתמודד עם הבעיות המטבוליות הייחודיות של החולה ;
 - 1.2. השהיה בהעברת חולה לאחר אירוע מוחי למוסד אחר לשם טיפול רווסקולריזאציה ;
 - 1.3. פטירת תינוק עם דלקת ראות בעת העברה למוסד אחר.
- #### **2. אירועים במכון הדמיה (3) עמודים 172-177**
- 2.1. מוות כסיבוכי של בדיקת CT ;
 - 2.2. דום לב במכון CT בעת העברה של חולה מונשמת עם רעלת הריון קשה מהמחלקה לטיפול נמרץ ;
 - 2.3. פטירה במכון CT עקב לחץ על חוט השדרה בעקבות הרס חוליות צוואריות.

3. חדר מיון (2) עמודים 178-180

- 3.1. מוות מאלח דם – מעט מדי, מאוחר מדי ;
- 3.2. מוות מחסימת דרכי נשימה עקב אפיגלוטיסיס לא מאובחן.

4. אירועים בקהילה (5) עמודים 181-190

- 4.1. סיבוכי נדיר של מחלה שכיחה – גבולות האחריות של רופא המשפחה ;
- 4.2. פטירה עקב התנקבות התוספתן בעקבות התייעצויות טלפוניות באמצעות מוקד ;
- 4.3. איחור באבחון מורסה בחוליות הגביות עקב כשל בתאום בין הגורמים המטפלים ;
- 4.4. דום נשימה באינדוקציה להרדמה במרפאת שיניים ללא תנאים להחיה ;
- 4.5. פטירת ילדה בת 3.5 בביתה עם בעיה בטנית חריפה לאחר התייעצות טלפונית עם המוקד.

פרק ו': תקלות בקטגוריות נוספות (10)

1. תסחיף ריאתי (5) עמודים 191-201

- 1.1. חשד לתסחיף ריאתי – סיבת הפטירה אינה מוכחת ;
- 1.2. תסחיף ריאתי מאסיבי באשה בהריון לאחר נפילה ;
- 1.3. תסחיף ריאתי מאסיבי לאחר ניתוח אורתופדי ;
- 1.4. פטירת חולת סרטן מתסחיפים לריאות ;
- 1.5. מות חולת סרטן מתסחיפי לראות תוך כדי ניתוח.

2. מיוקרדיטיס חריפה (2) עמודים 202-206

- 2.1. פטירת חולה מדלקת חריפה וקטלנית של שריר הלב;
- 2.2. פטירה ממיוקרדיטיס חריפה פולמינטית.

3. ילדים (3) עמודים 207-212

- 3.1. פטירת תינוק בעקבות זיהום בוירוס הרפס;
- 3.2. כוויות ברגליים בעקבות רחצת תינוק במים חמים;
- 3.3. חשד שלא אומת ללימפומה בילדה בת 5.

רשימת חברי הועדות עמודים 213-218

פרק א': תקלות בהפעלת ציוד רפואי ובמתן תרופות (23)

קובץ זה מכיל **23 ועדות בדיקה** באירועים המתאפיינים בתקלות טכניות בשימוש במכשור רפואי או אירועים עקב טעויות במתן תרופות. האוסף מורכב מ- 7 חולים שנפטרו עקב דימום מאסיבי מקו עורקי שנפתח בשוגג או מפגיעה בשוגג בעורק ראשי, 6 מקרים של השתנקות עקב חסימה בדרכי נשימה או תקלה בהפעלת מכונת ההנשמה, 3 מקרים של טעות במתן תרופה, 2 מקרים של תסחיפים מגז CO₂ בעת ניתוח לפרוסקופי, וכן אירועים בודדים של מתן סוג דם שגוי, הפעלה שגויה של מכונת לב ריאה, החדרה של זונדה להזנה לריאות, מוות בעת הרדמה כללית בקהילה ללא מוניטור, והחדרה של קולונוסקופ לפתח של פיום לניקוז השתן.

המכנה המשותף הוא שלא מדובר בטעות בשיקול דעת אלא במעידה מסיבות טכניות שניתן היה למנוע על ידי שליטה יותר טובה על הפעולות שבוצעו.

1. דימום חמור עקב תקלה בליין עורקי או פציעת עורק ראשי (7)

1.1. חולה דיאליזה שדימם למוות עקב שליפת ליין פמוראלי ארעי

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 72 עם רקע של סכרת ויתר לחץ דם. ביוני התגלתה אצלו אי ספיקת כליות סופנית ומאוגוסט החל הטיפול בדיאליזה מסודרת באמצעות קטטר פרמקאט. ב- 29.10 אושפז בבית חולים כללי בגלל חולשה קיצונית שהופיעה תוך כדי פעולת דיאליזה, סחרחורת, הזעה, וכובד ביד ימין. התעורר חשד לאירוע מוחי אשר לא אושר בבדיקת CT מוח. יומיים לאחר קבלתו הוא העלה חום ופיתח בלבול ובהמשך פרכוסים. CT מוח חוזר וניקור מותני היו תקינים. בחשד לזיהום בפרמקאט נשלף הפרמקאט אם כי התרבויות היו שליליות והוחל בטיפול אנטיביוטי משולב. בשל אי ספיקה נשימתית הוא הונשם. להלן האירועים העיקריים בהמשך לפי התאריכים:

- 1.11 העברה ל- ICU כשהוא ערני וללא הנשמה, לאחר ששלף את הטובוס בעצמו.
- 3.11 הוחדר צנתר פמוראלי ובוצעה דיאליזה אך שעה לפני סיומה החולה השתולל ופירק חלקית את קיבוע הצנתר. החום ירד אך החולה נשאר מבולבל.
- 4.11 הוחזר לפנימית ערני אך מבולבל.
- 5.11 שוב שלף חלקית את הליין הפמוראלי עם דימום משמעותי. הוחלט על הגבלה על ידי קשירת ידיים, הוראה שנותרה בתוקף עד ליומו האחרון.
- 6.11 הוחלט למנות אפוטרופוס כי היה צורך בהסכמה להכנסת פרמקאט חדש. במשך הלילה היה באי שקט חמור.
- 7.11 עדיין לא הוכנס פרמקאט בגלל אי הסכמה. ניסיון להכנסת קטטר פמוראלי לא הצליח. אולם בשעות הערב הצליחו בניסיון חוזר להכניס ליין פמוראלי. פעולה זו דרשה כמה ניסיונות עקב אי שקט של החולה. ניסיון לביצוע דיאליזה הופסק לאחר 5 דקות בגלל דימום מסביב לליין.
- 8.11 בשעה 6.30 בבוקר הוא נמצא שוכב על גבו בתוך שלולית דם ללא דופק ונשימה, כשהצינור הפמוראלי תלוש. בוצע ניסיון החיאה כולל אינטובאציה ועיסוי לב אך ללא הצלחה.

דין

הוועדה בחרה להתרכז בנושאים הבאים :

1. טיב המעקב האמבולטורי אחרי חולי סכרת: אין הנחיות ברורות לגבי שיטת המעקב במחלות כרוניות. אבחנת אי ספיקת הכליות של המנוח נעשתה באיחור רב. אבחון מוקדם יותר היה מאפשר התקנת פיסטולה עורקית-ורידית כהכנה מיטבית לחולה דיאליזה ומייתר את הצורך בשימוש בפרמקאט ובקטטר פמוראלי.
2. הוצאת הפרמקאט והחדרת הצנתר: הוועדה מסופקת האם הייתה הצדקה לשלוף את הפרמקאט בהעדר תרבויות חיוביות. כמו כן הוועדה מסופקת באם הייתה הצדקה לפעולות החוזרות של החדרת קטטר פמוראלי במקום הכנסת פרמאקט במועד שבו על פי עדויות הצוות המטפל לא היה הכרח לבצע דיאליזה דחופה.
3. ההוראות להשגחה ומעקב במחלקה: לא היה דווח רפואי מסודר לגבי המעקב אחר מצב הקטטר הפמוראלי. גם לא ניתנו הוראות מיוחדות להשגחה. לאור מצבו הקוגניטיבי הירוד של החולה והשליפות הקודמות, שלפת הצנתר האחרון שגרמה למותו הייתה בגדר סכנה צפויה. היה מקום למתן הנחיות ברורות רפואיות וסעודיות למעקב אחרי מצב החולה. משפחת החולה שהתה על ידו בשעות הערב ולכן התאפשרה קשירה ביד אחת בלבד, אך לא ברור אם היא נשארה לידו גם במשמרת הלילה.
4. הוראות הרופאים להגבלה פיזית: הייתה הוראה להגבלה פיזית שנשארה בתוקף עד ל-8.11. אולם, לא קוימו הנחיות חוזר מנהל רפואה בנושא פירוט אמצעי הזהירות הנחוצים ומשך ההגבלה.
5. ביצוע הוראות ההגבלה והקפדה על בטיחות החולה: במשמרת הלילה לא נמצא דווח אחות על ניטור הגפה ואזור החדרת הצנתר ולא נמצא דיווח על לחץ דם ודופק. הוועדה מסיקה מהתיעוד החסר של האחיות, שבמהלך משמרת הלילה לא נבדק כלל אזור הליין הפמוראלי.
6. העברת מידע ותיעוד ברשומה: העברת המידע בין צוות המחלקה הפנימית ליועצים הנפרולוגים ותיעוד ברשומה הייתה לקויה. תיעוד מהלך האירועים ביחידת טיפול נמרץ לא הועבר כלל לעיון הוועדה.

סיכום

הוועדה מונה מספר כשלים בטיפול במנוח: אי ספיקת הכליות התגלתה מאוחר ולכן לא היה ניתן להכינו כראוי על ידי התקנת פיסטולה עורקית-ורידית. לאחר שלפת הפרמקט בחשד לתהליך זיהומי, לא הזדרזו בהחדרה חוזרת של פרמקאט חדש ונזקקו להחדרות חוזרות של צנתר ורידי זמני. לאור מצבו הקוגניטיבי הירוד של החולה ושליפות הצנתר הקודמות, היה ניתן לצפות לסכנת שלפת הצנתר על ידי החולה כפי שאכן קרה וגרם למות החולה.

מסקנות הוועדה

1. לדעת הוועדה מעקב המרפאה בשנות חייו האחרונות של המנוח היה לקוי.
2. הצוות הרפואי לא ביצע מעקב ראוי בשעות הערב והלילה האחרון לחיי החולה.
3. היו עיכובים בהחדרה חוזרת של הפרמקט.
4. הוועדה מתקשה למצוא צידוק לניסיונות החוזרים להחדרת צנתר ורידי מבלי שבוצעה המודיאליזה.

המלצות הוועדה

1. יש צורך בגיבוש הנחיות ברורות למעקב בקהילה אחרי חולים כרוניים בכלל, ובסכרת בפרט.
2. יש צורך בגיבוש נהלים לגבי אופן ההשגחה לאחר החדרת צנתר פמוראלי.
3. יש צורך בריענון הידע של הצוות בנושא כללי ההגבלה הפיזית, אחריות הצוות הסיעודי והתיעוד ברשומות.
4. יש לשפר את הפיקוח על תהליך קבלת ההחלטות באינטראקציה בין צוות המחלקה והיועצים החיצוניים באחריות מנהל המחלקה.

המלצות הנציב

הועברה בקשה לקבלת תגובת הנהלת בית החולים לנקודות הביקורת של הוועדה תוך ציון הצעדים שנקטו במסגרת הפקת הלקחים. ההמלצות המערכתיות של הוועדה ראויות לעיון מעמיק מצד מנהל רפואה.

1.2. חולה דיממה למוות עקב ניתוק הצד העורקי של צנתר מרכזי

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 60 נ+5. מאושפזת במרכז גריאטרי. סובלת מאי ספיקת כליות כרונית על רקע סכרת ויתר לחץ דם. עברה קטיעת רגל שמאל בגלל פצע מזוהם. השמנת יתר. מזה 4 שנים על המודיאליזה בבית חולים כללי.

ב- 12:13 החלה טיפול שגרתי בהמודיאליזה דרך צנתר מרכזי החל משעה 15:17. הדיאליזה החלה ללא תקלות ובחדר שהו 4 חולים בהשגחת אחות. להלן לוח הזמנים של האירוע:

18:30 האחות המופקדת על החולה יצאה להפסקת אוכל וביקשה את האחות בחדר השכן (האחות המחליפה) שהיו לה כבר 4 חולים להשגיח גם על החולה ושאר המטופלים בחדר.

18:45 האחות המחליפה שמעה אזעקה ממכשיר הדיאליזה של המנוחה. היא מצאה חולה מכוסה בשמיכה, כשהיא אינה מגיבה. עם הסרת השמיכה התגלה כי הצד העורקי של הצינור מנותק, עם דם רב במיטה. במסגרת מאמצי ההחייאה קיבלה החולה כמויות גדולות של דם ונוזלים והדופק חזר, אבל החולה לא התאוששה ונפטרה למחרת ב- 3.00 בבוקר. לא בוצעה נתיחה.

דיון

1. לדעת הוועדה החולה נפטרה מהלם היפו-וולמי. הסיבה לכך הייתה הינתקות הצינור שלא זוהתה מיד כיוון שהחולה הייתה מכוסה בשמיכה. לא ניתן לקבוע את משך הזמן בין הינתקות הצינור ועד להגעת האחות. כמו כן לא ניתן לקבוע האם מישהו סייע לחולה לעבור למצב שכיבה ולכיסוי בשמיכה. הוועדה קובעת שהשארית 8 מטופלים בהשגחת אחות אחת הייתה בניגוד לנהלים.
2. הוועדה לא מצאה נוהל כתוב המגדיר את התפקיד של אחראית המשמרת. נוהל כזה היה צריך לכלול את אופן הפיקוח על יציאת אחיות להפסקה והכנת דו"ח עם סיום המשמרת.
3. ליקויים נוספים שצוינו על ידי הוועדה כללו: אי קיום הנחיות מנהל הסייעות בדבר מתן הכשר לביצוע המודיאליזה, אי הקפדה על ציון מועד מתן תרופה תוך ורידית, מתן מנות דם ללא חתימה, החתמת אדם בלתי מוסמך על טופס הסירוב לנתיחה, שימוש לא נכון במיטות בידוד, חסר פריט בעגלת ההחייאה, אי הקפדה על איזון סכרת, והעברה בלתי שלמה של גיליון החולה לידי הוועדה.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. החולה נפטרה ככל הנראה מאיבוד דם עקב ניתוק צינור הדיאליזה מהצנתר המרכזי. יציאתה של האחות האחראית על החולה והחלפתה על ידי אחות שנשארה עם 8 חולי דיאליזה הייתה בניגוד למתחייב בתקנות, ובנוהל הפנימי של המכון.
2. לא בוצעה בדיקת החיבורים בין הצנתר למכשיר הדיאליזה בעת העברת המשמרת בין האחיות ולא הייתה מודעות לעובדת כיסוי החיבור על ידי שמיכה.

3. הוועדה ממליצה על תיקון הליקויים שצוינו בפרק הדיון כולל הצורך בהגדרת נוהל אחראיות המשמרת.

המלצות הנציב

על פי הנתונים שלפנינו נראה שהתאונה הטיפולית נבעה מחריגה מהנהלים המחייבים בנושא ההשגחה על חולי דיאליזה. התבקשה תגובת הנהלת בית החולים להערות הכלליות של הוועדה והטיפול הועבר למנהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 65 שאושפז בטיפול נמרץ כירורגית חזה בבית חולים כללי בחודש דצמבר. הוא עבר ניתוח מעקף לחסימה בעורקים הכליליים ונפטר כעבור חודש. ברקע הוא סבל מיתר לחץ דם, סכרת, המיפרזיס ימני לאחר 3 אוטמים מוחיים, תפקוד חדר שמאלי ירוד ביותר עם מקטע פליטה 20-25%, וקריש דם בחדר השמאלי. הסיכון המחושב לתמותה עקב הניתוח היה 23%. בעקבות הניתוח התפתחו שורה של סיבוכים קשים כולל צורך בהרחבה נוספת של שתל העורק, אלח דם, צורך בהנשמה ואי ספיקת כליות. לשם טיפול באי ספיקת הכליות הוא חובר למכשיר פריזמה המיועד לביצוע דיאליזה בחולים בלתי יציבים.

במהלך משמרת הלילה בסביבות השעה 5 בבוקר נתקלה האחות המופקדת על החולה במכשיר הפריזמה. בעקבות זאת המכשיר החל לצפצף. בהמשך התברר שבעקבות ניסיון שגוי לסגירת המכשיר, הדם שזרם מהחולה אל המכשיר לא חזר אל החולה כמצופה וכתוצאה מכך הייתה ירידה חמורה בלחץ דם ובהמוגלובין עקב איבוד דם חמור. החולה נזקק להחייאה אשר לא צלחה והוא נפטר כחודש אחרי האירוע. בהמשך נכתבו בתאריכים שונים דוחות בלתי זהים בתוכנם על ידי המעורבים באירוע והוועדה הביעה את דעתה כי הוראות חוק זכויות החולה וחוזר המנכ"ל בדבר החובה לתיעוד מדויק מלא ואמין של מהלך האירוע לא קוימו במקרה זה.

המלצות הוועדה

1. לקבוע קריטריונים מנחים להכנסת מכשור חדיש ותומך חיים ליחידות טיפול נמרץ כולל הבטחת המיומנות הנחוצה לצוות הסייעודי האמור להפעיל מכשירים אלה;
2. הצמדת הוראות הפעלה במצבי חירום למכשירים אלה והבטחת דרכי תקשורת חרום אל טכנאים למתן יעוץ מיידי;
3. לחייב את בתי החולים לשמירת כל המידע הנצבר בזיכרון המכשירים לשם שחזור מיטבי של תקלות ואירועים אפשריים;
4. בהתאם להוראות חוק זכויות החולה לחייב ביצוע תיעוד מדויק מלא ואמין בזמן אמת של אירועים חריגים תוך הקפדה על רציפות זמנים, וזיהוי נותן הטיפול וחתימתו.
5. בהתאם לתקנות בריאות העם להקפיד על דווח מיידי לאחר כל אירוע מיוחד ודווח בזמן אמת למשפחת החולה.

המלצות הנציב

1. לוועדה שורת המלצות מערכתיות פרגמטיות הראויות לעיון מעמיק, תוך בחינת הצורך בהוצאת הנחיות המסדירות את הכשרת הצוות ברמה המבטיחה הפעלה יעילה ובטוחה של ציוד חדשני ומתקדם.
2. ממצאי הוועדה מעלים שאלות כבדות משקל לגבי אחריות הנהלת המוסד להכשרה מקצועית של חברי הצוות המקבלים מטלות שלא הוכשרו כראוי לבצע אותן. כמו כן נשאלו

שאלות לגבי נכונות ההנהלה לנהוג בשקיפות מלאה אל מול בני המשפחה וחברי ועדת הבדיקה הזכאים לקבל את מלוא המידע העומד לרשות הנהלת בית החולים.

3. הפרשה מציפה את הדילמה של כפל סמכויות בין ועדת בקרה ואיכות הפנימית של המוסד אשר ממצאיה נמצאים תחת חיסיון, לבין חובת המוסד לשקיפות מלאה אל מול המשפחה ומול ועדות הבדיקה החיצוניות של משרד הבריאות. הוצע לערוך דיון בראשות המנכ"ל ובהשתתפות נציגי הנהלת בית החולים, צוות מנהל רפואה וצוות נציב הקבילות של משרד הבריאות, כדי להבהיר את הנקודות הבעייתיות שהועלו בדו"ח ועדת הבדיקה. יש לצפות לכך שתוצאות הדיון המוצע תתרומנה לצמצום הפערים בין העקרונות המנחים את צוות ניהול הסיכונים של בית החולים לבין הצוותים המקבילים של הנהלת משרד הבריאות.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בתינוק בריא בן 7 חודשים שעבר ניתוח אלקטיבי בנוירוכירורגיה ילדים בבית חולים כללי, בשל טריגונוצפליה, עיוות צורת הגולגולת עקב חיבור מוקדם בין העצמות. הניתוח עבר ללא סיבוכים מיוחדים. אמנם היה קרע בקרום (דורה) שנתפר אך בחדר הניתוח לא היה דימום מעבר לצפוי. במהלך הניתוח קיבל החולה דם ופלסמה ונתן כ- 100 סמ"ק שתן לאחר מתן פוסיד. הוא הועבר לידי הרופא בטיפול נמרץ בידי המרדימה והמתמחה הנוירוכירורגי במצב יציב. לחץ הדם היה תקין, דופק 160, המוגלובין 10.7, ובנקז 60 סמ"ק דם. כעבור כשעה התנקז עוד 49 סמ"ק. התורן עזב את היחידה ב- 14:30 אחרי שמסר את הפרטים לרופא בכיר מנהל היחידה. בשעה 15:30 הדופק עלה ל-200 ולחץ דם היה 86/37. ב- 16:00 הילד היה עם דופק מהיר ובאי שקט ובנקז היה עוד 48 סמ"ק דם. הרופאים (הרופא הבכיר ותורן הערב) המליצו על מתן מורפין. התברר ששני עירויי הדם אינם פועלים.

בשעה 16:30 הגיעו הרופאים לילד. ניסיונות חוזרים שלהם להחדרת עירוי דם לא צלחו ובינתיים הופיעה ירידה בדופק והוחל בהחייאה. הילד נפטר לאחר ניסיונות החייאה של כשעה. בוצעה נתיחה שלאחר המוות אשר ממצאיה תומכים באבחנה של הלם תת נפחי כגורם למוות.

דין

לדעת הוועדה התנהלות הצוות המטפל לפני ובמהלך הניתוח הייתה תקינה. התינוק התקבל לטיפול נמרץ במצב טוב.

הקביעון המחשבתי של צוות טיפול נמרץ היה כי מדובר בחולה קל, וחוסר ההתייחסות של הצוות לאפשרות של דימום משמעותי הביא לשורת כשלים שהסתיימו בטרגדיה.

לא היו הנחיות לצוות הסיעודי לדווח לרופא על כמות הדמם. התורן והכונן לא התעניינו בכמות הדימום המצטבר ונתנו הנחיות לטיפול בכאב גם כשהדופק הגיע ל-230.

להערכת הוועדה הילד היה בשוק מפוצה (לחץ דם תקין לנוכח דופק גבוה מאד), מצב שלא אובחן למרות הסימנים הקליניים שכללו טכיקרדיה (דופק מהיר), חיורון ואי שקט.

לדעת הוועדה הגדרה מוקדמת של המצב הפיזיולוגי לפי עקרונות APLS (הנחיות לטיפול במצבי חרום בילדים) הייתה מביאה להתייחסות מקצועית יותר, ויכלה אולי למנוע את מות הילד.

התקשורת בין הצוות הסיעודי לרפואי הייתה לקויה מאד.

מסקנות הוועדה

1. היה כשל בהבנת המצב. למרות שמדובר בניתוח הנחשב לקל, עצמת הדמם במקרה זה יכלה להביא למות החולה. לא נדלקו נורות אדומות גם כאשר איבוד הדם הגיע ל 150 סמ"ק;

2. התנהלות הכונן, אשר לא התפנה לבדוק את החולה גם כאשר הדופק הגיע עד מעל 200 והמשיך בעיסוקיו האחרים איננה ניתנת להצדקה;
3. האחיות שהן בוגרות קורס APLS לא פעלו כצפוי ולא בצעו הערכה פיזיולוגית משלהן שהייתה מאפשרת להגיע למסקנה כי החולה בהלם מפוצה;
4. הנהלת המוסד דאגה להכין בעקבות המקרה נהלי השגחה סיעודית מעודכנים עבור השגחה על ילדים בטיפול נמרץ לאחר ניתוח קרניוסינוסטומי (חיבור מוקדם בין עצמות הגולגולת).

המלצות הנציב

מדובר באירוע טראגי של מות תינוק מהלם תת נפחי אשר ארע ביחידה לטיפול נמרץ שתפקידה היה למנוע אירועים מעין אלו. לא רק שלא הייתה התייחסות למצוקה הקלינית ההולכת ומחמירה אלא כאשר כבר התבררה התמונה לאמיתה התברר שלתינוק אין קו פתוח לעירוי דם וגם לא הצליחו לחדש את העירוי בטרם הופעת דום הלב.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה יליד 1949 עם רקע של סכרת, יתר לחץ דם ודיסליפידמיה. ב- 10.10 אושפז עם אוטם שריר לב תחתון אחורי. למרות ניסיון לתיקון הנזק בהרחבת עורקים כליליים ותומכנים הוא נותר עם אי ספיקה קשה של החדר השמאלי. מצבו התדרדר והוא הוגדר כמועמד להשתלת לב. ב- 16.11 הושתל בו מכשיר עזר לחדר השמאלי LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE - LVAD כגשר להשתלת לב ושחרר לביתו. כעבור כחצי שנה, ב- 9.7 אותרה בשבילו תרומת לב הולמת אם כי זוהה בו ספאזם חולף של העורק האחורי היורד בלא היצרות אורגנית.

ניתוח ההשתלה בוצע ב 10.7 על ידי רופא בכיר ביחידה במרכז הרפואי וצוות עוזריו. ניסיון הגמילה ממכונת הלב-ריאה נתקל בקושי עקב ירידה בתפקוד חדר שמאל בלב המושתל, ולכן חובר למכשיר ECMO תוך התחברות לקאנולה העורקית הפמוראלית והורידית הפמוראלית ששימשו אותו מקודם בחיבור למכונת לב-ריאה. הוא הועבר להמשך טיפול ליחידה לטיפול נמרץ ניתוחי לב.

מצב החולה השתפר בהדרגה תוך היותו מחובר למכשיר ה- ECMO. הוא התעורר אך היה אגיטיטיבי. תפקוד הלב השתפר. אולם סביב חיבור הקאנולות לכלי הדם הפמוראלים הופיע דמם משמעותי. נשקלה החזרתו לחדר הניתוח לשם טיפול כירורגי בבעיה המקומית, אולם מאחר והוא היה מיועד לגמילה ממכשיר ה- ECMO למחרת ה- 13.7 התיקון הכירורגי לא התממש. בלילה שלפני הגמילה המתוכננת הופיע דמם עורקי מאסיבי במפשעה סביב מקום החדרת הקנולה, ולמרות ניסיונות ממושכים לעצירת הדמם הוא נפטר.

דיון

הוועדה בחרה להתרכז בפרק הדיון בנושא הדמם החמור מכלי הדם במפשעה שהיה הסיבה הישירה למות החולה. ההסבר של הוועדה לדמם המאסיבי מהעורק הפמוראלי היה התרופפות של אחד או שנים מתפרי הארנק שהותקנו סביב נקודת החדירה של הקנולה העורקית. התרופפות זו הייתה כנראה תהליך הדרגתי שנפרש על פני היומיים בהם שהה החולה בטיפול נמרץ שנבע בין השאר מתזוזות הרגל בשלבי ההתעוררות ואי השקט. הדמם אובחן על ידי הצוות הסיעודי והרפואי אך טופל באופן שמרני עם החלפת ספוגיות והוספת תפרי עור חיצוניים שלא פתרו את הבעיה. הוועדה סבורה שאילו התקיימה התערבות כירורגית ממשעתית, היה ניתן למנוע את ההתפתחות העגומה שהביאה למות החולה.

מסקנות הוועדה

הוועדה מבקשת להתייחס לשני היבטים הנוגעים לטיפול בחולי ECMO בארץ:

1. דמם מאזור החדרת הקנולה המצריך החלפות תחבושת בקצב מוגבר מחייב שקילה רצינית של התערבות כירורגית בחשד להתרופפות תפרי הארנק שנועדו למנוע דמם סביב נקודת

החדירה של הקנולה. במקרה הנידון ארעה טעות בשיקול הדעת של הצוות שלא העריך נכונה את חומרת המצב.

2. מרגע שאובחן הדימום המאסיבי פעל הצוות בצורה בלתי מיטבית עקב העדר נוהל קבוע ומתורגל בקרב חברי הצוות באשר לצעדים המדויקים בהם יש לנקוט. הוועדה סבורה כי קיימת חובה לגבש נהלים אלה, לתרגלם ולהטמיעם בקרב כל חברי הצוות הרפואי והסיעודי.

3. עוד קבעה הוועדה כי לא נערך בדיעבד דיון מסודר באירוע, לא הוסקו מסקנות, ולא הופקו לקחים.

המלצות נציב קבילות הציבור

במישור המערכתי פנינו להנהלת המוסד כדי לקבל את תגובתה ולבקש פירוט אילו צעדים ננקטו כדי למזער את הסיכון של אירועים עתידיים מהסוג שתואר. במכתב תגובה של הנהלת המרכז הרפואי קיבלנו תיאור הלקחים שהופקו והשינויים שהוכנסו בנהלי העבודה בעקבות דו"ח הוועדה. המכתב הועבר לעיון ראש מנהל רפואה.

בנוסף, התקבל מכתב מהרופא המטפל ביחידה המתאר את מעורבותו האישית בניהול המקרה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 53. ברקע מחלת סכרת, יתר לחץ דם, עישון והיפרקולסטרולמיה. בעקבות אוטם חריף בשנת 2005 עבר טיפולים בתומכן ובהמשך במעקפים אך הבעיות לא נפתרו והוא נותר על טיפול תרופתי בלבד.

ב- 9.2 הודגם תפליט פלאוראלי ימני. הוא הופנה למיון בגלל מצוקה נשימתית כביטוי לאי ספיקת לב, וב- 22.4 בוצע ניקור פלאוראלי במיון בית חולים כללי על ידי מתמחה בכירורגית לב חזה ונוקזו 1400 סמ"ק של נוזל סרו-דמי. צילום ביקורת לאחר הניקור הראה אויר בחלל הפלאורה הימנית וחסר התפשטות של הריאה. בהמשך אושפז במחלק לניתוחי חזה ותוכננה החדרת נקז מלעורי. (בניגוד לניקור פלאוראלי שמשמעו הכנסת מחט חד פעמית, נקז הוא מתקן המיועד להישאר תקוע בחלל הפלאורה למשך שעות ועד לימים לשם ניקוז יעיל יותר) עם ביצוע החדרת הנקז פרץ דם בכמות גדולה והוחל בפעולות הצלה/החייאה בהשתתפות רופאים בכירים שגויסו במהירות האפשרית. בשלב מסוים בוצעה פתיחת בית החזה בעוד החולה במחלקה, והתגלה קרע בסרעפת וקרע מדמם בכבד. החולה הורד לחדר הניתוח להשלמת פעולות התיקון והדימום נעצר. אולם התקופה הממושכת של הלם תת נפחי על רקע הדימום המאסיבי ואי ספיקת הלב הובילה לנוק מוחי איסכמי, ואבדן הכרה ממנו לא התאושש עד יום מותו. החולה נפטר לאחר אשפוז ממושך בבתי חולים סעודיים ב- 30.1.

דיון

1. ההפניה למיון והטיפול הראשוני: ההחלטה לאשפז את החולה לשם איזון אי ספיקת הלב ולניקוז הנוזל הפלאוראלי הייתה נכונה.
2. ניקור התפליט הפלאוראלי: היה מקום להתייעץ עם הרופא הבכיר בטרם החלטה על הבחירה בין ניקור מלעורי לבין הכנסת נקז לשם הוצאה יעילה יותר של הנוזל הפלאוראלי. החדרת נקז כרוכה בשיעור סיבוכים גבוה יותר מאשר ניקור, אך היא יעילה יותר בניקוז הנוזלים ואם היא מבוצעת תחת ביקורת הדמיה (US או CT) ניתן להקטין מאוד את שיעור הסיבוכים.
3. ההוראה להכנסת הנקז הבין צלעי: התורן עדכן את הכוון על כוונתו להחדיר נקז, אולם לא בוצע CT חוזר אשר היה עוזר בתהליך האבחון הנכון וביצוע החדרת הנקז. הוועדה לא מצאה פגם בהחלטה על מועד ומקום ביצוע הפעולה במחלקה.
4. אין ספק ששימוש באמצעי דימות בעת הפעולה היה מקטין את הסיכון של פגיעה באיברים חיוניים בזמן הכנסת הנקז הבין צלעי.
5. פעולת הכנסת הנקז: פעולת הכנסת הנקז כפי שתוארה על ידי התורן בפני הוועדה הייתה על פי הכללים המקובלים. אולם הוועדה סבורה שרופא בעל ניסיון רב יותר היה מזהה מוקדם יותר כי מסלול ההחדרה לא היה אל החלל הפלאוראלי, והיה נמנע מלקדם אותו לכוון הכבד. הוועדה לא יכלה לקבוע בוודאות כי מקום החדרת הנקז היה ברווח הבין צלעי הנכון, כפי שהרופא שביצע את הכנסת הנקז תיאר את הפעולה בפני הוועדה.

6. שיעור הסיבוכים של החדרת נקז עומד ביחס הפוך לניסיון הרופא המבצע. הכשרה טובה של הרופא ושימוש נכון באמצעי הדמיה תוך כדי הפעולה יכולים לצמצם את שיעור הסיבוכים והתמותה בעת פעולת ההחדרה.

מסקנות הוועדה

1. נמצאו ליקויים ברישום הרפואי בגיליון החולה. בעיקר היה חסר תיאור של תהליך קבלת ההחלטות ואי הקפדה על רישום המהלך והטיפולים בזמן אמת.
2. לא הייתה חלוקת אחריות והתייעצות ברורה עם שני הכוננים. כונן ב' שביצע את הניקור לא ידע כלל על שינוי התכניות שלו בהמשך. יתכן שיתר מעורבותם של הכוננים היה מונע אי שימוש באמצעי הדמיה בעת החדרת הנקז הבין צלעי.
3. הכונן היה אמור לראות את הצילומים הקיימים בטרם החלטה על הכנסת נקז בין צלעי גם בהעדר אפשרות טכנית לראות את הצילומים בביתו. אין להסתפק בתיאור טלפוני של הממצאים.
4. בית החולים חייב לקיים נוהל כתוב ומסודר להכנסת נקז בין צלעי כולל פירוט מדויק של הטכניקה, לקבוע מי רשאי לבצע אותה, לתאר את הסיבוכים האפשריים והטיפול בהם. בטרם ביצוע הפעולה חייבים לעבור הכשרה מתאימה בתכנית לימודים מפורטת של המחלקה לניתוחי חזה.
5. יש להטמיע בדיקות הדמיה לשם הנחיית המטפל בעת ביצוע הפעולה.
6. יש ליידע את המטופל בדבר הסיכונים האפשריים הכרוכים בפעולת החדרת הנקז ולוודא שימוש בטופס הסכמה מדעת.

סיכום הוועדה

המוות נגרם מסיבוך החדרת נקז בין צלעי. למרות שתיאור הפעולה הטכנית על ידי התורן היה נכון, במבחן התוצאה הביצוע כשל. ניתן להקטין את הסיכון לסיבוכים קטלניים על ידי דיון מעמיק בבעיות החולה בשיתוף הרופאים האחראים, פיענוח קפדני של בדיקות ההדמיה הקיימות ושימוש בשיטות הדמיה מנחות כגון US בעת ביצוע הפעולה. יש לוודא קיום נהלים כתובים המגדירים במדויק את תנאי הפעלה ואשר יובאו לידיעת הרופאים המטפלים בחולים אלו.

חברי הוועדה הסיגו לגבי שיקול הדעת של המתמחה והכונן הבכיר בשלבים השונים של מהלך האירוע.

המלצות הנציב

הוחלט לאמץ את המלצות הוועדה

תמצית הסיפור הקליני

המנוחה, בת 89 אושפזה ב- 19.6 בבית חולים מרכזי ואובחנה כסובלת מתסמונת גייאן ברה GBS. עקב החמרה מהירה במצבה שהתבטאה בשיתוק מתקדם בגפיים הוחלט ב- 23.6 (יום שבת) להתחיל בטיפול באמצעות PLASMA EXCHANGE. תורן טיפול נמרץ שהוא מומחה להרדמה ובעל ניסיון רב בהחדרת צנתר מרכזי שהיה נדרש לביצוע הטיפול, החדיר את הצנתר ללא קושי נראה לעין. זמן קצר לאחר הכנסת הצנתר הורידי המרכזי הופיעה הקאה דמית. צילום חזה הדגים מנח תקין של הצנתר. הוזעקו תורן כירורגי וגסטרואנטרולוג אשר אישרו את קיום הדימום החריף מדרכי העיכול העליונות. החולה הורדמה והונשמה ובוצע CT אנגיו. בדיקה זו תיעדה דימום מאסיבי למיצר והוושט תוך כדי ביצוע הבדיקה, אך לא ניתן היה לאתר את מקור הדימום. לאור מצבה הבלתי יציב הועברה למחלקת טראומה ובהמשך לחדר ניתוח. בפתיחת החזה נצפתה המטומה במיצר ללא דימום פעיל. בגסטרוסקופיה על שולחן הניתוח נראה דימום פעיל מהוושט. ניסיון לעצור את הדימום בעזרת קליפים הביא לשיפור זמני, אך בהמשך התחדש הדימום יחד עם התפתחות של אי ספיקה רב מערכתית והפרעת קרישה. אנגיוגרפיה לכלי הדם הגדולים לא הצליחה להדגים את מקור הדימום. החולה נפטרה ב- 25.6.

מסקנות הוועדה

1. למרות חוסר הוודאות, סמיכות הזמנים בין החדרת הצנתר להופעת הדימום תומכת בחשד שתוך כדי החדירה הייתה פגיעה בשוגג בעורק ראשי כגון ה- INNOMINATE ARTERY ובוושט שגרמה לדימום הקשה מדרכי העיכול.
 2. ההחלטה להחדרת ה- CENTRAL LINE הייתה ראויה לאור הצורך הדחוף בטיפול ב- GBS קשה.
 3. המרדים פעל נכון כאשר בדק קודם כל את מיקום ה- CENTRAL LINE עם הופעת הדימום.
 4. הצוות, בהשתתפות רופאים מכל הדיסציפלינות הנחוצות פעל כראוי.
 5. ייתכן שהיה עדיף לבצע אנגיוגרפיה וגסטרוסקופיה בשלב מוקדם יותר, אך אין ביטחון שזה היה משנה את התוצאות.
 6. המשפחה עודכנה לאורך כל הדרך. הוועדה מצאה לנכון לציין לשבח את התנהלותו המקצועית והאנושית של הרופא הנירולוג.
- הוועדה סבורה שהטיפול אשר קיבלה החולה היה נאות.

המלצות הנציב

למרות התוצאות הטראגיות, לאור מסקנות הוועדה יש לראות את האירוע כסיכון טיפולי בלתי צפוי שארע בידי רופא בעל ניסיון רב בהחדרת צנתרים מרכזיים.

לקחים

המשותף ל-7 האירועים שהובאו לדיון הוא מוות חולה מדימום מאסיבי שנגרם לא מהמחלה היסודית אלא מתקלה בשימוש במכשור וכשל בהשגחה על המטופל. 4 מהחולים היו חולי דיאליזה וחולה קרדיאלי מטופל ב- ECMO שנפטרו מדמם מאסיבי עקב ניתוק, שליפה של ליין או שימוש בלתי נכון במכשיר הדיאליזה. שני חולים נפטרו מדמם מאסיבי בעקבות ניסיון כושל בהחדרת צנתר מרכזי או נקז פלאוראלי. במקרה אחד הייתה התעלמות מאיבוד דם מסכן חיים לאחר ניתוח אלקטיבי. חולים אלה לא נפטרו ממחלתם היסודית, אשר הייתה חמורה במרבית המקרים, אלא מתאונות טיפוליות. גורמים לסיכון מוגבר של תאונות כאלה כוללים חוסר שימוש באמצעי הדמייה בביצוע פעולות חודרניות, חולה אגיטטיבי הנוטה לתלוש צינורות מגופו, נקודות חיבור שאינן גלויות לעין, התעלמות ממדדים חיוניים המצביעים על הלם היפו-ולמי, חסר ניסיון של מבצע הפעולה החודרנית, וחסר התמצאות של הצוות בשימוש במכשור חדש. יש לצפות שתשומת לב רבה יותר לגורמי סיכון אלה תתרום לצמצום הסיכוי להישנות אירועים מסוג זה בעתיד.

2. תשניק מחסימת דרכי נשימה או תקלה במכונת הנשמה (6)

2.1. חולה מונשם אשר נפטר בעקבות שליפה עצמונית של הקאנולה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באירוע שהתרחש ביחידה להנשמה ממושכת במרכז רפואי סיעודי. החולה, בן 67 הועבר מבית חולים כללי למוסד לאחר אוטם נרחב בהמיספירה השמאלית של המוח במטרת המשך טיפול רפואי וסיעודי וגמילה הדרגתית ממכונת ההנשמה. כחודשיים לאחר העברתו בעת משמרת ערב הוארך משך הניתוק שלו ממכונת ההנשמה מ- 12 ל- 16 שעות. הוא נראה לאחרונה על ידי צוות הסיעוד בשעה 19:45 כאשר הוא במצב יציב ומנוטר על ידי מד רווי חמצן (פאלס אוקסימטר). בשעה 22:30 בבדיקה שגרתית נמצא בלי קנולה ובלי זונדה עם דום לב מתועד במוניטור. למרות שלטענת הצוות הוא היה מחובר לפלס אוקסימטר הם לא שמעו צפצוף. בוצעה החיאה והדופק ולחץ הדם חזרו כעבור כרבע שעה. הוא הועבר לבית חולים כללי להמשך טיפול אך נפטר כעבור מספר שעות. ועדת הבדיקה הניחה שסיבת המוות הייתה שנק מהפרשות בעקבות שליפה עצמית של הקאנולה (היד החופשית הבלתי משותקת של החולה לא הייתה קשורה) אך אין לדעת עם השנק הופיע בעקבות השליפה או שקדם לשליפה.

מסקנות הוועדה

1. אירוע של יציאת קנולה ממטופל הוא מצב מסוכן המוכר כסיבוך לפיוס קנה, וקשה למנוע באופן מוחלט אירועים כאלה במסגרת טיפול ממושך בקהילה. מטופלים בסיכון רב כוללים קשישים וחולים באי שקט עם ירידה קוגניטיבית ועם הפרשות מרובות. אצל המנוח התקיימו כל גורמי הסיכון הללו.
2. לדעת הוועדה הטיפול הבסיסי במנוח היה טוב ומצבו אכן השתפר. עם זאת תהליך קבלת ההחלטות לא התאפיין בשיתוף פעולה, העברת מידע, ודיון מספיק בין אנשי הצוות. המעקב הרפואי היה דל. רמת ההשגחה ביום האירוע הייתה רוטינית אך לא מיטבית ומותאמת למצבו.
3. יחד עם זאת, הוועדה גם מציינת לטובה את תפקוד הצוות בהחיאה ואת תהליך הפקת הלקחים לאחר האירוע.

המלצות הנציב

הוועדה דנה לעומק בתהליכי העבודה במוסד, ומביאה שורה של המלצות מערכתיות הראויות לעיון מעמיק מטעם מנהל רפואה ומינהל הסיעוד.

התנהלות האח המופקד הייתה בהתאם לנדרש אך לא מעבר לזה. הוא לא נקט בפעולת השגחה מוגברת המותאמת לסיכון המוגבר של שליפה עצמית, שהייתה אולי מאפשרת גילוי מוקדם יותר של שליפת הקאנולה. יתכן שתרגמה לכך העובדה שמכשיר האוקסימטר היה ממודל חדש ושעצמת הצפצוף שלו לא אפשרה זיהוי מידי של הבעיה.

2.2. מוות בטיפול נמרץ מחסימת דרכי הנשימה

תמצית הסיפור הקליני

המנוחה עברה ניתוח נוירוכירורגי לגידול קרניופרינגיומה בבית חולים כללי והועברה להמשך טיפול ביחידה לטיפול נמרץ נוירוכירורגי. ביום המחרת, בעודה מונשמת, התפתח אירוע של דום נשימה שגרם לנזק מוחי אנוקסי ממנו לא התאוששה עוד ונפטרה כעבור כמה חודשים. ככל הנראה הסיבה לדום הנשימה לאחר הניתוח הייתה חסימת הטובוס להנשמה על ידי כיפוף פנימי בחלקו המרוחק.

להלן תמצית ממצאי הוועדה

1. האירוע לא דווח על ידי המחלקה ליחידה לניהול סיכונים של בית החולים.
2. האירוע לא דווח על ידי בית החולים למשרד הבריאות.
3. לא נערך הליך בדיקה מסודר ויסודי בסמוך לאירוע על ידי המחלקה והנהלת בית החולים.
4. הטובוס שהוצא מהמנוחה ואשר לטענת הצוות היה חסום עקב KINKING בחלקו המרוחק, לא נשמר על ידי האחיות אחראית המשמרת או על ידי הרופא התורן.
5. כתוצאה מכך, לוועדה לא ניתן לקבוע מה הייתה הסיבה לכיפוף הטובוס בתוך הקנה.
6. לא ניתן להבין מעדויות הצוות כיצד לא צפצפה מכונת ההנשמה כאשר לטענת בית החולים היא הייתה עם מערכת התראה תקינה. אותו הדבר נכון לגבי התראת לחץ הדם והדופק.
7. למנוחה לא היה צנתר עורקי לשם מדידת לחץ דם רצופה מעת העברתה ליחידה.
8. צוות יחידת טיפול נמרץ לא ידע מה סמכויותיו, ומה אחריות הצוות הסיעודי בעת התדרדרות המטופל עד להגעת הרופא לביצוע החייאה.

מסקנות

1. העובדה שלא נערכה בדיקה פנימית ראויה בזמן אמת, מקבלת ביטוי ברור בשאלות שנשאלו ללא מענה בדו"ח הוועדה. אי קיום הליך בדיקה מסודר ויסודי בסמוך לאירוע על ידי המחלקה והנהלת בית החולים מנע מהוועדה גיבוש קביעת סדר אירועים עובדתי כרונולוגי. לקושי זה התווספו רשומה חלקית, גרסאות שונות וסותרות בעדויות הצוות, והזמן הרב שחלף ממועד הפניה לקבלת הרשומות ועד להמצאתן.
2. המשפטן מצוות משרדנו שהיה חבר בוועדת הבדיקה מציין במכתבו כי במהלך 8 השנים האחרונות הועברו לטיפול משרדנו 10 אירועים חריגים חמורים מאותה המחלקה הנוירוכירורגית. רצף אירועים זה חורג באופן משמעותי מהמצב במחלקות נוירוכירורגיות אחרות בארץ. בחלק מאירועים נוספים אלה בלט העדר נוהג של תחקירים מחלקתיים פנימיים מתועדים, בהשתתפות צוות הכירורגים והמרדמים.
3. לאור שיקולים אלה, יש לדעתנו להמשיך בחקירה באמצעות מינוי ועדת בקרה ואיכות, אשר תחקור את ריבוי האירועים החריגים במחלקה הנוירוכירורגית באותו בית חולים, ואת אופן חקירתם הפנימית, את איכות הדיווח על אירועים אלה, וההשלכות שיש לנושאים אלה על איכות הטיפול המוענק למטופלי המחלקה.

2.3. תקלה בהפעלת מכונת ההנשמה בטיפול נמרץ

מעורבותנו בפרשה החלה עם קבלת דווח מבית החולים על אירוע חריג בו כובתה בשוגג מכונת הנשמה בעת מעבר ממכונה קבועה לניידת ביחידה לטיפול נמרץ לב בבית החולים. ההודעה התקבלה במשרדי מינהל רפואה והועברה להמשך טיפולנו. הבירור שלנו התבסס על לימוד גיליון האשפוז, עיון בדו"ח האירוע אשר נערך בעקבות תחקיר ושחזור בהשתתפות כל הצוות למחרת האירוע. בשונה מבירורים המתבססים על חקירה באמצעות ועדת בדיקה, במקרה הנוכחי החלטנו לקבל את הדין וחשבון המפורט שהתבסס על תחקיר מעמיק שהתבצע למחרת האירוע.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 60 שסבל ממחלת לב קורונארית וגם ראומאטית, פרפור פרוזדורים, COPD, יתר לחץ דם ואי ספיקת לב קשה עם מקטע פליטה של 35%. הוא אובחן כסובל מ-STUCK VALVE. מאחר וניסיון לפתיחת החסימה באמצעות אורוקינאז ו-TPA לא צלח, הוחלט לבצע ניתוח החלפת מסתם כאשר ה-INR לפני הניתוח היה 3. בכיח צמחו חידיקי MRSA. לאחר הניתוח החולה היה בהלם ספטי, תלוי בנוראדרנלין ומשלשל. לא ניתן היה לגמול אותו מהמנשם והיו תנודות קיצוניות ב-INR עד 12. לאחר הניתוח החולה הועבר להמשך טיפול בטיפול נמרץ לב כעבור יומיים. באותו יום, לקראת סוף משמרת הבוקר הוצא בלון ה-IABP.

עקב דימום מתמשך מהמפשעה לאחר שלילת הבלון תוכנן החולה להורדה לחדר ניתוח על מנת לתקן את הנקז בעורק הפמוראלי. בשלב הזה, מדובר בסיום משמרת ערב ביחידה לטיפול נמרץ קרדיולוגי, החולה מונשם ע"י מכונת הנשמה קבועה מסוג 7200 כאשר החיבור של צינור ההנשמה מן המכונה אל החולה, מועשר ב-NO.

אחת האחיות מביאה אל מיטת החולה ציוד שנועד לאפשר את העברתו כחולה מונשם לחדר ניתוח. הציוד כלל שני בלוני חמצן, מוניטור נייד, מכשיר הנשמה נייד, וצינור הנשמה מחובר. לציון כי לחולה היה עירוני רגיל וכן קו ארטריאלי שנותק לקראת ההעברה. החולה חובר למכשיר ההנשמה הנייד בכדי להעביר אותו לחדר הניתוח. היות ומנתקים אותו ממכונת הנשמה הקבועה, זו מתחילה לצפצף (התראה על ניתוק, לחץ נמוך) והאח מכבה את הצפצוף (לא את המכונה).

בשלב הזה לא היה ברור מה לעשות עם התוספת לגז ה-NO שנותק מהחולה עם הניתוק מהמכשיר. היות ולצוות האחיות שליד מיטת החולה לא ברור מה לעשות, הם מחברים אותו מחדש למכשיר ההנשמה הקבוע. החולה נצפה מונשם ע"י המכונה ללא בעיות וללא מאמץ, כהוכחה לכך שבשלב הזה המכונה עבדה.

בשלב הזה מתחיל הביקור במחלקה להחלפת משמרת והצוות עוזב את החולה בחדר כשהוא מונשם. בין 3-4 דקות מאוחר יותר נשמעת האזעקה המחלקתית על כשל בהנשמה, כאשר הסימון על השלט האלקטרוני במרכז המחלקה מורה על חדרו של החולה. הצוות ממחר לחדר ומוצא את החולה כאשר הוא מחובר למכונה וכאשר המכונה היא במצב OFF, כלומר לא

מנשימה את החולה. מנתקים את החולה ממכשיר ההנשמה הקבוע ומנשימים אותו בעזרת אמבו. פרק הזמן שבין ההתראה המחלקתית על ניתוק או כשל בהנשמה לבין החיבור של החולה לאמבו מוערך בין 30-40 שניות לכל היותר. המכשיר נבדק אחרי האירוע ולא נמצא בו שום פגם טכני.

שיחות ההבהרה במשרדנו

כאמור, שיחות אלו נערכו עם נציגת המשפחה ועם כל אנשי הצוות הסיעודי והרפואי במטרה למצוא תשובות לשאלות שנשאלו ללא מענה בחקירה הפנימית של האירוע כפי שדווחה. לקראת שיחות הבהרה אלו תוגבר צוות משרדנו בנציגי אגף הסיעוד של משרד הבריאות. למרות כל המאמצים, לא עלה בידי צוות שיחת ההבהרה לפתור את השאלות שלא מצאו מענה בחקירה הפנימית של בית החולים.

בעקבות זאת התקיימה שיחה חוזרת עם המנהל עורך התחקיר בבית החולים, אשר הדגיש בשיחה זו באופן חד משמעי את העובדה שאזעקה לא יכולה לקרות במצב של מכשיר כבוי. משמעות קביעה זאת היא שמרגע יציאת הצוות מחדר המטופל לשם קיום ביקור ההעברה ועד להופעת האזעקה לא יתכן שהמכשיר היה כבוי.

דיון ומסקנות

מדובר בתקלה חמורה שבה התגלה כי חולה קריטי המחובר למכונת הנשמה ניחת אינו מונשם מאחר ומכשיר ההנשמה נמצא כבוי. מטרת הבירור שלנו הייתה לקבוע מתי כובה המכשיר, על ידי מי, ומדוע.

1. נקודת המוצא שלנו היא עדותה של אחותו של החולה שלפיה נערכו הכנות להעברת החולה ממכשיר ההנשמה הנייח למכשיר הנייד וארעה אזעקה, והאחות שחזרה לחדר החולה כעבור כמה דקות גילתה כי מכשיר ההנשמה כובה ואף הביעה את תדהמתה על כך בקול רם.
2. באותה עת היו במחלקה 2 אנשי צוות ממשמרת הערב: האחות א' והאחות ב', וכן 2 אנשי משמרת לילה שעמדו להחליף אותם: האח ג' והאחות ד'. ניתן לשלול את מעורבותם בהתחברות המחודשת של החולה למכשיר הנייח של 2 מ-4 אנשי הצוות: האחות א' שלא הייתה בחדר והאחות ד' שהייתה צופה פאסיבית ושלא נגעה במכשיר. לפיכך באים בחשבון כמעורבים פוטנציאליים בכיבוי בשוגג של המכשיר האח ג' והאחות ב'.
3. על פי כל העדויות, לאחר החיבור החוזר של החולה למכשיר ההנשמה הנייח החולה היה נינוח וכולם עזבו את החדר כדי לבצע החלפת משמרות מסודרת של כל חולי המחלקה.
4. כעבור כמה דקות הושמעה האזעקה מחדרו של החולה. האח ג' ובעקבותיו יתר אנשי הצוות חשו למיטתו והתגלה שהחולה אינו מונשם ומצבו החמיר. כפי שכבר נאמר, אזעקה כזאת לא יכולה לקרות במצב של מכשיר כבוי. בנוסף לכך, ניתן גם לקבוע שמשך הזמן מרגע האזעקה ועד להתייצבות הצוות ליד מיטתו של החולה היה קצר ביותר, בסדר גודל של כ-30 שניות. תומכת במסקנה זאת גם העובדה שהתאוששות החולה מרגע התחלת

פעולות ההחייאה הייתה כמעט מידית, דבר שלא היה מתאפשר אילו במצבו שהיה קריטי עוד לפני כן היה מחובר למכונה כבויה במשך זמן ממושך.

5. לעומת לוח הזמנים המשוחזר שהוא די מדויק, נשארנו ללא מענה לגבי השאלה למה כובה המכשיר ועל ידי מי.

5.1 בדיקת המכשיר אחרי האירוע על ידי טכנאים מומחים שוללת לכאורה תקלה טכנית.

5.2 פעולת כיבוי זדונית במחלקה קטנה עם צוות מיומן ומנוסה, כאשר אחות החולה צמודה לחדרו, אינה מתקבלת כלל על הדעת.

5.3 יחד עם זאת, עדיין נותרה הסוגיה של בקרת איכות פעולת ההתחברות המיוחדת של החולה למכשיר הנייח שהופעל מחדש. המכשיר הנייח לא נבדק לפני חיבורו מחדש למנוח על ידי הרספירטורי תראפיסט כדי לוודא שאכן הוא פועל ותקין. כמו כן, לא ברור לנו האם היה קיים בעת האירוע נוהל המחייב בדיקה של כל הפרמטרים במנשם נייח/קבוע טרם חיבורו לחולה, ואם היה, האם הוא קיים.

6. לגבי תפקודו של הצוות ישנן כמה הסוגות:

6.1 מהרגע שהתקבלה החלטה להוריד את החולה לחדר הניתוח לא נעשה בירור מקדים לגבי המשך הנשמתו עם NO והכנה של מנשם מתאים.

6.2 לאחר שכבר חובר החולה למכשיר הנייד מדוע היה צריך להעביר את החולה חזרה למנשם הנייח?

6.3 כאמור, לא ברור לנו האם הצוות היה כשיר מבחינת שליטתו בטכניקה של הפעלת המכשיר הנייח לבצע זאת ללא עזרת רספירטורי תראפיסט.

6.4 נראה לנו שחולה מונשם בשלב העברה ממכשיר למכשיר לא היה צריך להשאיר בלי השגחה צמודה. מבלי לחטוא בחוכמה שבדיעבד, נראה לנו שאילו קויימה השגחה צמודה כזאת לא הייתה אפשרות שחולה מונשם יישאר מחובר למכשיר הנשמה כבוי.

הפקת לקחים היא החלק החשוב ביותר של חקירת תאונות טיפוליות. הלקח המרכזי של חקירה זאת הוא ההכרה בצורך במיסוד והסדרת פעולות ההעברה ממכשיר הנשמה אחד למשנהו. בתחום זה ביצעה הנהלת המוסד עבודה ראויה לציון והמסמך המתעד זאת צורף לדו"ח הנוכחי.

אנו מבקשים להביע את דאגתנו מהתחושה שפעולות הניתוק וההתחברות של החולה למנשמים השונים לא בוצעו בזהירות המירבית המתחייבת. כמו כן, לא הוסר מליבנו החשש שהצוות לא שיתף אותנו במסירת כל פרטי האירוע בשקיפות מלאה. אנו מבקשים להביא ביקורת זאת לידיעת אנשי הצוות שהופיעו לפני הוועדה.

2.4. מוות מהשתנקות בעקבות הזרקת תרחיף אקמול ללוע

תמצית הספור הקליני

מדובר בחולה בן 54, עם רקע של סכרת ויתר ל.ד. הוא פנה למיון בית חולים כללי בגלל תלונות של מחנק בגרון וקושי בליעה, חום 38.4, דופק 140. בעקבות בליעת כדור אקמול מרוסק (שניתן ע"י האחות) הוא השתנק, הכחיל והתחיל לפרס. לאחר ייצוב ואינטובאציה בחדר טיפול מוגבר במיון הוא הועבר לבדיקת CT ושם פיתח דום לב ונשימה. לאחר מאמצי החיאה הוא הועבר ליחידת טיפול נמרץ לב אולם כעבור 8 ימים נקבע אצלו מות מוחי. לא בוצעה נתיחה.

דיון

1. לדעת הוועדה סיבת המוות הייתה השתנקות בעת בליעת כדורים.
2. מתן האקמול שלא בצורה נוזלית העלה את הסיכון לאספיראציה.
3. בעת העדויות לפני הוועדה, הצוות הסעודי לא זכר את פרטי המקרה ולא סייע להשלמת הבירור.
4. ביום האירוע היה עומס יתר בלתי רגיל על צוות חדר המיון.
5. הוועדה מציינת לשבח את התנהלותו של היועץ הקרדיולוגי אשר ליווה את החולה ביוזמתו לבדיקת ה-CT ומשם לטיפול נמרץ לב.
6. לעומת זאת סבורים חברי הוועדה שהרופא הבכיר במיון לא התלווה לחולה ואף לא היה גלוי עם הוועדה.
7. הרשומה הרפואית הייתה לוקה בחסר: הדיווח הסיעודי היה דל מאוד. הוועדה לא מצאה דווח רפואי מהמיון ודו"ח על ההחייאה שבוצעה במכון הרנטגן.
8. לא הוצע למשפחה לבצע נתיחה.

מסקנות הוועדה

1. למרות שלא בוצעה נתיחה, הוועדה סבורה כי בסבירות גבוהה ניתן לקבוע כי סיבת הפטירה הייתה אספיראציה.
2. התנהלות הצוות הסיעודי לא הייתה בהתאם למצופה. לא נכתב דו"ח סעודי על האירוע במיון. שחרור הפראמדיק למרות העומס הרב במיון היה שגוי.
3. רופא המיון לא תעד את האירוע ברשומה הרפואית.
4. לא ניתן הסבר למשפחה על מהות האירוע.
5. הוועדה מצרה על כך שלא מונה מנהל מקרה (לדעתי קביעה זו לא תואמת את התנאים הריאליים בעת האירוע ח.ה.).
6. איכות הטיפול לאחר הקריסה הייתה טובה.
7. הצוות הסעודי לא קיבל הנחיות חדשות לאחר ביצוע התחקיר הפנימי.
8. למרות ביצוע חקירה פנימית במסגרת ועדת בקרה ואיכות, לא הועברה הודעה על אירוע חריג למשרד הבריאות

המלצות הוועדה

1. יש לבחון את הסיכונים שבנוהל מתן כדורים לאחר ריסוק.
2. יש להפנים את העיקרון שהרופא הבכיר במיון הוא הסמכות העליונה במקום ועליו נופלת האחריות על ניהול המקרים המורכבים במהלך התורנות.

הערות והמלצות הנציב

המלצות אלו גובשו לאחר קריאת תמליל העדויות לפני הוועדה ועריכת שיחות נוספות עם יו"ר הוועדה וחבר הוועדה ממינהל רפואה. למרות שאין ודאות לגבי טיב המחלה שהביאה את המנוח למיון, ומהות התגובה למתן האקמול, קיימת סבירות גבוהה לכך שהחולה סבל מזיהום בדרכי הנשימה העליונות (חום, מחנק בגרון וקושי בבליעה). כמו כן על פי כל הסימנים ה- TRIGGER למפנה הדרמטי לרעה במצבו היה מתן התרחיף של אקאמול. אין ודאות לגבי טיב התגובה, האם מדובר באספיראציה לקנה-הנשימה ואטלקטאזיס של הריאה או בתגובה של רגישות יתר. יו"ר הוועדה משוכנע שהחולה פיתח LARYNGOSPASM כחלק מתגובה אנאפילקטית קשה לאקמול ואני מצרף 2 מאמרים הרלוונטים לנושא.

הטיפול לאחר המשבר החד והבלתי צפוי היה ברמה סבירה. החולה עבר אינטובאציה והונשם, לווה למכון הרנטגן על ידי רופא מיומן, אך לרוע המזל פיתח דום נשימה, ובעקבותיו ניסיון החיאה ממושך אשר הסתיים בנזק מוחי בלתי הפיך.

השאלה שנשאר פתוחה היא באיזו מידה היה קשר סיבתי בין מתן האקמול בתרחיף לבין המשבר הקשה והבלתי צפוי. יש להשלים את חקירת המקרה על ידי ביצוע שיחת הבהרה עם האחות שנתנה את התרופה שהוכנה במזרק, והרופא שהיה אחראי במיון באותה עת. כמו כן בכוונתנו לערוך התייעצות עם מומחים מובילים בתחום הא.א.ג. ו/או הרדמה לגבי הסכנות האפשריות במתן תרחיף תרופתי במזרק (לבליעה או להתזה לחלל הפה) בחולים המתקשים בבליעה. לשאלה זאת השלכות מערכתיות אפשריות חשובות.

השלמות לוועדת הבדיקה

לאחר בירור חוזר של החומר התייעודי ועדותו של הרופא אנו סבורים שהתנהלותו בטיפולו במנוח הייתה ללא רבב.

2.5. מוות מחסימת קנה בחולה עם טרכאוסטומיה קבועה ושליפת הקאנולה ממקומה

תמצית הסיפור הקליני

חולה סכיזופרני בן 51. באוקטובר עבר תאונת דרכים קשה עם שבירים נרחבים והונשם. הגמילה מההנשמה הייתה אטית ונותרה טראכאוסטומיה (פיוס קנה) קבועה. עקב יצירת רקמת גרנולאציה מעל פיוס הקנה עם היצרות, הוחלט לא להוציא את הקאנולה מתוך הפיוס.

ב- 24.1 אושפז במחלקה פנימית עקב כאבי בטן והקאות. נמצאה פנקראטיטיס עם אבן חוסמת בספינקטר ובוצעה פפילוטומיה באמצעות ERCP ובעקבותיה נצפה שיפור ניכר.

ב- 6.2 תוך התקף שיעול יצאה הקאנולה ממקומה אך הוחזרה על ידי רופא פנימי. הוזמן רופא א.א.ג. להתייעצות. הרופא, בחודש רביעי להתמחותו, התרשם קלינית כי הקאנולה במקום אך לא בוצעה בדיקה באמצעות סיב אופטי.

ב- 8.2 שוב הופיע קוצר נשימה בלוי ציאנוזיס, קושי בנשימה וירידת סטוראציה ל- 78%. החולה הונשם באמבו אך היה רושם של חסימת מעבר אויר. החולה איבד הכרה והסטוראציה ירדה ל- 50. שוב הגיע אותו רופא א.א.ג. אשר ניסה להרחיב את הפתח בקנה עם האצבע, הכניס טובוס וביצע סקשן, בהמשך ביצע חתך באזור הפיוס בצוואר, אולם ללא הצלחה. הסטוראציה נשארה נמוכה ולאחר 55 דקות ניסיון החייאה החולה נפטר. למיטב ידיעת הוועדה לא נקרא מרדים לאירוע ולא בוצע תחקיר מסודר בעקבות האירוע ברמה הרפואית או הסיעודית.

דיון

ב- 6.2 היה צריך לוודא שהקאנולה הוחזרה למקום, בעזרת בדיקה עם סיב אופטי. הוועדה מטילה ספק בטענה, המוכחשת על ידי הנהלת בית החולים, כי בבית החולים לא היה זמין באותו מועד אפילו מכשיר סיב אופטי תקין אחד.

לדעת הוועדה הניסיונות ב- 8.2 להחזרת הקאנולה לטראכאה לא צלחו, כנראה בגלל שפתח הקנה היה צר מדי. הוועדה מניחה כי פליטת תוכן הקיבה שנצפתה בכמויות גדולות הייתה תוצאה של פעולות ההחייאה ולא סיבתן.

הוועדה מדגישה כי לא בוצע תחקיר לאחר האירוע. מנהל המחלקה הפנימית כתב את דוח הארוע 10 חודשים לאחר המקרה. כתוצאה מכך, לא הופקו לקחים חיוניים כדי למנוע הישנות אירועים דומים.

לדעת הוועדה, צוות המחלקה הפנימית מיומן היטב בביצוע פעולות החייאה בסטנדרטים המקובלים. יחד עם זאת בהחייאה שבה קיימת בעיית חסימת דרכי נשימה ראוי היה שיוזמן מרדים.

הנתונים הקליניים מעלים בסבירות גבוהה מצב של חסימת הקנה מעל לגובה הטרכאוסטומיה. מאחר ומצב זה הופך את החולה לתלוי בהמשך נשימה דרך הטרכאוסטומיה בלבד, בירור מבעוד מועד של הבעיה האנטומית היה מאפשר אולי תכנון ותיקון הבעיה בטרם האסון.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. העדר מעורבות רופאים בכירים בתחום הפנימי והא.א.ג. בניהול המקרה ובהחייאה מצביע על בעיה מערכתית אשר יתכן שהשפיעה לרעה על התוצאות הסופיות.
2. העדר מכשיר סיב אופטי לשם בדיקת המצב האנטומי בקנה (במידה וזה נכון), מהווה ליקוי חמור ובלתי ראוי לבית חולים שלישוני.
3. בכל מקרה של החייאה עם בעיית דרכי נשימה ראוי ליזום השתתפות רופא מרדים.
4. הוועדה רואה בחומרה את העובדה שלא בוצע תחקיר פנימי ולא הופקו לקחים מבעוד מועד.
5. הוועדה מתקשה לקבל את טענת מרבית הצוות הסיעודי שהם אינם זוכרים את פרטי המקרה, למרות אופיו החמור והדרמאטי.

המלצות הנציב

יש לבקש את תגובת הנהלת בית החולים לנקודות שהועלו על ידי הוועדה תוך ציון הצעדים שננקטו על ידי ההנהלה לתיקון הליקויים שנמצאו. כדי למנוע אירועים נוספים מסוג זה יש לשאוף לקביעת נהלים ברורים המבטיחים השתתפות צוות בכיר במועד מוקדם ככל האפשר במהלך פעולות החייאה.

2.6. פטירה מחנק בעקבות שליפת קאנולה בחולה עם Ludwig's angina

תקציר

מדובר בחולה בן 66 אשר אושפז בבית חולים מרכזי ב- 15.6 בגלל זיהום מסוג Ludwig's angina (דלקת זיהומית של רצפת הפה) עם מהלך קשה. למרות טיפול אנטיביוטי וניקוזים כירורגיים, הוא נפטר ב- 19.6 מחסימת דרכי הנשימה העליונות בעקבות שליפה בלתי מתוכננת של צינור ההנשמה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 66, אשר שבוע לאחר השתלת עצם ללסת פיתח נפיחות בפנים שלא הגיבה לאנטיביוטיקה ואושפז עם אבחנה של Ludwig's angina. ביום האשפוז, יום שישי, בוצע ניקוז כירורגי של קולקציה בצוואר שמאל בגודל 7X6X6 ס"מ על ידי כונן פה ולסת. הועבר מורדם ומונשם למחלקת התאוששות. למחרת, בוצע ניקוז שני על ידי אותו רופא ושוב הוחזר להתאוששות. ביום א' בדיקת ה- CT והבדיקה הקלינית הראו שיפור מסוים אך ביום ב' נצפה חום 39 וירידה בסטוראציה. בדיקת CT נוספת הראתה קולקציה תת לשונית בגודל 5X3 ס"מ והסננה דיפוזית בצוואר שהעידו על החמרה. בוצע ניתוח שלישי, הפעם על ידי מנהל המחלקה ונוקז תפליט מוגלתי סרוטי. בהמשך, הועבר החולה מורדם ומונשם למחלקת טיפול נמרץ. ביום ג' תוך כוונה להעיר את החולה הופחתו תרופות ההרדמה. בעקבות זאת הופיע אי שקט. החולה התיישב וצינור ההנשמה נמשך ממקומו. ניסיונות של 2 תורנים מתמחים ושל בכיר הרדמה להחזרת הטובוס נכשלו. החולה פיתח דום לב. בוצע ניסיון לפתיחה כירורגית של דרכי הנשימה אך כל המאמצים נכשלו והחולה נפטר.

נתיחה אשר בוצעה באותו יום גילתה שהמוות נגרם על ידי חסימת דרכי הנשימה העליונות ובצקת נרחבת של הרקמות כתוצאה מזיהום בחיידקי ציטרובקטר ופסאודומונאס כתוצאה מראנולה (ציסטה) מזוהמת ברצפת הפה.

דיון ומסקנות

לדעת חברי הוועדה הטיפול במנוח לא היה מיטבי. הוועדה בחרה להתמקד בנפרד באופן הניהול הכירורגי, הכללי, ניהול דרכי האוויר על ידי הצוות המטפל והבעיות הייחודיות של תנאי הטיפול במחלקת התאוששות.

הניהול הכירורגי

לדעת הוועדה הרופאים הבכירים של המחלקה לא העריכו את חומרת המצב אצל חולה הסובל מ-Ludwig's angina. הניקוז הכירורגי היה שמרני מדי ובניתוח שלישי כבר היה צורך בפיוס הקנה.

הניהול הכללי של המקרה

ריבוי הבעיות של החולה יצר צורך בטיפול מולטי-דיסציפלינארי: ניקוז כירורגי של מורסה, התמודדות עם מצב ספטי הדורש ניסיון של פנימאי או מומחה לטיפול נמרץ, ניהול דרכי אויר הדורש מיומנות של מומחה א.א.ג. או מרדים.

לא הייתה העברת מידע מסודרת ודיון משותף בין הדיסציפלינות השונות. מרבית האשפוז היה במחלקת התאוששות שאינה מהווה מסגרת המתאימה לחולה מורכב. מעורבות הכוונים לא הייתה מספקת ולא נערך תחקיר מסודר אחרי האירוע.

ניהול דרכי האויר

במחלקת טיפול נמרץ לא היו מודעים לסכנת חסימת דרכי האויר. החולה היה צריך לעבור בשלב הרבה יותר מוקדם פתיחה כירורגית של דרכי האויר. קיים צורך בריענון נהלי ושיטות הטיפול בדרכי אויר קשים עבור מרדימים וצוות טיפול נמרץ.

הבעיות הייחודיות של אשפוז במחלקת התאוששות:

הסיטואציה בה חולה אינו שווה ביחידת טיפול נמרץ וגם לא במחלקת האם שלו יוצרת בעיות הדורשות הסדרה מידית. ביחידות אלו אין ביקורים משותפים, אין רצף טיפולי על ידי צוות קבוע מוגדר ואין העברה מסודרת בעת המעבר מהתאוששות למחלקת טיפול נמרץ. הבעיה מוחמרת על ידי העובדה שבמחלקת כירורגיה פה ולסת רופאים מועסקים בחלקיות משרה ואין כיסוי של 24 שעות ביממה לצורך תורניות.

במצב זה הפתרון המידי המתבקש הוא מינוי case manager: רופא בכיר המעניק כיסוי של אחריות רציפה על החולה לאורך כל תקופת המשבר, כולל השהות במחלקת התאוששות. ראוי שמנהל המקרה יהיה הכירורג שביצע את הניתוח אך במקרה הנדון מנהל המקרה היה יכול להיות גם מומחה בטיפול נמרץ, פנימאי או א.א.ג.

המלצות

המלצות מערכתיות: הוועדה מונה שורה של המלצות פרקטיות כפתרון לקשיים שהצביעה עליהם. כל ההמלצות הללו מקובלות עלינו וראויות לעיון מעמיק על ידי ראש מנהל רפואה כללית.

לקחים:

המשותף ל- 6 האירועים שתוארו להלן הוא מות חולה מתשניק שנגרם לא מהמחלה היסודית אלא מתקלה טכנית של חסימת דרכי הנשימה או שימוש שגוי במכונת הנשמה. ב-3 מקרים החנק היה תוצאה של שליפה עצמונית של קאנולה בחולה שהיה מצוי במצב של אי שקט. בשאר המקרים החנק היה תוצאה של סתימה בקאנולה, כיבוי בשוגג של מכשיר ההנשמה, והשתנקות מאספיראציה של כדור מרוסק. למרות שתאונות טיפוליות אלו נראות לכאורה שונות מאד

מהקבוצה הקודמת של חולים מדממים, מדובר בבעיה דומה: ברגע שחיי חולה תלויים בתפקוד תקין של צנרת, כל הפרעה בתפקוד הצנרת כגון חסימה או ניתוק בשוגג יכולה להסתיים באסון. צעדי המניעה הם טכניים, שימוש בנהלים קפדניים המבטיחים תפקוד תקין של מנגנון ההנשמה, מנגנון התרעה יעיל והכשרה מקצועית של הצוות המטפל ברמה הגבוה ביותר להתמודדות עם תקלות.

3. טעות במתן תרופה או עירוי דם (4)

3.1. הזרקה תוך ורידית של תרופה לאינהלציה

בדיקתנו החלה בעקבות קבלת תלונה על אירוע חריג שנחקר במשרדנו באמצעות שיחת הבהרה לצוות המטפל. השיחה נערכה על ידי צוות משותף של משרדי נציב הקבילות ומינהל הסיעוד.

תמצית הסיפור הקליני

המטופלת, בת 49, חולת אסטמה מוכרת אשר פנתה לעזרה לסניף הקרוב לביתה של הקופה עקב התקף אסטמה קשה. מאחר והרופאה הקבועה שלה לא הייתה בסניף, נקרא רופא אחר שאף הוא עובד באותו הסניף לעזרה על ידי האחות האחראית בסניף, שבאותו זמן סיימה את לקיחת הדמים של הבוקר. החדר לא היה מיועד לטיפולים אולם מאחר והחולה הגיעה לאותו חדר ביוזמתה, גם הטיפול הוחל באותו חדר. אחות שניה, נקראה לעזרה והיא הייתה ממונה על הבאת אמצעי הטיפול לחדר לקיחת הדמים. היא התבקשה בזו אחר זו להביא בלון חמצן ומסיכה, מזרק עם 500 מג סולומדרול, מזרק עם תמיסת ונטולין וארוונט עבור טיפול באינהלציה, ולבסוף מזרק עם סיליין לשם שטיפת הבראונולה שהוחדרה לחולה.

כל הפעולות נעשו על פי בקשת הרופא אשר היה צמוד לחולה, עדיין בחדר הדמים ולא בחדר הטיפולים. הוא עסק תחילה בהזרקת הסולומדרול, בהמשך בהחדרת הבראונולה ובסוף בשטיפת הבראונולה בנוזל שהוא סבור שהיה תמיסת סיליין. במקביל, הוא ביקש לקרא לאמבולנס כי היה סבור שהחולה תזדקק לאשפוז בבית חולים.

עדויות שלושת אנשי הצוות חופפות ואין מחלוקת לגבי מה שקרה. מקובל שבהכנת תרופה להזרקה תוך ורידית הרופא המבצע את ההזרקה מוודא את תוכן המזרק שאמור לשאת מדבקה עם שם התרופה בלווי הבקבוקון ממנו נשאפה התרופה. כך היה גם במקרה זה עם הזרקת הסולומדרול.

לעומת זאת, המזרק עם הוונטולין-ארוונט עם תמיסת האינהלציה לא היה אמור להגיע כלל לידי הרופא. הוא נמסר על ידי האחות השנייה לאחות האחראית. האחות האחראית הייתה עסוקה בהכנת מכשיר האינהלציה לשימוש והניחה לרגע את המזרק על השולחן היחיד שהיה בחדר מבלי שהרופא שגם הוא היה במרחק הושט יד, היה מודע לכך. הרופא מצידו הושיט את היד, ראה מזרק עם נוזל צלול אבל לא מסומן, והיה סבור שמדובר במזרק הסיליין לשטיפה שביקש קודם לכן.

מיד עם ביצוע ההזרקה התוך ורידית חזרה האחות השנייה לחולה וגילתה את מה שקרה. היא הזעיקה (בקול רם) את המערכת כולל הרופא, יידעה את צוות מד"א שהגיע מיד לאחר מכן וכל זאת כשהחולה בהכרה מלאה וללא שום כוונה להסתיר ממנה דבר. השגיאה של הזרקת תמיסת האינהלציה לווריד גם צוינה באופן ברור במכתב ההפניה של הרופא לאשפוז בבית החולים.

שאר המהלך מתועד היטב בדו"ח מד"א ובסיכום המחלה. בתחילה נמצאה עליית לחץ דם עד 165/123 והפרעת קצב מסוג SVT. מאחר והחולה התלוננה על כאבים בחזה ונמצאה עליית קטעי ST ב-EKG וגם עליה בטרופונין, בוצעה בבית החולים אנגיוגרפיה אשר הייתה מוצדקת

לחלוטין בנסיבות שהיו, ולא הראתה בעיה בעורקים הכליליים. למחרת, עם ייצוב מצבה שוחררה החולה לביתה.

דיון

מדובר במתן תרופה אשר הייתה מיועדת לשימוש במשאף אצל חולת אסטמה, בהזרקה תוך ורידית שגויה. החומר ידוע כגורם להתכווצות כלי דם ואכן הביטויים הקליניים של התאונה הטיפולית היו צפויים על פי תכונות התרופות שניתנו.

הטעות הייתה תוצאה של מעידה – אי הקפדה על הנוהל המחייב לוודא תמיד את טיב החומר המוזרק תוך ורידית. חובה זו חלה בראש וראשונה על הרופא המזריק. הסיבה לטעות הייתה החיפזון ותנאי הלחץ בו בוצעו הפעולות לנוכח מצבה הקשה של החולה בחדר שאיננו מיועד לטיפול במקרים דחופים. למרות שהאחיות נהגו רוב הזמן על פי הנהלים, המצב המסוכן נוצר כאשר המזרק הונח על השולחן היחידי שהיה בחדר הקטן שלא היה מיועד להיות חדר טיפולים.

מסקנות

1. במידה ומתעורר צורך בטיפול חפוז במרפאה ציבורית, יש להעביר את המטופל בהקדם האפשרי לחדר הטיפולים הייעודי של המרפאה.
2. הרופא המזריק חייב לוודא את מהות החומר המוזרק גם כאשר הכוונה הייתה בסך הכול שטיפת בראונולה בסילין.
3. ראוי שהנהלת המחוז תביא את תיאור האירוע והלקחים שהופקו לידיעת כל הסניפים במחוז כדי לשמש חומר למידה בתחום ניהול הסיכונים.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר במטופלת בת 78 עם רקע של סכרת, יל"ד, מחלת לב איסכמית ואי ספיקת לב אשר עברה ניתוח דחוף שכלל החלפת המסתם המיטראלי וביצוע מעקפים כליליים. המהלך אחרי הניתוח היה בעייתי והתאפיין באירועים של גודש ריאתי, וזיהום ריאתי. היא הועברה למחלקה פנימית ב-11.2 מונשמת לאחר טראכאוסטומיה. ב-13.2 התגלתה איסכמיה של גפה תחתונה עקב תסחיף עורקי. בוצעה אמבולקטומיה דחופה שלאחריה ניתנה פקודה למתן הפרין במינון של 500 יח לשעה. האחות המופקדת מהלה תמיסה של 25000 יח הפרין ב-50 ס"ס תמיסת מלח והכינה אותה להזלפה במשאבת הזרקה שהייתה אמורה להזליף הפרין בקצב של 7 יחידות לקילוגרם לשעה אך בפועל הזינה את משאבת ההפרין בכמות של 500 יחידות לקילוגרם לשעה, דהיינו פי 70 מהכמות הנדרשת. יתר על כן, היא חזרה על פעולה זאת 4 פעמים בפרק זמן של 4 שעות. הטעות התגלתה כאשר בדיקת PTT הראתה ערך שמעל 150 שניות ובעקבות הודעת פאניקה מהמעבדה הופסק הטיפול, התקיימה התייעצות בזק עם המטולוג והחולה קיבלה טיפול באנטיידוט פרוטאמין. בפועל, בשום שלב לא נצפה סיבוך של דימום יתר ולמעשה הטיפול בהפרין חודש כעבור כיומיים. החולה נפטרה ביחידת טיפול נמרץ 20 יום לאחר האירוע לאחר שסבלה מדלקת ריאות, הפרעות קצב ואי ספיקת כליות.

דיון

הוועדה בחרה להתייחס לשאלות הבאות:

1. ההתוויה למתן ההפרין – הייתה מוצדקת לאור פרפור פרודוריים בשילוב עם תהליך אמבולי.
2. הפקודה למתן הפרין – העובדה שפקודת הרופא הייתה למינון כולל לשעה של 500 יחידות בעוד שמכשיר ההזלפה מכויל ליחידות לקילוגרם לשעה יצרה בלבול. הפקודה הייתה צריכה להינתן באותן יחידות המופיעות בכיול המכשיר.
3. הניסיון הקודם של הצוות – לצוות לא היה שום ניסיון קודם בשימוש במודל זה של משאבת ההפרין.
4. האם האחות הצמודה פעלה על פי הנהלים – האחות הייתה צריכה לדרוש שינוי הפקודה ליחידות הזהות ליחידות כיול המכשיר. בקרה כפולה בוצעה רק באופן חלקי. האחות הייתה צריכה להתריע על חוסר ניסיון קודם שלה בשימוש במשאבה למתן הפרין.
5. האם האחות אחראית המשמרת פעלה כמצופה – היא ביצעה בקרה כפולה רק באופן חלקי. היא הייתה צריכה לבקר את פעולות האחות המופקדת ביוזמתה. כמו כן היה עליה להתריע בפני האחות הכללית כי מתבצעת במחלקה פעילות שאינה שגרתית עבור הצוות הסעודי של המשמרת.
6. האם האחות הכללית פעלה כמצופה – היא לא הייתה מודעת לקיום הבעיה.
7. צוות המעבדה - פעל ללא דופי.

8. האם הטמעת הטכנולוגיה של משאבת ההזרקה נעשתה כיאות – עובדת התאונה הטיפולית מוכיחה כי נהלי ההטמעה היו לקויים. בנוסף, דגם המשאבה שהשתמשו בה לא כלל הצבת גבולות למינון. כתוצאה מכך משאבות אלו הוצאו מאז מן השימוש.
9. עד כמה הטעות נפוצה – מדובר בטעות נפוצה וחשובה אשר זכתה אפילו לעריכת כנס מדעי בארה"ב שהוקדש לשיפור בטיחות השימוש בהפרין.
10. האם היה נכון לאשפז את החולה במחלקה הפנימית – הוועדה סבורה שלאחר ניתוח האמבולקטומיה הדחופה המקום הנכון להמשך אשפוז החולה היה בטיפול נמרץ. גם אם היה קושי למצוא מיטה כזאת עבורה, הצוות היה צריך לתעד בגיליון מדוע החולה לא הועברה לטיפול נמרץ.
11. האם מתן ההפרין במינון גבוה גרם לנזק בלתי הפיך או למות החולה – הוועדה סבורה שסיבת המוות לא הייתה קשורה באופן ישיר לטעות במתן ההפרין.

המלצות הנציב

אני מציע לאמץ את המלצות הוועדה כלשונו. מדובר בדו"ח ועדה הערוך וכתוב ברמה מעוררת כבוד. בגלל חשיבות הנושא ושכיחות הבעיה אני ממליץ על הפצת הדו"ח לכל מוסדות הרפואה בארץ.

תמצית הסיפור הקליני

המנוחה הייתה חולה בת 83, עם רקע של מחלות פנימיות כרוניות קשות. היא אושפזה במרכז רפואי במחלקה האורתופדית בדצמבר בגלל שבר פתוח דיסטאלי בפמור, ונפטרה כעבור כשבועיים בתמונה של אי ספיקה רספירטורית. טענת המשפחה בתלונתה הייתה כי החולה קיבלה מנת דם שגויה שגרמה לה לנזקים רבים, ושהטיפול בהמשך היה רשלני ובסופו של דבר גרם למותה.

דיון

במסקנותיה התייחסה ועדת הבדיקה לשאלת הטעות בהתאמת הדם למנוחה, ולסוגית המשך הטיפול בה לאחר הניתוח האורתופדי.

א. **הטעות בהתאמת הדם לעירוי:** לדעת הוועדה, הכשל העיקרי בטעות בהתאמת הדם נבע מאי היצמדות צוות בנק הדם לנוהל הקיים. בארבע תחנות בתהליך העבודה של קביעת סוג והכנת הדם לא נעשתה פעולה מרכזית וקריטית לבטיחות התהליך והיא בדיקת ההתאמה של פרטי המטופלת שעל המבחנה ועל גבי הטופס. הפרטים נלקחו מהטופס ולא מהמבחנה, כאשר ברור שבעבודה בבנק הדם הפרטים שעל המבחנה הם שקובעים.

למרות הטעות שבמתן הדם, לא נמצאה עדות להמוליזה תוך כלית. יתכן שהסיבה לכך היא שבאנשים מבוגרים ריכוז הנוגדנים אינו גבוה, ולכן הנזק עשוי להיות פחות חמור. התחלואה הייתה מינימלית, ולא הייתה פגיעה בתפקודי קרישה או בתפקודי הכליה. הפעולות הקליניות למעקב וניטור אחרי האירוע היו כמקובל והחולה הועברה למח' לאורתופדיה כשהיא במצב טוב.

ב. **איכות הטיפול שלאחר הניתוח:** הוועדה סבורה שלא היה קשר ישיר בין הטעות במתן הדם להידרדרות הקלינית בהמשך, שכן לאחר הטעות במתן הדם החולה הייתה בהשגחה ב-ICU, הועברה משם למחלקה אורתופדית במצב יציב, ובימים הראשונים עדיין הייתה במצב טוב.

לדעת הוועדה מדובר בחולה עם אי ספיקת לב ברקע ועם מחלת ריאות כרונית שבמהלך לאחר הניתוח פיתחה החמרה באי ספיקת הלב ואולי אירוע קורונארי חריף ובהמשך דלקת ריאות ממנה נפטרה.

לוועדה לא היה ברור אם המרדימים והצוות המטפל היו מודעים לכך שלחולה יש ירידה קשה בתפקוד חדר שמאל. לאור מצב זה, החולה הייתה צריכה לקבל דם במחלקה האורתופדית במועד מוקדם יותר לאור האנמיה שפיתחה וגם לעבור למחלקה פנימית מוקדם יותר, או לקבל התייחסות יותר אינטנסיבית מצד הפנימאים.

כן מבקשת הוועדה להעיר כי לדעתה תקשורת יותר יעילה וטובה בין הצוות המטפל למשפחה הייתה חוסכת הרבה אי הבנות.

הפקת לקחים

הנהלת בית החולים דווחה על הפעולות הבאות שננקטו בעקבות האירוע לשם הגברת הביטחון במתן דם והקטנת הסיכוי לטעות דומה בעתיד :

1. הדרכה מחודשת של כל העובדים בדבר חשיבות הפרטים על המבחנה ועמידה בבחינה על הנושא.
2. תיקון הנוהל בהתאם.
3. הדרכת הרופאים והקפדה על הדבקת מדבקת החולה לאורך המבחנה, הדבקה שמאפשרת קריאה בעזרת קורא הבר-קוד.

המלצות הנציב

הומלץ שפרטי האירוע והלקחים של ועדת הבדיקה יובאו לידיעת יו"ר הוועדה המייעצת למשרד הבריאות ברפואת עירויים, כדי לערוך דיון בלקחים מהמקרה בפורום מנהלי בנקי הדם ומנהלי המעבדות בארץ, וגיבוש המלצות עבור משרד הבריאות שתאפשרנה נקיטת צעדים למניעת הישנות מקרים דומים בעתיד.

3.4. מוות ממינון שגוי של התרופה מתוטרקסאט

תמצית הסיפור הקליני

בת 85, טופלה בביתה עקב ראומטואיד ארטריטיס במתוטרקסאט (MTX) 5 מ"ג לשבוע. התקבלה למוסד סעודי ב- 14.9 בגלל שיטיון מתקדם ושהתה בו עד ה- 27.9 סה"כ 13 יום. במשך אותה תקופה קיבלה מינון שגוי של מתוטרקסאט 5 מג כל יום. הופנתה לאשפוז בבית חולים כללי בגלל חום וכעבור 10 ימים נפטרה עם אגרנולוציטוזיס עקב מינון יתר של המתוטרקסאט.

ממצאי הוועדה

רופא המשפחה ציין ברשומות של החולה את המינון הנכון וגם באריזת התרופה מבית המרקחת צויין המינון הנכון.

ב-16.9.11 ניתנה ההוראה על ידי רופא המוסד הסיעודי למתן MTX 5 מג' ליום. ההוראה הוצאה לביצוע על ידי האחות ובהמשך על ידי אחיות אחרות בחתימות חוזרות. ב-22.9 פיתחה החולה חום וטכיקרדיה. ב-23.9 החום נמשך והרופא הורה טלפונית על מתן אקמול. ב-24.9 החמיר החום והופיעו כאבים בפה. ב-25.9 תועד פה מחופה. מקבלת זינאט וטיפול בפטריות. לא אוכלת. ב-27.9 מופנית לאשפוז בבית חולים כללי בגלל החמרת מחלת החום ועל פי דרישת המשפחה. למחרת אשפוזתה התגלה הטיפול השגוי ב MTX, אגרנולוציטוזיס ואלח דם. למרות טיפול תומך אינטנסיבי היא נפטרה.

מסקנות הוועדה

הטיפול השגוי ותוצאותיו הטראגיות היו תוצאה של שרשרת טעויות:

1. רופא הבית של המוסד הסיעודי לא הכיר את התרופה, טעה במינון ולא זיהה את סימני תופעות הלוואי של מינון היתר.
2. היועצת הגריאטרית הבכירה של המוסד לא התריעה על המינון יוצא הדופן של התרופה ועל צעדי הזהירות הנדרשים.
3. הצוות הסיעודי לא הכיר את התרופה ולא התעניין, ולכן לא גילה את המינון השגוי ותופעות הלוואי המסוכנות.
4. הוראות השימוש בתרופה לא הועברו בצורה ברורה על ידי הקופה בעת הקבלה למוסד הסיעודי.
5. מאחר ומדובר בשגיאה שנצפתה באירועים קודמים דומים, הוציא משרד הבריאות איגרת בטיחות בנושא המתוטרקסאט אשר הופצה בכל מוסדות הרפואה בארץ (מצורף לסיכום זה).

המלצות נציב קבילות הציבור

מבחינה מערכתית מדובר באסון טיפולי שניתן היה למנוע אותו אילו אחד מהמעורבים היה מקדיש יתר תשומת לב לכללי הטיפול בתרופה זו- דוגמה מובהקת לתופעת ה"גבינה השוויצרית".

הדרך למניעת טעות מסוג זה בעתיד היא החדרת התודעה לסכנה וקביעת כללי בטיחות ברורים. בעקבות ועדת בדיקה קודמת שבוצעה על ידינו הקדיש משרד הבריאות מאמצים מיוחדים לנושא זה ואני מצרף לעיונכם את איגרת המערך לבטיחות הטיפול ממרץ 2013 והנחיות אגף הרוקחות באותו נושא ממאי 2013 מס 109.

לקחים:

בניגוד לתאונות הטיפוליות שתוארו מקודם שבמרביתן הנזק היה מיידי ובלתי הפיך, במתן שגוי של תרופות יש לעתים מרווח זמן המאפשר מניעת נזק. כך למשל ב-3 מ-4 המקרים הצוות המטפל הזעיק לאלתר את המערכת, איפשר שימוש בתרופת נגד במקרה הצורך והודות לכך הנזק היה מינימאלי. לעומת זאת, במקרה של מתן השגוי של MTX אף אחד לא היה מודע לטעות החמורה ולכן לא ניתנה הזדמנות לתיקון הנזק על ידי הפסקת הטיפול היומיומי השגוי, ושימוש בחומצה פולינית שהיא תרופת הנגד להרעלת MTX. התוצאות היו קטלניות.

ניתן למזער את הסכנה של שימוש שגוי בתרופות על ידי שמירה על כמה עקרונות: נהלים כתובים של כללי שימוש בתרופות נפוצות; לוודא כי הצוות המטפל מכיר את התרופה וסכנותיה; להשתמש אך ורק בתרופות המסופקות על ידי בית מרקחת ולאפשר בכך התערבות בית המרקחת בכל מקרה של מינון שגוי ו- דווח לאלתר על כל טעות שארעה ולאפשר בכך את תיקון הנזק מבעוד מועד.

4. חדירה תוך ורידית של גז CO₂ בניתוח לפרוסקופי (2)

4.1. נזק מוחי קבוע בגלל תסחיף גז CO₂ בעת כריתת תוספתן לפרוסקופית

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בנער בן 14 אשר הגיע למיון בית חולים כללי עם כאבי בטן ימנית תחתונה וספירה לבנה של 15,400 US. בטן היה לא אבחנתי אבל CT בטן שבוצע למחרת התאים לאפנדיציטיס חריפה. הוחלט על כריתת תוספתן לפרוסקופית. במהלך החדרת מחט וורש והזרמת גז CO₂ התפתח הלם היפו-וולמי פתאומי. בהמשך התברר שארעה תקלה שגרמה להחדרת גז ה-CO₂ למחזור הדם. כתוצאה מכך, נגרם נזק מוחי קשה ובלתי הפיך המתבטא היום בשיתוק 4 הגפיים, תלות מוחלטת בסביבה ואירועים של אספיראציות חוזרות.

מסקנות הוועדה

1. הניתוח היה מוצדק והוא בוצע על ידי צוות בעל ניסיון סביר.
2. ההחלטה על העדפת שיטת הניתוח הלפרוסקופית על פני ניתוח פתוח הייתה לגיטימית.
3. מדובר בתאונה טיפולית נדירה ביותר אשר תוארה ב- 0.06 עד 0.002% בלבד של הניתוחים הלפרוסקופיים.
4. לפני הזלפת ה-CO₂ לא בוצעה שאיבה ממחט ה-Veress. אילו בוצעה שאיבה כזאת היא יכולה הייתה לגלות כי קצה המחט היה בתוך ווריד. אולם הוועדה מציינת כי שאיבה מסוג זה איננה מבוצעת היום באופן רוטיני.
5. הטיפול ההתחלתי לאחר האירוע היה בהתאם לכללים.
6. המשך הטיפול באירוע, כלומר לאחר 10 הדקות הראשונות בהן לא הושג שיפור, התנהל על בסיס הנחה שגויה של איבוד דם מאסיבי ולא לקח בחשבון אפשרות של תסחיף גזים.
7. לדעת הוועדה הנחת העבודה השגויה גרמה לאחור נוסף של כ-5 דקות עד לאבחנה של תסחיף גז ה-CO₂.

המלצות הוועדה

1. הוועדה המליצה להעלות את המודעות בין המנתחים והמרדמים כאחת לסכנה של אמבולית גז בניתוחים לפרוסקופיים.
2. כמו כן המליצה הוועדה על פעולת שאיבה רוטינית לאחר החדרת מחט Veress כדי למזער את הסיכון של חדירה אקראית לכלי דם גדול.

המלצות נציב הקבילות

1. מדובר בתאונה טיפולית של החדרה בשוגג של גז CO₂ למחזור הדם אשר גרמה לנזק מוחי חמור וקבוע אצל נער ללא מחלות רקע, בניתוח הנחשב לבטוח יחסית.

2. סיבוך זה נדיר ביותר ולכן הוא היה בלתי צפוי. האבחנה נעשתה באיחור יחסי, עובדה שפגעה ביעילות ותכליתיות מאמצי ההחייאה.
3. ניתן היה למנוע החדרת גז למערכת הורידית אילו בוצע ניסיון שאיבה כדי לוודא שקצה המחט נמצא במקום הנכון.
4. בסעיף 4 של דיון ומסקנות ציינו חברי הוועדה כי שאיבת ניסיון כזאת אינה פעולה רוטינית. כוונתם הייתה שפעולת השאיבה אינה מקובלת בקרב הכירורגים בארץ כחלק אינטגרלי ומחייב של החדרת מחט VERESS. קביעה זאת אושרה בשיחות שערכתי עם מספר כירורגים מובילים בארץ, אולם נוהל זה אינו מתיישב עם המלצות ה-SAGES שהיא ה-Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons מהדורה שניה 2006 עמוד 19 המציין בפירוש צורך בפעולת שאיבה לפני ואחרי הזלפת תמיסת מלח כדי לוודא שהמחט איננה בכלי דם, מעי או שלפוחית שתן. לאור שיקולים אלה אני ממליץ לקבל כלשונן את ההמלצות המערכתיות מס. 1 ו-2 של ועדת הבדיקה.

4.2. חשד לתסחיפי CO2 בעת ניתוח לפרוסקופי

מדובר בחולת סקלרודרמה בת 37 אשר נפטרה בעקבות ניסיון לביצוע סימפאטקטומיה אלקטיבית עקב נזק מוחי איסכמי.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 37, חולת סקלרודרמה. התקבלה לאשפוז כירורגי בבית חולים כללי לביצוע סימפאטקטומיה אלקטיבית בגלל תופעות רינו קשות. בנוסף, כתוצאה מהמחלה היא גם סבלה מפאנציטופניה, ומחלת ריאות אינטרסטיציאלית. בהכנות לניתוח היה צפי של קושי באינטובאציה בגלל מפתח פה קטן. הייתה הצדקה ברורה לניתוח.

החולה נותחה ע"י כירורג בעל ניסיון רב בסוג זה של ניתוחים. לאחר החדרת מחט VERESS הכירורג לא הצליח להפריד את הריאה מדופן בית החזה. לאחר כמה ניסיונות הפעולה הופסקה. תוך כדי ההרדמה החולה פיתחה ברדיקרדיה והיפוקסיה. בהמשך בוצעה אקסטובאציה והחולה הועברה להתאוששות. בהתאוששות נמשכו לחצי דם נמוכים בסביבות 70/40. כעבור כשעתיים וחצי בהתאוששות התעורר חשד לבעיה נוירולוגית. החולה עברה אינטובאציה כעבור 3 וחצי שעות ונשלחה ל-CT. בהמשך בוצע MRI שעורר חשד ל- GAS EMBOLI. נצפו אוטמים חריפים מרובים אולם נראו גם אוטמים ישנים. 14 שעות לאחר הניתוח הופנתה החולה לטיפול בתא לחץ בבית חולים שני. אולם, לאחר בדיקתה בבית החולים השני הטיפול בתא הלחץ לא בוצע בגלל הסיבות הבאות: מציאות חזה-אוויר שארי עם חשד לקרע בברונכוס, בגלל הזמן הרב שעבר ובגלל שלדעת הרופאים ה-MRI לא ממש הראה אמבוליה של גאז.

החולה הוחזרה לבית החולים הראשון ואושפזה בטיפול נמרץ. בגלל חשש לקרע בברונכוס ראשי הוחלט על החלפת הטובוס כדי לאפשר ברונוכוסקופיה. במהלך פעולה זאת התדרדרה החולה המודינאמית ונשימתית וניסיונות ההחייאה לא צלחו.

מסקנות הוועדה

1. למרות שמהלך האירוע מצביע בבירור על נזק מוחי שקרה בעת הניתוח, המנגנון שגרם לכך לא ברור. הוועדה שקלה שני הסברים אפשריים – תסחיף גז CO2 שהוזרק בעת הנסיון לביצוע הניתוח, או היפוקסיה. אם המדובר בהיפוקסיה, לא ברור מה הייתה הסיבה לנזק כה חמור אחרי היפוקסיה לא ממושכת.
2. במהלך הטיפול לאחר הניתוח בלט העדרו של CASE MANAGER שתפקידו היה אמור להיות לנווט את ההחלטות הטיפוליות בין היועצים הרבים שהגיעו מדיסציפלינות שונות. העדר מנהל מקרה גרם למספר פעולות שגויות או מיותרות, כגון ההחלטה להעביר את החולה למוסד אחר לשם טיפול בתא לחץ כאשר הפעולה הזאת לא יכלה להתבצע עקב קיום בו זמני של התוויות נגד ברורות כגון קיום חזה-אוויר, זמן רב מדי שחלף עד להעברה והעדר הוכחה (לגרסת הרופאים בבית החולים השני) לתסחיפי גז CO2 למוח. כמו כן, ההחלטה לבצע

ברונכוסקופיה בסיכון גבוה למרות העדר עדות קלינית או רדיולוגית לדלף אויר משמעותי לא הייתה מחוייבת המציאות ויתכן שגרמה לקריסתה הסופית של החולה.

3. המסקנה המערכתית העיקרית של הוועדה הייתה הפניית תשומת הלב לצורך בהסדרת האחריות על חולים הנמצאים בחדר ההתאוששות לתקופה הקריטית שבין היציאה מחדר הניתוח ועד לפינוי מקום עבורם בטיפול נמרץ. מסקנה זאת ראויה לתשומת לב מיוחדת וגיבוש מדיניות ברורה שתאפשר עבודה מוסדרת בחדרי ההתאוששות תוך הגדרת סמכויות המבטיחה תפקוד יעיל.

המלצות הנציב

1. מדובר בנזק מוחי קשה ובלתי צפוי בעקבות ניתוח אלקטיבי. הפעולה הכירורגית ננטשה בגלל קשיים בהפרדת הפלאורה אך לא נמצאו ראיות לחריגת הצוות המטפל מהנהלים המקובלים בניתוח מסוג זה.
2. לאחר העברת החולה להתאוששות ובהמשך ליחידת טיפול נמרץ, בוצעו כמה פעולות שגויות ואף מיותרות, כפי שצוין בדו"ח הוועדה, אשר יתכן שאף החמירו את הנזק הקיים. האחריות להחלטות השגויות מתחלקת בין מספר רב של משתתפים.
3. המסקנות המערכתיות של הוועדה ראויות לעיון מעמיק והן תובאנה לדיון משותף עם צוות האגף לרפואה כללית.

לקחים:

שני האירועים שתוארו מציפים את הסיכון הפוטנציאלי של סיבוכי בלתי רגיל של ניתוחים לפרוסקופיים. השימוש בגאז דו תחמוצת הפחמן CO₂ מיועד ליצור חלל מלא אויר המאפשר למנתח ראייה טובה של שדה הניתוח לפרוסקופי. במקרה של חדירה בשוגג של מחט וורש המשמשת להזרקה לכלי דם גדול, הגאז עלול לחדור למחזור הדם ולגרום נזקים חמורים לאברים פנימיים, בראש וראשונה להפרעה בזרימת הדם למוח. סיבוכי זה הוכח מעל לכל ספק במקרה הראשון ונשאר בגדר חשד בסבירות גבוהה במקרה השני. הדרך למנוע תאונה כזאת היא שלילת חדירה לכלי דם על ידי שאיבה בלחץ שלילי.

5. תקלות אחרות (4)

5.1 דום לב לאחר החדרה שגויה של קולונוסקופ

קיצור סיפור המעשה

המנוחה ילידת 1954 סבלה מהשמנת יתר קשה BMI 43. מאובחנת כסובלת מסרטן כיס השתן TCC ועברה כריתת כיס שתן ויצירת ILEAL CONDUIT (כיס שתן חליפי מלולאה של מעי עם מוצא לסטומה בקיר הבטן). ביולי עברה ניתוח אורולוגי חוזר לכריתת גרנולאציה בפתח הסטומה.

באוקטובר הופנתה לבירור גסטרו כלל אנדוסקופיה וקולונוסקופיה על ידי רופא משפחה של קופת חולים בגלל כאב בטן ברום הבטן ודם סמוי בצואה. צוין שאינה סובלת מכאב בבטן התחתונה או בפי הטבעת. בהפניה צוינה האבחנה של TCC ללא פירוט נוסף.

הביקור במרפאת גסטרו במתקן אמבולטורי בקהילה נערך באותו חודש בסמוך לשעה 18.45. לפני כן לא נערך רישום של קבלת רופא שהייתה אמורה לכלול אנמנזה ובדיקה פיזיקאלית. הדוקומנט היחיד על האירוע המצוי בידינו הוא דו"ח שהוכן על ידי הגסטרואנטרולוג כמה ימים אחרי האירוע. על פי אותו רופא בוצעה בתחילה גסטרוסקופיה ללא ממצאים ראויים לציון וללא סיבוכים. כעבור הפסקה של כ- 7 דקות בין בדיקה לבדיקה הוחל בבדיקה שהייתה אמורה להיות קולונוסקופיה. הרופא ראה את הפיום וסבר שמדובר בסטומה של קולוסטומיה. נערכה בדיקה ידנית בהחדרת אצבע ובהמשך הוחדר קצה של קולונוסקופ. באותו רגע האישה צעקה שיש לה כאב בטן וחזה. בינתיים הופיע ספזם בכפות הידיים, והראש נטה לאחור. על צג המוניטור הופיעה ירידה בסטוראציה ל- 74%. היה דופק על הצג (לא זכור המספר) ולא היו תנועות נשימה. החולה חוברה לחמצן באמצעות מכשיר אמבו והוזמנה נידת מ.ד.א. ובהמשך גם נט"ן. לא הוכנס טובוס מאחר והגסטרואנטרולוג לא היה מיומן בפעולה זו. ניתנו התרופות הבאות: אנקסאט, אדרנלין, דקסאקורט, ביקרבונאט ופרוקור. עם הופעת VF בוצעה גם דפיברילאציה. למרבה הצער מאמצי ההחייאה לא צלחו.

בוצעה נתיחה למחרת האירוע. בקטע המעי המחובר לנקב הפיום לא נמצאה התנקבות, דימום או תגובה דלקתית נראית לעין. בבדיקה הטוקסיקולוגית נמצאה כמות מזערית של תרופות הרגעה. לא נמצאה סיבה אנטומית שיכולה להסביר בוודאות את סיבת המוות. הפתולוג מסכם כי בהתבסס על נסיבות האירוע במהלך בדיקה פולשנית, בשילוב עם גורמי סיכון כגון השמנת יתר, כבד שומני ולייפת שריר הלב, יתכן שהמדובר בהפרעה קטלנית בקצב הלב. הנחה זו נסתרת על ידי העובדה שבעת דום הנשימה הייתה פעימת לב סדירה.

ההיבטים הקליניים של האירוע

סיבת המוות לא ידועה בוודאות אף כי דום הנשימה ארע תוך כדי פרוצדורה חודרנית מאד לא סבירה, של החדרת קולונוסקופ לפיוס של תחליף לכיס שתן - אילאל קונדואיט. השאלה הנוגעת היא האם הבדיקה החודרנית הייתה מוצדקת והאם היא בוצעה באופן סביר.

האינדקס לבדיקה: על פי המידע שהתקבל מרופא המשפחה החולה סבלה מכאבי בטן עליונה והייתה לה בדיקת דם סמוי חיובית. בתנאים אלה הבדיקה הייתה מוצדקת.

התאמת המקום לבדיקה: למנוחה היה רקע רפואי בעייתי. היא סבלה מהשמנת יתר ובצקות ברגליים, והיא הייתה עם עבר של מחלה סרטנית עם מצב אנטומי בטני מסובך. בתנאים אלה הבדיקה הייתה צריכה להיערך במרכז רפואי גדול בו קיימת אפשרות להיעזר בצוות רפואי נוסף, במיוחד במקרה של דום נשימה שהיא בעיה מאד נפוצה בחולים עם השמנת יתר.

הערכה רפואית בטרם הבדיקה: בשימוע נטען כי קיימת הערכה כזאת והיא מתבצעת על ידי הרופא המפנה: טענה זאת הינה חסרת שחר. מומחה גסטרו אינו טכנאי המבצע בדיקות פולשניות בלי שיקול דעת משלו. העובדה שהגסטרואנטרולוג לא היה מודע למהות הסטומה שהוא ראה, מעידה על כך שהוא לא הכיר כלל את החולה ולא היה מודע לסיכונים האפשריים למעשיו.

מסקנות קליניות

1. בגלל הרקע הבעייתי של החולה הבדיקה לא הייתה צריכה להיערך במרפאה קהילתית שאינה ערוכה לטפל באירוע חריג מסוג דום נשימה או דום לב.
2. החדרת קולונוסקופ לאילאל קונדואיט ileal conduit מהווה חריגה חמורה מנורמות מקובלות של עבודת רופא.
3. הרופא לא הכיר את החולה, לא בדק אותה כראוי ולא היה מודע לסכנות החמורות של החדרת קולונוסקופ לקונדואיט.
4. האירוע הטראגי היה מיותר לחלוטין והתוצאות היו שונות אילו הבדיקה הייתה מתבצעת במסגרת בית חולים הערוך להתמודד עם מצב חירום רפואי.

היבטים מערכתיים

1. עיקרי החקירה המקבילה, אשר בוצעה על ידי מינהל רפואה מתוארים במכתב הסיכום של האחות הממונה הארצית על יישום סטנדרטים. במסגרת הבירור במנהל רפואה נערכו שיחות הבהרה עם המנהל הרפואי של הקופה ועם מנהל ניהול סיכונים ומנהל אגף הרכש של הקופה. בשיחה הועלתה עמדה כי הקופה אינה רואה עצמה כמחויבת לקיום בקרה רפואית על רמת השירותים הניתנים לקופה כאשר מדובר במכון המהווה שירות קווי. יתר על כן, נטען על ידי המרואיינים כי האחריות לדיווח על פטירה ואירועים מיוחדים היא של בעל המקום ולא של הנהלת הקופה. טענות אלו הן חסרות שחר ומדאיגות ביותר במידה והן משקפות את עמדת הקופה לגבי חובותיה בעת קניית שירותים חיצוניים עבור מבוטחיה.

שנה וחצי לפני האירוע הנוכחי נערך ביקור ביוזמת הקופה של אחד מבכירי הגסטרואנטרולוגים בארץ במתקנים לביצוע בדיקות גסטרואנטרולוגיות על ידי המכון המספק שירות קנוי עבור מבוטחי הקופה. בעקבות זאת, הגיש המומחה הבכיר עוד באותו חודש את המלצותיו. בהמלצות אלו הוא כתב כי שיטת רישום הבדיקות והדו"חות אינה מאפשרת קבלת מידע בזמן אמת אודות הבדיקות שבוצעו. כמו כן הוא מזהיר שצוות המורכב מרופא, אחות, טכנאי ומזכירה הינו רחוק מלספק את הדרישות בשעת חירום העשויה להתרחש. לאור שיקולים אלה הוא כותב כי לא נראה לו שהקופה צריכה להיות מעוניינת שמבוטחיה יעברו בדיקות אנדוסקופיות במתקנים שנבדקו, ורצוי שבגלל ההיבטים שנסקרו יופנו החולים למתקנים המתאימים למאה ה- 21 ולא למאה הקודמת. מסמך זה הנו בבחינת נבואה שהגשימה את עצמה ומטיל את מלוא האחריות על ההנהלה הרפואית של הקופה.

2. ממצאי בדיקתנו מדאיגים ביותר ומחייבים בירור מעמיק עם הנהלת הקופה באשר לחובותיה בהבטחת איכות השירות הקנוי עבור מבוטחיה מגורמים חיצוניים.

5.2. החדרה שגויה של זונדה להזנה לברונכוס – בוצע צילום אך הוא לא נבדק

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 62 שסבל ממחלות רקע קשות כולל יתר לחץ דם וסכרת עם פגיעה באברי מטרות רבים, השמנת יתר, אי ספיקת לב, מחלת מסתמים, אוטמים רבים במוח וירידה קוגניטיבית. הוא אושפז בבית חולים כללי עקב חום גבוה ותסחיפים ספטיים למוח. אובחן כאנדוקרדיטיס עם חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה MRSA. הוא שקע בקומה עמוקה מונשם, ללא תגובה לכאב. לאור מצבו הקשה הוא לא היה מועמד להתערבות כירורגית והתכנית הטיפולית התבססה על אנטיביוטיקה, הזנה בזונדה, וטיפול סעודי.

במהלך האשפוז הזונדה בקיבה נשלפה בשוגג ולאחר דיווח על האירוע הוכנסה זונדה חדשה על ידי האח המופקד, בהשתתפות אחות נוספת מהמחלקה באישור האח אחראי המשמרת. מאחר ולא היה בטוח אם הזונדה הוחדרה לקיבה, בוצע צילום חזה לביקורת. האירוע דווח לרופא התורן. למחרת, בעת ביקור בוקר רופאה בכירה מהמחלקה התרשמה מקשיים בנשימה, ביררה את תוצאות הצילום מהיום הקודם והתגלה שהזונדה יושבת בברונכוס הימני. הזונדה נשלפה מיד. בצילום חוזר נראה תסנין בריאה הימנית עם שיפור לאחר 5 ימי טיפול. אולם מצבו הכללי של החולה עם מחלת SBE עמידה לטיפול הלך והחמיר עד לפטירתו כ-6 שבועות אחרי האירוע.

ממצאי הוועדה

הוועדה בחרה להתרכז באירוע שלילת הזונדה והתנהלות הצוות סביב אירוע זה. עצם השליפה היא סיכון ידוע של הזנה בזונדה, היא נעשתה בשוגג ואין לבוא על כך בטענות לצוות. אולם, הוועדה העירה על החריגות הבאות:

1. הרופא התורן לא וידא את תוצאות צילום החזה כנדרש.
2. העברת משמרת ערב של הצוות הסיעודי למשמרת הלילה לא בוצעה כראוי ולא הועבר בעל פה הצורך לברר את תוצאות הצילום בטרם חידוש השימוש בזונדה לשם הזנה.
3. האחיות המופקדת בלילה לא קיבלה מידע מספיק בעל פה, אך היא גם לא קראה את הקארדקס ולכן לא ידעה שאין להזין את החולה בזונדה עד לבירור תוצאות הצילום.
4. האחיות האחראיות על משמרת לילה ידעה על שלילת הזונדה אבל לא פעלה לבירור מיקום הזונדה בהנחה שהאחות המופקדת כבר עשתה זאת.
5. תורן הרנטגן לא הסתכל כלל על צילום החזה כי הנוהל בבית החולים היה שצילומי רנטגן המבוצעים בלילה במחלקה הפנימית אינם נבדקים על ידי תורן הרנטגן, אלא רק במענה לבקשה מפורשת של הרופא המזמין.
6. הוועדה סבורה כי מותו של המנוח לא נגרם על ידי מקרה הזונדה אלא על ידי מחלת האנדוקרדיטיס הקשה והפגיעה המוחית.

המלצות הנציב

מדובר בשרשרת של החמצות שכל אחד מהשותפים לה היה יכול למנוע את המשכן. למרות שבוצע צילום חזה כמתבקש, הרופא התורן לא התעניין בתוצאותיו. הצוות הסיעודי ידע על ביצוע הצילום אך לא טרח לקבל את תוצאותיו ואת אישור הרופא התורן להמשך השימוש בזונדה לשם הזנה. תורן הרנטגן היה יכול לזהות מיידית את התקלה ולידע על כך את הצוות, אולם נהלי העבודה פתרו אותו מהחובה לעשות זאת. הנזק שנגרם לחולה כתוצאה מאירוע זה לא השפיע על מהלך המחלה החמור מלכתחילה, אך לימוד האירוע יאפשר אולי לצמצם את הסיכון של אירוע דומה בעתיד. מבחינה מערכתית, מהלך האירוע מחייב הפקת לקחים על ידי הנהלת בית החולים ומינהל רפואה.

5.3. שיתוק לצמיתות בגלל הפעלה שגויה של מכונת לב ריאה

תמצית הסיפור הקליני

המטופל בן 57 עבר ניתוח אלקטיבי לתיקון המסתם הדו צניפי בבית חולים מרכזי. ולקראת סוף הניתוח קיבל החולה 200 מג' פרוטאמין לשם הפסקת פעולת נוגד הקרישה הפריין. מיד לאחר ההזרקה ארעה קריסת מערכות והתגלתה נוכחות של קרישי דם במחמצן של מכונת הלב ריאה. במסגרת מאמצי ההצלה הוחזר הטיפול בהפרין והחולה חובר שוב למכונת לב ריאה. היו קשיים בייצוב החולה והוא היה זקוק לכמות של 23 מנות דם. בהמשך התגלה כי הצינור המנקז מהאאורטה נשאר מחובר ופתוח והוא גרם לאיבוד דם למערכת המנקזת. מאמצי הצוות להצלת החולה צלחו, אך הוא נשאר עם נזק נוירולוגי קשה, עם שיתוק חצי גוף כתוצאה מחסימת העורק המוחי האמצעי ה-MCA.

דיון

הוועדה התלבטה האם האירוע הקשה שהופיע אחרי מתן הפרוטאמין נגרם על ידי אלרגיה לתרופה או בגלל שימוש בלתי נכון בתרופה. היא החליטה לדחות את ההנחה של אלרגיה בלבד כי הנחה זו אינה מסבירה את היווצרות קרישי הדם. השימוש בפרוטאמין נועד לנטרל את הפעילות של נוגד הקרישה הפריין. שימוש זה מחייב זהירות יתרה כי מנת הפרוטאמין צריכה להיות מותאמת לריכוז ההפרין בדם הנמדד על פי הבדיקה ACT. במידה ומנת הפרוטאמין עולה על המנה הרצויה ייווצר מצב של קרישיות יתר. הוועדה הגיעה למסקנה כי זאת הייתה סיבת האירוע החמור.

מסקנות הוועדה

1. הופעת קרישי הדם במכשיר המחמצן הייתה ביטוי של העדר נהלים ברורים למתן ולקביעת מינון הפרוטאמין בסיום הבייפאס וליקוי בתקשורת בין המנתח, המרדים וטכנאי הלב-ריאה.
2. האחריות על חישוב מינון הפרוטאמין, מועד מתן הפרוטאמין וניטור השפעתו על ידי בדיקת ה-ACT הינה משותפת למנתח, למרדים ולטכנאי. המקרה הנדון מאופיין בחוסר בהירות לגבי חלוקת אחריות זאת.
3. אי החלפת הקאנולה העורקית וקאנולת הקרדיופלגיה בזמן ההתחברות המחודשת למכונת הלב ריאה הייתה טעות של המנתח. אולם, לאור תנאי החירום בהם בוצעה ההתחברות החוזרת, מדובר בטעות בשיקול דעת שנבעה מדחיפות פעולות ההצלה.
4. בנוסף, הדימום שנבע מהשארת הקאנולה באב העורקים מצביע על רטינה לקויה שתרמה לאי זיהוי הצנרת שנותרה מחוברת לחולה.
5. תיעוד האירוע היה לוקה בחסר כפי שזה מתבטא בהבדלים הגסים בין דו"ח הטכנאי לבין דו"ח המרדים על מועדי מתן הפרוטאמין, ההפרין ומדידת ערכי ה-ACT. כמו כן, התיעוד של המעבר בין הבייפאס הראשון לשני, תוצאות מדידת הגזים בדם בשעה הקריטית לאירוע ודו"ח הניתוח עצמו לוקים בחסר ואינם בהירים.

סיכום והמלצות הוועדה

1. הופעת הקרישים במכשיר המחמצן נבעה מטיפול לא נכון בנושא ניטור הקרישה ושיטת מתן הפרוטאמין. כמו כן, נמצאה בעיה מערכתית ולוגיסטיקה לקויה בנושא צנרת מכונת הלב-ריאה, דוקומנטציה לא ראויה, ותקשורת לקויה בין המנתח, המרדים והטכנאי.
2. יחד עם זאת, מצאה הוועדה לנכון לציין כי מדובר בצוות איכותי ביותר, מסור ומנוסה, שנקלע לסיטואציה חמורה של מלחמה על חיי החולה. לכן, הוועדה מגדירה את השארת הקאנולה באב העורקים כביטוי של טעות אנוש תחת לחץ.
3. הוועדה מונה שורה של המלצות ארגוניות בנושא מועד פירוק מכונת הלב ריאה, הפסקת השאיבה למכונה ביחס למינון הפרוטאמין, מועד שליפת הקאנולה העורקית ביחס למינון הפרוטאמין, שיטת ההתחברות החוזרת למכונת לב ריאה לנוכח גילוי קרישים במכשיר המחמצן, והצורך בהקפדה יתרה על ACT מעודכן לפני מתן הפרוטאמין.

המלצות הנציב

לאור חשיבות ההיבטים המערכתיים של מסקנות הוועדה וההשלכות האפשריות לנהלי עבודה בניתוחי לב, הוחלט שדו"ח הוועדה יובא לדיון משותף עם ראש מינהל רפואה כללית והמערך לבטיחות הטיפול לקראת גיבוש המלצות מערכתיות.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בילדה בת 6 אשר הופנתה לשם טיפול שיניים. היא זומנה לטיפול בהרדמה כללית. לגרסת הרופא המרדים המועסק בבית חולים כללי, ההרדמה החלה בשתיית מידזולאם וקטאמין במיץ תפוזים. בהמשך הופיעה פריחה מתפשטת על היד והפנים וקושי בנשימה. בוצעה אינטובאציה, אולם בהמשך נצפתה ירידה בדופק ובסטוראציה. למרות טיפול תרופתי ומאמצי החייאה אינטנסיביים שנתמכו בהמשך גם על ידי צוות מ.ד.א. ההחייאה לא צלחה. לדעת המרדים סיבת התגובה הייתה כנראה אלרגיה לאחת משתי התרופות: מידזולאם או קטאמין.

גרסה זו שונה באופן חד מהגרסה שנמסרה על ידי רופאת שיניים שהייתה עדה להתרחשויות בתור משקיפה מתלמדת, : על פי עדותה, מלכתחילה התכנון היה הרדמה תוך שימוש בטובוס למרות העובדה שהמוניטור לא היה זמין.

בניסיון ליישב את הסתירה בין שתי הגרסאות זומנו המרדים והרופאה לסבב חקירה נוסף, אולם שניהם עמדו על דעתם לגבי נכונות גרסתם.

כדי להבין חד משמעית את פירוש שתי הגרסאות המנוגדות, התייעצנו עם יו"ר הוועדה וביקשנו הבהרות נוספות. יו"ר הוועדה הסביר שהגרסה של המרדים מתארת הרדמה בשיטה מקובלת כשהאירוע נבע מאלרגיה בלתי צפויה שהטיפול בה היה בהתאם למקובל אך למרבית הצער לא הצלח.

לעומת זאת הגרסה של הרופאה מתארת אינטובאציה מתוכננת שבוצעה ללא מוניטור. דבר זה לדברי היו"ר עומד בניגוד גמור לכל כללי ההרדמה המקובלים.

משמעות ההכרעה בין שתי הגרסאות לגבי התנהלותו של המרדים היא תאונה טיפולית ללא רשלנות לעומת רשלנות חמורה.

לוועדה אין כלים להכריע בין עדות אמת לעדות שקרית. לפיכך, לאחר התייעצות עם הצוות המשפטי בנציבות קבילות הציבור ועל דעת יושב ראש הוועדה, הוחלט להעביר לתובעת הראשית של משרד הבריאות את תיק ועדת הבדיקה והדו"ח החתום של הוועדה בהמלצה להביא את המשך הטיפול בתיק החקירה לדיון הוועדה הבין משרדית.

לקחים:

שניים מ- 4 האירועים קרו בקהילה ובשניהם חסרו תנאים מינימאליים לביצוע הפעולה. במקרה של הקולונוסקופיה שהסתיימה בפטירה הייתה התראה מפורשת של מומחה כי בתנאים הקיימים לא ניתן להבטיח את שלום הנבדקים. לזאת התווספה פעולה תמוהה ובלתי מוצדקת לחלוטין של החדרת קולונוסקופ לפיוס של תחליף לכיס שתן – פעולה שהעידה על העדר בדיקה מינימאלית בטרם ביצוע הפעולה. במקרה של הילדה שנפטרה באינדוקציה

להרדמה, קיים ספק אם לרופא היו הכלים ההכרחיים לביצוע הרדמה עם אינטובאציה. במקרה השלישי הייתה הפעלה שגויה של מכונת לב ריאה עקב הלחץ להצלת חיי החולה לנוכח גילוי קרישי דם במכונת לב ריאה. לבסוף, החדרת זונדה לריאות מוכרת כסיבוך לא נדיר של ניסיון החזרת זונדה לקיבה, אך אין הצדקה לכך כי צילום הריאות שהעיד על מצב מסוכן לא נראה על ידי הצוות לפני חידוש ההזנה באמצעותו.

פרק ב': תקלות בתחום הכירורגיה (19)

תיק זה מכיל סיכומי 19 ועדות בדיקה בחולים שאושפזו לטיפול כירורגי. הרכב התיקים כולל 3 מקרים המתאפיינים בהשתהות באבחון וטיפול, 6 עם תקלות בחדר הניתוח, 9 עם סיבוכים בתר ניתוחיים (2 מהם לאחר ניתוח בריאטרי) ומקרה אחד עם קרע ספונטאני של המעי הגס בשל עצירות קשה. הרוב המכריע של התקלות נגרם לא מהתנהלות הצוות בחדר הניתוח אלא מהערכות לקויה לקראת הניתוח או אי הצלחה בטיפול בתקופה הבתר ניתוחית.

1. השתהות באבחון וטיפול:

1.1 אי איבחון חסימת מעי ונמק

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 80 שהגיעה לבית חולים ביום 9.11 בגלל הקאות, שלשולים וכאבי בטן מפוזרים בליווי לאוקוציטוזיס ורמת עמילאז של 800 יח'. US בטן הראה בקע וונטראלי באזור הטבור. היא נבדקה על ידי כירורג אשר מצא כי הבקע ניתן להחזרה ואשפז אותה במח' כירורגית להשגחה. בהמשך, עקב התדרדרות במצבה הועברה לטיפול נמרץ.

להלן לוח הזמנים של הממצאים והאירועים:

10.11 שיפור במצבה לאחר טיפול תומך. העמילאז השתפר. אבחנת העבודה הייתה פנקראטיטיס חריפה.

11.11 CT מראה בקע טבורי עם פיתולי מעי גס בתוכו, חסימה והרחבה של הקולון העולה. היא נבדקה על ידי מנהל כירורגיה אשר ביצע ניתוח בהרדמה מקומית ליד מיטת החולה ולאחר פתיחת שק הבקע מצא אומנטום כלוא והחליט שלא מדובר במעי כלוא. בימים הבאים המשיכה לסבול מכאבי בטן ושלשולים ומצבה התדרדר.

18.11 CT חוזר: בקע וונטראלי כלוא והרחבת פיתולי מעיים. בתשובתו של הרדיולוג לא מציין אויר חופשי בחלל הבטן שנראה בבירור.

21.11.2013 בדיקת מנהל מיון וכירורג: לא נמצא הסבר כירורגי למצבה ועל כן הורה להעביר אותה לפנימית. הוא לא התייחס לממצאי ה-CT ב-18.11.

25.11 העברה ביוזמת המשפחה מפנימית לבית חולים כללי אחר. בהגיעה הועברה ישירות מהמיון לחדר ניתוח. בניתוח נמצא בקע כלוא של לולאת מעי גס ללא איסכמיה. בנוסף, נמצא קטע מעי דק נמקי עם נקבים מרובים, ונוזל עכור בכמות גדולה בחלל הבטן. בוצעה כריתת המעי הנמקי עם יצירת סטומה. בהמשך נזקקה עוד למספר ניתוחים עם שיפור הדרגתי.

הערות הוועדה:

1. ההסתמכות על בדיקות מעבדה באבחנה של פנקראטיטיס, כביכול, תוך התעלמות מממצאי ההדמיה שהצביעו על בקע כלוא הייתה שגויה.

2. חקירת הבקע בהרדמה מקומית אינה מקובלת והובילה לטעות גסה בהערכת המצב הכירורגי שגררה העברה שגויה להמשך אשפוז במחלקה הפנימית.

3. הטענה כי מצבה הקשה של החולה לא אפשר ניתוח בהרדמה כללית אינה מקובלת על הוועדה.
4. החמצת הממצא של אויר חופשי בבטן על ידי הרדיולוג הייתה טעות גסה שגרמה לדחייה נוספת ומיותרת באבחון הבעיה הכירורגית החמורה.
5. היה נתק בהעברת מידע וחוסר המשכיות באחריות בגלל בדיקת החולה בידי 3 כירורגים בכירים שונים והעדר עדכון שלהם בממצאי 2 בדיקות ה-CT.
6. קיים ספק האם דו"ח הממצאים הרדיולוגים מ- 18.11 בעת ההחלטה להעבירה למחלקה הפנימית ב- 21.11 היה בתיק החולה. אך כאמור, גם אם היה, התשובה של הרדיולוג הייתה שגויה.
7. קיימת סתירה בין אי המודעות של מנהל המיון לתוצאות ה-CT ב- 18.11 לעומת המודעות של הצוות הסעודי לאותה הבדיקה בסיכום ההעברה.
8. על צוות המחלקה הפנימית היה להטיל ספק באבחנת הכירורגים שמדובר בפנקראטיטיס כביכול, לנוכח ההתדרדרות במצב החולה.
9. הוועדה ממליצה לבדוק לעומק את הנהלים הקיימים בבית החולים לגבי אופן הדיווח של בדיקות על ידי מומחים, המשך המעקב אחרי חולים המועברים על ידי כירורג למחלקות לא כירורגיות, והעברתם מטיפול נמרץ למחלקות אחרות.
10. מינוי מנהל מקרה CASE MANAGER לחולה מורכבת זאת היה מונע את הכשל בהעברת מידע והעברת אחריות בין מומחים רבים שאף אחד מהם לא ראה עצמו אחראי על שלום החולה.
11. הטיפול בבית חולים השני אליו הועברה החולה היה ראוי לשבח.

המלצות הנציב:

הטיפול בחולה בבית החולים הראשון התאפיין בשרשרת של טעויות בהערכת מצב, התעלמות מממצאי בדיקות העזר וטעות באינטרפרטציה של בדיקות ההדמיה שהצביעו על בעיה הדורשת התערבות כירורגית דחופה. לטעויות אלו היו שותפים 2 כירורגים בכירים שבדקו את החולה במועדים שונים, הרדיולוג שראה את בדיקות ההדמיה, וצוות המחלקה הפנימית שהשלים עם המסקנות השגויות של הכירורגים.

מבחינה מערכתית אני מקבל את המלצת ועדת הבדיקה כי על משרד הבריאות לבדוק לעומק את הנהלים הקיימים בבית החולים לגבי אופן הדיווח של בדיקות על ידי מומחים, המשך המעקב אחרי חולים המועברים על ידי כירורג למחלקות לא כירורגיות, והעברתם מטיפול נמרץ למחלקות אחרות.

תמצית הסיפור הקליני

המנוח, בן 32 במוותו, עם רקע של סכרת, יתר לחץ דם והשמנת יתר. נפגע בתאונה מספר שנים לפני האירוע והיה במעקב פסיכיאטרי. החל מאמצע חודש אוקטובר החל סובל מכאבי בטן שהלכו והחמירו במשך 5 שבועות. בין התאריכים 20.10 ועד למועד פטירתו ב- 18.11 נבדק על ידי רופא המשפחה 3 פעמים, הופנה ונבדק במלר"ד בתי חולים שונים 5 פעמים, ורק בפניה האחרונה אובחן כסובל מהתנקבות במערכת העיכול עם אויר חופשי בחלל הבטן. במהלך העברתו לבית חולים חלה התדרדרות נוספת במצבו, ובהגיעו נזקק להחייאה אך הוא לא שרד.

ואלו הן התחנות העיקריות במהלך החודש האחרון לחייו:

20.10 ביקור אצל רופא המשפחה: כאבי בטן וצרבת. רגישות מעל לקסיפואיד. כאבים בלילה מוקלים מעט על ידי אוכל. הופנה למיון.

20.10 בית חולים ראשון: כאבי בטן עליונה מקרינים לגב. ספירה לבנה 11.000 הוחל טיפול ב-PPI ושחרר עם המלצה ל-US בטן או CT.

23.10 ביקור רופא משפחה: בהתאם להמלצות בתעודת השחרור הפנה ל-US והחל ב-PPI. בדיקות מעבדה: ספירה לבנה 11.100.

12.11 ביקור שני בבית חולים ראשון: בדיקה על ידי אותו רופא מהביקור הקודם. כאבים בבטן עליונה מקרינים לגב מזה 3 שבועות עם החמרה בשבוע האחרון. דופק 110. אין סימני בטן חריפה. ס. לבנה 12.600 עם 67% נאוטרופילים. US בטן לפי בדיקת התורן תקין. שוחרר עם המלצה ליעוץ גאסטרו.

16.11 שעה 16:22 ביקור רופא משפחה: מפנה ליעוץ גסטרו אך במקביל גם מפנה למיון.

16.11 שעה 23:42 מלר"ד בית חולים שני: דופק 115. נבדק על ידי פנימאי בכיר, שהתרשם מרגישות ברום הבטן ולאוקוציטוזיס 13.360. שוחרר ב- 17.11 שעה 2.30.

17.11 מלר"ד בית החולים השני: הגעה 11:45 שחרור 20:20 נראה על ידי הרופאים הבאים:

מתמחה א' רפואת משפחה בתחילת התמחותו שביצע את הקבלה- רגישות בבטן עליונה, דופק 150. דווח על ממצאיו לפנימאי בכיר א'.

פנימאי בכיר א' שהיה אחראי על התורן הורה על ביצוע צילום חזה בעמידה. בצילום זה נראה אויר חופשי מתחת לשרעפת אולם בכיר א, כבר לא היה במלר"ד. התורן, שלא זיהה את האויר החופשי כתב בתיק כי צילום החזה היה ללא ממצא.

פנימאית בכירה ב' מנהלת המלר"ד התרשמה שמדובר בחולה קשה עם דופק מהיר אך לא ראתה את צילום החזה. החליטה שמדובר בבעיה כירורגית. העבירה את החולה למלר"ד כירורגי.

כירורג בכיר אשר בדק את החולה, לטענתו גם ראה את צילום החזה ולא זיהה אוויר חופשי. הוא קבע כי אין בעיה כירורגית חריפה והחזיר אותו למיון פנימי.

פנימאי בכיר ג' התרשם שמדובר בכאבים בבטן עליונה ימנית עם סימני גירוי צפקי, התייעץ עם פנימאית ב' ובשעה 16:00, דהיינו כ- 4 שעות אחרי הגעתו, רשם פקודה לחומר ניגוד בשתייה לקראת בדיקת CT. הבדיקה לא בוצעה כי מיטת ה-CT לא התאימה למשקלו הגבוה של החולה.

מתמחה ב' הפעם הגיע החולה למתמחה שני שלא היה מודע לבעיות החולה, ולעובדה שהוא כבר זוהה על ידי רופאים בכירים כבעיה חריפה רצינית. לגבי ההחלטה על שחרור החולה קיימות גרסאות שונות של מתמחה ב', הטוען כי החולה היה מעוניין בשחרור והמתמחה גם כתב זאת בגיליון בזמן אמת, לעומת טענות אשתו של החולה כי היא ביקשה להשאירו באשפוז. לא בוצעה החתמה על טופס סירוב אשפוז ולא צוינו אבחנה והמלצות.

18.11 שעה 00:15 שירות ביקור בית: הרופא מציין כאבי בטן, בטן נפוחה, דופק 110 ומפנה למיון כירורגי באמצעות אמבולנס.

18.11 שעה 8:40 מלר"ד בית חולים שלישי: הגיע בעזרת חבר. נבדק על ידי שני כירורגים בכירים. נמצא דופק 118 וקוצר נשימה. בטן תפוחה עם סימני גירוי ציפקי. אשלגן 6.57 קראטינין 3.65 בצילום אוויר חופשי רב מתחת לשרעפת. נקבעה אבחנה של פריטוניטיס משנית להתנקבות במערכת העיכול וצורך בהתערבות כירורגית לאחר ייצוב החולה. הוא קיבל טיפול תומך בנוזלים, ואינסולין להורדת האשלגן. לאור צורך בטיפול נמרץ הועבר לבית חולים מרכזי בלוי רופא.

18.11 שעה 11:45 הגעה לבית החולים המרכזי: על פי עדות המלווה, בדרך היה יציב ובהכרה מלאה. בכניסה למיון איבד את הכרתו והגיע למלר"ד ללא סימני חיים. מאמצי ההחייאה לא צלחו.

מסקנות הוועדה

חולה זה נפטר מהתנקבות מערכת העיכול שגרמה להלם ספטי ואי ספיקת מערכות משנית. לדעת הוועדה הכשל המרכזי בטיפול היה של 2 מהרופאים שבדקו את החולה במלר"ד בית החולים השני: הכירורג הבכיר שקבע כי אין בעיה כירורגית והתורן ששחרר את החולה ללא אבחנה וללא הנחיות טיפוליות. תרמו לכישלון ריבוי הרופאים שהתחלפו ביניהם באחריות על החולה תוך אי העברה מסודרת של המידע בעת העברת האחריות, וחסר מעורבות מכון הרנטגן במתן תשובה מוסמכת לרופא המזמין. במקרה זה צילום החזה שהעיד על התנקבות בדרכי העיכול נבדק על ידי מומחה רנטגנולוג באיחור של יומיים, לאחר שהחולה כבר לא היה בחיים.

הוועדה התייחסה בפרק מיוחד של הדו"ח להיבטים המינהליים של הטיפול בשלביו השונים והביאה שורה של המלצות הנוגעות לשיטות העבודה במלר"ד אותו בית חולים, פיענוח צילומי הרנטגן במלר"ד, נהלי שחרור חולים עם סימנים חיוניים חריגים, יכולות טיפול נמרץ בבית החולים השלישי, ונהלי פינוי לבית חולים על ידי החברה שסיפקה את שירות ביקור הבית.

המלצות הנציב

מדובר בחולה צעיר, אשר סבל בחודש האחרון לחייו מכאבים הולכים ומחמירים ברום הבטן שהביאו אותו ל-3 ביקורים חוזרים אצל רופא המשפחה ו-5 פניות דחופות לחדרי מיון ב-3 בתי חולים שונים, עד אשר אובחן כסובל מהתנקבות במערכת העיכול והלם ספטי ונפטר בהגיעו למלר"ד בית חולים מרכזי למרות מאמצי החייה. יום לפני פטירתו, בעת ביקורו החוזר בבית החולים השני כבר היה לו אויר חופשי תת שרעפתי שהעיד על התנקבות בדרכי העיכול אולם הוא שוחרר לביתו.

מבחינה מערכתית הערות והמלצות הוועדה על שיטות העבודה במלר"ד בכלל ובבית החולים השני בפרט, כללי פיענוח צילומי הרנטגן במלר"ד, ונהלי שחרור חולים עם סימנים חיוניים חריגים ראויים לעיון מעמיק של צוות מינהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 80 ללא מחלות רקע משמעותיות. הופנתה לאשפוז דחוף בבית חולים כללי ביום 3.2 בגלל כאבי בטן, שלשול והקאות במשך כמה ימים ובטן נפוחה במקצת. בקבלתה צילומי החזה והבטן פורשו כתקינים. אושפזה באבחנה של גסטרואנטריטיס חריפה. שהתה במחלקה פנימית למשך שבוע. היא התלוננה על כאבי בטן עזים, באים וחולפים. צוות הרופאים התרשם בעיקר מבחילה ומקשיי בליעה. US בטן ב- 5.2 לא הראה ממצאים חריגים ושיקוף וושט קיבה ב- 6.2 הדגים וושט קצת מורחב בלי מעבר של חומר ניגוד לקיבה. בימים ה- 8 ו-9 לחודש החמירה נפיחות הבטן והתגברו ההקאות. ב- 9.2 בוצע ניסיון להחדרת זונדה לקיבה אשר לא צלח. ביום א' ה- 10.2 בוצעה גסטרוסקופיה שהראתה בקע שרעפי גדול ודלקת בקיבה. ב- 11.2 בוצע CT בטן שגילה הרחבת המעי הגס והדק וחשד לגידול בסיגמואיד. נבדקה על ידי שני כירורגים בכירים שמצאו בטן תפוחה מאד, ורגישה עם תנגודת. אובחנה חסימת מעיים והועברה למחלקה כירורגית תוך כדי הכנות כולל הכנסת זונדה, קטטר והזמנת דם. היא נותחה ב- 11.2 בשעות הערב.

בפתיחת הבטן השמאלית התחתונה נראו לולאות מעי דק מורחבות ובניסיון להוצאת הסיגמה אל חתך הניתוח נקרע המעי הדק תוך שחרור תוכן צואתי מרובה לחלל הבטן. זוהה קרע ביונום 150 ס"מ מליגמנט טרייץ. הקרע נסגר, הסיגמואיד נכרת עם הגידול שנמצא ובוצעה קולוסטומיה פרוקסימאלית. בעת שטיפת הבטן הופיעה דליפה מאזור ההשקה במעי הדק שחייב כריתה נוספת של המעי הדק ושטיפות נוספות מרובות של הבטן. לאחר הניתוח החולה נותרה בהלם ספטי. היא הועברה לטיפול נמרץ וקיבלה טיפול תומך מאסיבי. למרות שיפור זמני, מצבה שוב התדרדר עם חמצת מטאבולית, ובבוקר ה- 13.2 הופיע דום לב ונקבע מותה.

דיון

למרות סימנים שיכולים להחשיד לחסימת מעיים חלקית, האבחנה התבררה רק בבדיקת CT בטן שבוצעה ביום ה-8 לאשפוז. תרמו לעיכוב באבחנה חוסר המודעות של הצוות לכאבי הבטן והתפיחות של הבטן, ההתרכזות בבירור חשד לפתולוגיה בדרכי העיכול העליונות, והעובדה שלחולה היו עדיין יציאות עקב חסימה חלקית בלבד של המעיים. לדעת הוועדה על הצוות היה להרחיב את החיפושים ולחפש סיבות נוספות לתלונותיה הנמשכות בשלבים מוקדמים יותר של הבירור. לדעת הוועדה עדכון המשפחה במצב החולה היה לוקה בחסר ונוצר רושם שיש מקום לשיפור היחס האישי וצורך בגילוי רגישות מוגברת מצד הנהלת המחלקה.

באשר לטיפול הכירורגי: על פי בדיקת ה- CT הכירורגים בחרו לבצע את החתך הניתוחי באזור שבו נראו לולאות מעי גס ודק מורחבות. בחכמה שלאחר מעשה (על פי הגדרתה) סבורה הוועדה שהיה נכון יותר לבצע את חתך הניתוח בבטן העליונה ובכך למנוע את הפגיעה במעי הדק. אולם הוועדה מציינת כי דקומפרסיה דרך חתך בבטן השמאלית התחתונה הינה מקובלת. המהלך הקשה בהמשך היה תוצאה ישירה של היווצרות החור במעי הדק המורחב, ופיזור התוכן הצואתי בחלל הבטן.

מסקנות הוועדה

1. החולה אושפזה בגלל חסימה בלתי שלמה של המעי הגס על ידי גידול בסיגמואיד. אבחון הבעיה התעכב יתר על המידה מאחר וסימני החסימה לא היו חד משמעיים. יחד עם זאת, ראוי היה להרחיב את האבחנה המבדלת לסיבות אפשריות נוספות כבר בתחילת האשפוז, כאשר נשללה האבחנה של גסטרואנטריטיס פשוטה.
2. במהלך הניתוח להתקנת הקולוסטומיה נגרם קרע במעי הדק, שגרם לזיהום קשה בחלל הבטן אשר הביא למותה. לדעת הוועדה עדיף היה לבצע את הניתוח בבטן האמצעית העליונה ולא בדרך שנבחרה.
3. הוועדה מבקשת לציין כי חלו שיבושים משמעותיים בהמצאת החומר התיעודי המקורי לידי הוועדה, והכנה רשלנית של אנשי הצוות שלא היו בקיאים וערוכים למתן עדות בפני הוועדה.

מסקנות נציב הקבילות

הטיפול במנוחה שסבלה מחסימה חלקית של המעי הגס על ידי גידול ממאיר בסיגמה לא היה מיטבי.

לקחים:

במצבים חריפים הדורשים התערבות כירורגית קיימת חשיבות מירבית לאבחון וטיפול מוקדם. המכנה המשותף לכל 3 המקרים הוא איחור בלתי סביר באבחנה והחמרה במצב, שניתן לייחס ישירות לאיחור זה. הסיבות לכך היו הערכת מצב שגויה, התעלמות מממצאי בדיקות העזר כולל בדיקות הדמיה, וחוסר רציפות באחריות על החולה עם מספר רב של מטפלים ללא תאום ביניהם. אין לשחרר חולה לביתו לאחר פניות חוזרות לחדר מיון עם בעיה בלתי פתורה.

2. תקלות בחדר הניתוח

2.1 הפדים נשארו בפנים

תקציר הסיפור הקליני

המנוח בן 90, צלול, לאחר מספר ניתוחי בטן עם צלקות ניתוח ובקעים. הגיע למרכז רפואי ב- 20.7 בשל בקע פרא-סטומאלי כלוא ונותח בדחיפות. לאחר הניתוח הבטן נסגרה למרות חוסר התאמה בספירת הפדים. בחדר הניתוח בוצעו מספר צילומי רנטגן אך הרנטגנולוג התורן לא הבחין בממצא חריג. כעבור יומיים בוצע צילום חוזר בגלל התדרדרות קלינית ונמצאו שני פדים בחלל הבטן. הוא נותח שוב והפדים הוצאו. עקב החמרה במצבו הוא נותח שוב 6 ימים אחרי הניתוח הראשון ונמצאה מוגלה בחלל הבטן. הוא נפטר מאלח דם ב 31.7.

מסקנות הוועדה

1. האירוע נגרם על ידי חוסר הקפדה על הנהלים הקיימים וטעות בפיענוח צילום הרנטגן.
2. תרמו לאירוע חוסר התמצאות בפרטי הנוהל ושיקול דעת מוטעה של התורנית הכירורגית שניהלה את הניתוח והסתמכה על צילום באיכות גרועה.
3. האחות אחראית המשמרת של חדרי הניתוח לא הגיעה לחדר הניתוח כפי שמצופה.
4. הוועדה מצאה ריבוי נהלים וחסר בהקצאת משאבים להטמעתם.
5. הייתה תרבות של עירוב מינימאלי של רופאים בכירים וקפיאה על השמרים בתחום הטכנולוגי.
6. יחד עם זאת, הוועדה בקשה לציין לטובה את הדיווח המלא, המהיר והמדויק של צוות בית החולים על האירוע החריג למשרד הבריאות.
7. הוועדה הביאה מספר המלצות קונקרטיות המכוונות למזער את הסיכויים שאירוע מעין זה יישנה בעתיד.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית רצוי לקבל את תגובת הנהלת בית חולים ולבקש אותה לפרט את הצעדים המנהלתיים שנקטו על ידה בעקבות האירוע.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 77 לאחר אירועים מוחיים, סיעודית מרותקת למיטה המתגוררת בבית אבות סיעודי, אשר סבלה מאירועים חוזרים של וולוולוס בסיגמה (חסימת מעי גס עקב תסביב). הוחלט על ניתוח לכריתת הקטע הבעייתי של המעי. הניתוח בוצע בחודש מרץ. לאחר כריתת הסגמנט של הסיגמואיד בוצע בשוגג פיוס של המעי הרחיקני במקום הקריבני. הניתוח בוצע על ידי רופא בכיר ומתמחה. לאחר הניתוח הצוות סבר שיש פעולת מעיים והחולה הוחזרה למוסד שלה.

יומיים אחרי השחרור, הוחזרה לבית חולים עם תמונה של חסימת מעי, ירידה בלחץ דם ואלח דם. החסימה תוקנה עוד באותו יום ולאחר אשפוז ממושך בטיפול נמרץ שוחררה להמשך טיפול במוסד שיקומי.

דיון

הוועדה התמקדה במספר שאלות הקשורות לניהול המקרה:

ההוראה לניתוח: הייתה מוצדקת.

סוג ושיטת הניתוח: לאור מחלות הרקע והסיכון הניתוחי הגבוה, תכנון הניתוח בשיטה של פולשנות מינימאלית היה נכון.

התייחסות לטעות בזיהוי קצוות המעי: הסיכון לטעות שכזאת רב יותר בניתוח עם חתך קצר שנערך בכוונה להקל על ההחלמה. אימות הזיהוי של חלקי המעי יכול להתבצע במעקב ראייה ומישוש, אנדוסקופיה או צנתור המעי הרחיקני, על פי בחירת המנתח. הסכנה לטעות בזיהוי חלק המעי גדולה יותר כאשר משתמשים בחתך קצר.

מהלך האשפוז הפוסט-אופרטיבי: היה מעקב מתועד אחרי פעילות הסטומה, אך הפירוש שניתן להפרשות המעטות היה שגוי.

הטיפול בחולה באשפוז החוזר: היה ללא דופי.

מכתבי השחרור: היה חוסר התאמה בין המידע על פעולת הסטומה במכתב השחרור הסיעודי ובין הסיכום הרפואי.

תמצית הסיפור הקליני

המטופל, יליד 1976 אושפז בינואר במחלקה פנימית בבית חולים כללי בגלל בצקות והשמנת יתר בחשד למחלת קושינג. הבדיקות הראשוניות חיזקו את האבחנה והוא הופנה להמשך בירור אנדוקריני בקהילה אצל אנדוקרינולוגית של קופת החולים. לאור רמת ACTH בדם גבוהה אבחנה הרופאה ACTH secreting pituitary adenoma CT. בטן שבוצע בהמשך הבירור גילה ממצא מוקדי 23X14 מ"מ באדרנאל השמאלי שיכול היה להתאים לאדנומה. בדיקת ה-MRI הראתה האדרה הומוגנית של הגבעול המרכזי של ההיפופיזה. החולה הופנה על ידי האנדוקרינולוגית לכירורג עם אבחנה של תסמונת קושינג כשצויין על ידה כי מטרת ההפניה היא Left adrenalectomy.

במרץ התאשפז החולה במחלקה כירורגית באותו בית חולים. התבצע ניתוח לפרוסקופי בו נכרת בשוגג חלק גדול של הבלב במקום האדרנאל. עקב דלקת בלבב הוא עובר ניתוח חוזר לתפירת הגדם. כמו כן התבצעה לראשונה הערכה אנדוקרינית בתוך בית החולים והחולה אובחן כתסמונת קושינג משנית ל-ACTH גבוה.

אפילוג

על פי מידע המופיע בחוות דעת מומחה נוסף מיוני בשנה לאחר מכן, החולה עבר באוקטובר כריתת אדנומה היפופיזאלית בבית חולים פרטי.

דיון

לאור האבחנה של תסמונת קושינג משנית ל-ACTH גבוה, לא ברור למה האנדוקרינולוגית המליצה על כריתת האדרנאל. הממצא ב-CT של מוקד באדרנאל היה מחייב לכל היותר רביזיה של ה-CT אך לא הצדיק המלצה על ניתוח. מכתב ההפניה לכירורג בחודש מרץ אינו כולל נתונים קליניים ומציין אבחנה בלבד של מחלת קושינג והנחיה לכריתת האדרנאל השמאלי.

בעת האשפוז של החולה לקראת הניתוח לא נערכה בדיקה לעומק של הממצאים המעבדתיים ובדיקות ההדמיה ולא נערכה התייעצות עם צוות האנדוקרינולוגים של בית החולים.

הטעות בזיהוי האדרנאל וכריתתה שגויה של חלק מהבלב לא ניתנת להסבר הגיוני. הממצא ב-CT היה בגודל 1.4 X 2.3 ס"מ ואילו בפועל נכרת פנקראס בגודל 3.8 X 7.5 X 9.5 ס"מ מבלי שהדבר עורר תהיות בעת הניתוח.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. במבחן הרופא הסביר, הרופאה נכשלה בהמלצתה על ניתוח בטן מיותר. היא לא תיעדה כראוי את הממצאים ולא ערכה מכתב הפניה מסודר ומנומק עבור הכירורג.

2. באשר לטעותו של המנתח בזיהוי האדרנאל, אין לוועדה הסבר מניח את הדעת מאחר ומדובר בכירורג מנוסה שביצע 20 ניתוחים דומים בעבר.

המלצות נציב התלונות

בנוסף לרשלנות הברורה של האנדוקרינולוגית שהפנתה את החולה לאדרנלאקטומיה מיותרת, אי אפשר להתעלם מאחריותו של הכירורג בפרשת הטיפול השגוי. כירורג איננו טכנאי אלא בראש וראשונה קלינאי, הפועל מתוך שיקולים קליניים. במקרה זה כשל הרופא בחובתו להתעניין בממצאים אשר קדמו להחלטה לביצוע אדרנלאקטומיה והוא אפילו לא טרח להתייעץ עם אנדוקרינולוג של המוסד כדי לאשר או לשלול את האבחנה השגויה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 58 עם מחלות רקע של COPD ויתר לחץ דם אשר אושפזה לשם ניתוח אלקטיבי nephroureterectomy במחלקה האורולוגית של בית חולים כללי, עקב גוש בכליה השמאלית המערב כלי דם כלייתיים והאורטר העליון. הניתוח נערך ב- 26.2 על ידי רופא בכיר העובד בבית החולים יומיים בשבוע ומתמחה בשנה שישית.

הניתוח הסתבך בדימום ארטריאלי מאסיבי אשר טופל, ובעקבותיו הוחלט לא להשלים את הניתוח המתוכנן. לאחר הניתוח התלוננה החולה על כאבים עזים ברגליים והפסיקה להפריש שתן. כמו כן איבדה את התחושה ברגליים. נערך בירור נוירולוגי בחשד ללחץ על חוט השדרה או טראנסברס מיאליטיס אשר נשללו בהמשך. מצב החולה הלך והתדרדר ולמחרת הוחל בטיפול בדיאליזה בגלל כשל כלייתי. בעת הדיאליזה גילו העדר דפקים בגפיים התחתונות ובהמשך בוצע CTA שגילה חסימה של האורטה הביטנית. נקרא כירורג ווסקולארי אשר התכוון לבצע ניתוח שאנט עוקף אורטה אך לאור ההתדרדרות במצבה והפרעה קשה בתפקודי קרישה בוטל הניתוח והחולה הוחזרה לטיפול נמרץ שם היא נפטרה.

דיון הוועדה

הוועדה בחרה להתרכז בנקודות הבאות:

1. החלטה על הניתוח: הבירור ההדמייתי לא היה מספיק כדי להחליט אם הגידול מתאים בכלל לניתוח. לא היה דיון מחלקתי ולא הייתה החלטה מקדימה על אופן הטיפול.
2. הניתוח: ההפרדה של הכליה הייתה דרך הגידול. המנתח החליט כי הגידול היה RCC ולא TCC תוך כדי ניתוח מבלי לבקש חתך פתולוגי קפוא. המשך הניתוח המתוכנן הופסק.
3. המהלך הבתר ניתוחי: לא הייתה התייחסות לאנוריה. בהתאוששות לא נבדקו הדפקים הפריפריים ברגליים. ה- CT וה- MRI לא נראו באופן אקטיבי על ידי הצוות למרות שב- MRI ניתן היה לראות טרומבוס באורטה הבטנית. בהעברה מהתאוששות לטיפול נמרץ נצפה לראשונה חסר דפקים בפמוראליס. למרות זאת, בטיפול נמרץ ניתן טיפול תומך בלבד. האחריות על החולה הוטלה על הצוות האורולוגי אך במשך 24 שעות החולה לא נבדקה על ידי האורולוגים. הטיפול בדיאליזה בוצע מבלי לחפש הסבר לאנוריה. פצע הלחץ בעכוז שהתגלה על ידי הצוות הסעודי לא יוחס לאיסכמיה. העדר הדופק ברגליים התגלה על ידי צוות הדיאליזה. לדעת חברי הוועדה על פי כל הסימנים החסימה באורטה החלה עוד בחדר הניתוח ונמשכה עד לפטירתה. התקיימה התייעצות עם מנתח כלי דם אשר המליץ על ביצוע CTA שהדגים חסימת אורטה בגובה העורק המזנטרי העליון SMA. בשעות הערב של ה- 28.2 הורדה החולה לחדר ניתוח בכוונה לבצע שאנט עוקף אורטה ודובר על אפשרות של כריתת הרגליים אך החולה התנגדה לכך. לאור

ההתדרדרות במצבה והפרעה קשה בתפקודי הקרישה בוטל הניתוח והחולה הוחזרה לטיפול נמרץ עד לסיום חייה.

4. התנהלות הצוות האורולוגי: מדובר בניתוח אלקטיבי שבו המנתח הבכיר לא הכיר את החולה לפני הניתוח ולא עקב אחריה אחרי הניתוח והוא עובד במשרה חלקית. המנתח הראשי בניתוח מורכב זה היה המתמחה שלא היה לו מספיק ניסיון עבור ניתוח מורכב זה. הצוות השתלט על הדימום שנוצר אך לא המשיך בניתוח המתוכנן וגם לא הזמין בדיקת פתולוג. גם המתמחה לא עקב אחרי החולה לאחר הניתוח למרות שהוא מועסק במשרה מלאה. מנהל המחלקה האורולוגית לא היה מעורב בניהול המקרה בשום שלב לפני ואחרי הניתוח.
5. מנהל מקרה: הצורך במינוי מנהל מקרה באירוע הנוכחי מתבקש מאליו. פעולתו של מנהל מקרה הייתה יכולה להבטיח המשכיות בכל שלבי הטיפול והייתה מונעת חוסר תאום ואיבוד זמן בגיבוש תכנית טיפולית אפקטיבית.
6. העברת מידע בין הצוותים: התקשורת בין הצוותים הייתה לקויה ביותר. הצוות בהתאוששות לא היה מודע לאנוריה. גילוי העדר הדופק הפמוראלי בהגיע החולה לטיפול נמרץ לא קיבל התייחסות על ידי שאר אנשי הצוות. פצע הלחץ האיסכמי לא זכה להתייחסות הצוות האורולוגי וטיפול נמרץ. בשום שלב לא נערך דיון משותף של מומחים מדיסיפלינות שונות כדי לגבש תכנית טיפולית שקולה. העבודה מול מכוני ההדמיה התאפיינה על ידי העברת מידע בעל פה בלבד.
7. תחקיר: לא נערך תחקיר ולכן גם לא הופקו שום לקחים.
8. התאוששות: הוועדה ביקשה להביע את הערכתה לעבודתו של מנהל התאוששות שנקט בכל הצעדים המתבקשים במגבלות הזמן הקצר של שהות החולה ביחידתו.
9. הכנות לעדויות בוועדה: הוועדה הביעה את מורת רוחה על כך שחלק מהרופאים, ובראשם מנהל המחלקה, לא התכוננו לקראת עדותם לפני הוועדה.
10. אי ניהול רשומה רפואית: הרשומה הרפואית לא נוהלה כמתבקש והייתה חסרה מרכיבים מרכזיים כגון אבחנה מבדלת, ודיון באופציות הטיפוליות. חסר רישום מסודר של מהלך הטיפול, רישום בדיעבד במקום בזמן אמת, העדר פיענוח בדיקות הדמיה בזמן אמת, וחסר מודעות לממצאים שנאספו על ידי שאר אנשי הצוות.
11. לא היה קשר בין הצוות לבין משפחת החולה: בכל הנוגע לדווח על ההתפתחויות, שינוי בתכניות ובהערכת המצב. הוועדה מבקשת לציין לטובה את התנהלותו של המומחה לכלי הדם אשר זכה לשבחים על ידי המשפחה.

מסקנות והמלצות הוועדה

לדעת הוועדה המנוחה סבלה מ-TCC Transitional cell carcinoma של המערכת המאספת עם מעורבות כלי הדם בכליה השמאלית. היא נפטרה מחוסר אספקת דם לפלג הגוף התחתון. אבחון מוקדם של החסימה היה משפר את סיכוייה להישרדות.

האחריות על מהלך הטיפול מונחת על כתפי מנהל המחלקה. הבירור לקראת הניתוח היה לקוי. לאור מעורבות כלי הדם בגידול היה מקום לשקול טיפול כימי מקדים לפני ההחלטה על ניתוח.

הניתוח שהיה צריך להתבצע היה radical nephroureterectomy. לאור מורכבות הניתוח היה ראוי שהוא יבוצע על ידי כירורג בכיר ומנוסה. הגישה המיטבית הייתה צריכה להיות ביטנית-מותנית ולא מותנית כפי שבוצע בפועל. היה מקום לבצע בדיקה פתולוגית בחתך קפוא בטרם ההחלטה על הפסקת הניתוח.

המנתחים היו צריכים להמשיך להיות אחראים על המשך הטיפול עד להשלמת הבירור למשבר שהתגלה לאחר הניתוח. הנוהג לפיו מנתח במשרה חלקית אינו אחראי על החולה שלו אחרי הניתוח אינו ראוי.

ההתמקדות ביחידת התאוששות בבעיה הנוירולוגית וחסר תשומת הלב לאנוריה והעלמות הדפקים הפריפרים הייתה שגויה, ומנעה אבחון מוקדם של הבעיה החמורה של חסימת האאורטה הביטנית. למרות זאת, הוועדה מבקשת לציין לשבח את פעילותו של מנהל יחידת ההתאוששות שעשה ככל יכולתו לגלות את שורשי הבעיה.

הוועדה אינה מקבלת את התפיסה של צוות טיפול נמרץ לפיה תפקיד היחידה הוא ייצוב החולה ופוטרת אותה מהחובה ליזום המשך בירור כדי להגיע לאבחון הבעיות של החולה.

העברת המידע בין ובתוך הצוותים המטפלים הייתה לקויה. במקרים כאלה יש למנות מנהל מקרה כדי לרכז את פעולות האבחון, הייעוצים וההחלטות הטיפוליות, ולקיים דיון רצוף עם כל הגורמים הרלוונטיים. חובת ההנהלה לא להפסיק את העיסוק במקרה במועד הפטירה, אלא לבצע תחקיר מסודר בצמוד לאחר הפטירה כדי להבין את המהלך, להגיע למסקנות ולצמצם את הסיכון של הישנות אירועים דומים בעתיד.

הוועדה רואה באי קיום רשומה רפואית ברמה הנדרשת כשל חמור שהנהלת בית החולים נדרשת לתקן. כמו כן, יש צורך לנקוט בצעדים שיבטיחו תקשורת ראויה עם בני המשפחות כדי להסביר ולשתף אותם בהחלטות הטיפוליות ולעדכןם על ההתפתחויות, כדי לסייע להם להתמודד עם סיבוכי הטיפול.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית יש לבקש מהנהלת בית החולים התייחסות למסקנות והמלצות הוועדה בכל הקשור לכשלים מערכתיים שנמנו על ידה, ולפרט את הצעדים שנקטו לתיקון כשלים אלה. תגובת הנהלת בית החולים תועבר לבדיקת מינהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 81 שסבל מיתר לחץ דם, סוכרת, טרשת עורקים ודמנציה. ב- 19.10 עבר כריתת רגל ימין מתחת לברך. ב- 21.10 אושפז במחלקה פנימית. ב- 4.11 האורטופד הבכיר המליץ על אמפוטאמיה מעל ברך ימין בגלל חסר ריפוי הפצע לאחר האמפוטאמיה הקודמת ועצם חשופה. האפוטרופוסים, שהם בני המשפחה, נתנו הסכמה בכתב לביצוע אמפוטאמיה ברגל ימין. ב- 7.11 שהוא יום הניתוח הוא שוב נבדק על ידי אורטופד והוחלט לבצע את האמפוטאמיה באותו יום ברגל ימין.

בשעה 19.00 בדק המנתח המיועד את רגל ימין ולא מצא אישור לממצאים שתוארו מקודם. לעומת זאת, ברגל שמאל הוא מוצא ברך בקונטראקטורה ועקב שמאל עם פצע נמקי מעלה צחנה. הוא התקשר לאורטופד שהכיר את החולה עוד מקודם. זה השיב מהבית כי יתכן שנפלה טעות בטופס ההסכמה. בהמשך האורטופד אמר כי הוא אינו זוכר באיזה צד מדובר. המנתח יצא לחפש את האפוטרופוסים אך לא מצא.

בשלב זה מחליט המנתח לבצע את הניתוח בצד שמאל ומבצע תיקון בטופס ההסכמה על ידי מחיקת ימין וכתובת שמאל, וללא הסכמת המשפחה לשינוי בתכנית. בתום הניתוח יצא למסור דו"ח למשפחה.

לגבי מעמד ההסבר למשפחה קיימות שתי גרסאות: לטענת המשפחה הרופאים הופתעו כאשר נאמר להם על ידי בני המשפחה כי הם נשאלו והסכימו אך ורק לניתוח ברגל ימין. הרופאים המנתחים מכחישים גרסה זאת.

החולה הוחזר למוסד סעודי ב- 16.12. בהמשך, מצב הרגל הימנית נשאר כשהיה ולא הורע. לא נרשמה מעורבות של זיהום בגדם רגל ימין. הוא נפטר מאלח דם ממקור דרכי השתן עם חיידק פסאודומונאס, וצמיחת חיידקים בדם מסוג אנטרוקוקוס וקורינובקטריום.

דיון

1. המנתחים לא הכירו את החולה לפני הניתוח. לא היה להם שום מידע בכתב למעט טופס ההסכמה לניתוח ברגל ימין. על המנתחים היה לפגוש את האפוטרופוסים בטרם הניתוח, להסביר להם מה עומד להתבצע ולקבל את ההסכמתם.
2. המנתח אמנם שוחח עם האורטופד, אולם ההתייעצות לא הייתה על מצב הרגל אלא אך ורק על האפשרות של התייחסות לצד הנכון בטופס ההסכמה.
3. ההחלטה העקרונית המקצועית לנתח את רגל שמאל במקום ימין הייתה נכונה. הנמק המזוהם בעקב שמאל והקונטראקטורה בברך שמאל חייבו כריתה מעל הברך. עובדה זו נתמכת בבדיקה הפתולוגית של הרגל הכרותה.
4. הניתוח היטיב עם החולה.

5. המנתח שגה בכך שהחליט על דעת עצמו לתקן את טופס ההסכמה מבלי לקבל לכך את רשות האפוסטרופסים. לא הייתה סיבה לא לדחות במקצת את מועד הניתוח עד לקבלת אישור האפוסטרופסים.

מסקנות הוועדה

1. ההחלטה לשנות את הצד המנותח הייתה נכונה אך תהליך קבלת ההחלטה היה פסול. נכונות ההחלטה נתמכת בעובדה כי בהמשך לא נרשמה שום מעורבות של זיהום ברגל ימין שלא נכרתה.
2. על המנתחים היה לעכב את ביצוע הניתוח עד למסירת הסבר על השינוי בתכנית המקורית וקבלת הסכמת האפוסטרופסים.
3. הרופא המרדים לא החתים את האפוסטרופסים על טופס הסכמה להרדמה, ולא חתם על טופס "פסק זמן".
4. הוועדה איננה סבורה שהרשומה הרפואית זויפה או שהוכנה לאחר המעשה.
5. הקצר בתקשורת בין הרופא שהחליט על הניתוח לבין הרופא שביצע את הניתוח היה חמור והיה יכול להסתיים באירוע חמור הרבה יותר.

המלצות הוועדה

1. לחייב את הרופא המבצע את הניתוח לעיין בגיליון הרפואי של המנותח. לשם כך יש לוודא גישה חופשית של הצוות המטפל לרשומה הרפואית הממוחשבת.
2. על המנתח לפגוש ולבדוק את המנותח עוד בטרם היכנסו לחדר הניתוח.
3. יש להגביר את המודעות לחשיבות רשומה רפואית תקינה בכלל וחשיבות הסכמה מדעת בפרט.
4. בחולים עם קשיים בתקשורת יש לוודא נגישות מיידית (כגון טלפון נייד) לבני המשפחה או האפוסטרופוס כדי להבטיח את מעורבותם בהחלטות תוך כיבוד חוק זכויות החולה.

המלצות נציב הקבילות

ההמלצות המערכתיות של הוועדה מובנות מאליהן ורצוי לאמץ אותן כלשונן.

סיכום והמלצות בעקבות שיחת הבהרה עם צוות המנתחים:

1. אין חולק על כך שלא מבצעים ניתוח ללא הסכמת החולה או האפוסטרופוס ושבמקרה זה בוצע ניתוח שלא בהתאם למקובל.
2. מבחינה מקצועית השינוי בתכנית הניתוחית היה נכון אולם הוא היה צריך להיות מגובה בהסכמת המשפחה.
3. שני הרופאים ניסו להצדיק את פעולתם בכך שלא רצו לבטל ניתוח שכבר נדחה כמה פעמים, אצל חולה במצב לא יציב, ספטי ונמק ברגל שמאל.
4. יחד עם זאת, אנו סבורים כי ניתן היה לדחות את הניתוח עד להגעת המשפחה ולשנות את סדר הניתוחים לאותו ערב מבלי לבטל את הניתוח.

5. שני הרופאים הצהירו שהם למדו לקח מהאירוע הנוכחי והתחייבו שלא יבוצע על ידם ניתוח בעתיד ללא אישור פורמאלי.
6. נלקחה בחשבון העובדה שהשיקולים הקליניים של הרופאים היו נכונים ושהחריגה מנהלים תקינים הייתה מתוך כוונה להיטיב עם החולה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 40 אשר סבלה מקוצר נשימה, דפיקות לב וקושי בבליעה שיוחסו לבקע סרעפתי גדול. ב-21.1 היא נבדקה במרפאה כירורגית בב"ח מרכזי והומלץ לה על ניתוח לתיקון הבקע. לקראת הניתוח היא עברה בדיקה על ידי מומחה למחלות פנימיות ובדיקה במרפאה הטרומ ניתוחית ולא נמצאו בעיות חריגות. כמו כן הוחתמה כדין על טופס הסכמה להרדמה והסכמה לניתוח.

הניתוח בוצע ב-20.3 על ידי מנתח ראשי ומנתח אחראי. הניתוח החל בהרדמה כללית בשיטה לפרוסקופית. בתחילת הניתוח בוצעה ביופסיה של האומנטום כחלק ממחקר בהסכמת החולה. בעת התחלת ההפרדה באזור הפרס פלצידה לצורך זיהוי הקרורה הימנית נצפה דימום קל. הניסיון לעצירת הדימום לא הצליח. המנתח האחראי לקח על עצמו את המשך הניתוח. התעורר חשד לתסחיף CO₂ ולכן הבטן רוקנה מהגז והוחל בהחייאה. עם פתיחת הבטן נמצאה כמות גדולה של דם. הוזעקו לעזרה כירורגים רבים שהיו בסביבה כולל מנהל המערך הכירורגי אולם הניסיונות לעצירת הדמם והחייאה לא צלחו. מקור הדימום היה נקב גדול בוריד הנבוב התחתון.

דיון

1. לדעת הוועדה האינדיקציה לניתוח הייתה מוצדקת.
2. תהליך הקליטה לקראת הניתוח היה בהתאם למקובל.
3. ההחתמה על טופס הסכמה מדעת הייתה בהתאם לנדרש.
4. המנתח היה מתמחה שנה שלישית שהיה כשיר לבצע את הניתוח בפיקוח רופא בכיר. הנחת הצוות בעת דום הלב, שמדובר בתסחיף CO₂ הייתה הגיונית ותואמת את סימני המשבר הראשוניים. פעולות ההחייאה היו מהירות, ממוקדות ונכונות. לעומת זאת גודל הנקב בווריד הנבוב לא הוערך נכון בתחילה על ידי הצוות, יתכן בגלל הלחץ שהופעל על ידי נוכחות ה CO₂ לפני שחרור הגז מחלל הבטן. הצוות שנקרא לעזרה היה בכיר ומיומן.

מסקנות הוועדה

1. הייתה אינדיקציה ברורה לביצוע הניתוח.
2. תהליך קבלת ההחלטות היה ללא דופי.
3. תהליך קליטת החולה לקראת הניתוח ומתן ההסברים היה סביר ומתועד היטב.
4. הצוות המנתח היה כשיר ובעל מיומנות מספקת לביצוע הניתוח. הגישה הניתוחית הייתה מקובלת. עם הופעת הדימום התנהלות הצוות הייתה נכונה. ההסבר שדום הלב נגרם על ידי תסחיף אויר מאסיבי דרך הנקב בווריד הנבוב היה מתקבל על הדעת. למרות התוצאה הטראגית הפעולות שננקטו היו מהירות ונכונות.
5. הוועדה סבורה שהחולה לא הבינה את גודל הניתוח והזמן הדרוש להתאוששות.
6. הסיבוך שהביא לפטירת החולה אינו שכיח אך מוכר.

7. הרשומה הרפואית הייתה ערוכה כראוי.
8. הוועדה מצאה אי התאמה בין תיאור האירוע על ידי סמנכ"ל המרכז הרפואי לבין התיאור המתועד היטב בדו"ח הניתוח.
9. המערך הכירורגי ביצע דיון בו נדונו פרטי האירוע כמקובל.
10. בחלוף פרק זמן מסוים, מן הראוי היה להזמין את המשפחה, לספק לה הסברים ולהציע סיוע במידת הצורך. אולם דבר זה לא התבצע.

הערות הנציב

שוחחתי עם יו"ר הוועדה וקיבלתי ממנו כמה הבהרות נוספות:

1. אפשר לשלול חד משמעית את הגרסה שהפגיעה בוונה קווה הייתה על ידי הטרוקאר בתחילת הלפרוסקופיה: העובדה שהחולה הייתה ללא שום סימני מצוקה בעת ביצוע הביופסיה מהאומנטום לפני ניתוח הבקע מלמדת שהפגיעה בוונה קווה ארעה זמן ניכר אחרי החדרת הטרוקאר.
2. יו"ר הוועדה משוכנע כי אירעו בזה אחר זה שני סיבוכים שנבעו מהפגיעה בדופן הוונה קווה: אמבוליה של גאז ה-CO₂ שחדר דרך הנקב וגרמה להתמוטטות מיידי של החולה וכן, דימום מאסיבי בשלב שני מאותו הנקב.
3. מבחינת ביצוע הניתוח, למרות שמדובר בתאונה מצערת, לא נמצאה שום חריגה מהנהלים המקובלים.
4. הוועדה מצאה פגם בעובדה שהצוות המטפל לא הצליח להבהיר לחולה לפני הניתוח שקיימים סיכונים רציניים בניתוח מסוג זה ושיש לקחת אותם בחשבון. היא גם סבורה שלא נעשה מספיק מאמץ בהמשך להיפגש שוב עם המשפחה כדי לענות על שאלות ולהציע עזרה.
5. אין לי מענה לשאלה המטרידה האם הסיכוי לתאונה הניתוחית היה קטן יותר אם הניתוח מתחילתו היה מתבצע על ידי הכירורג הבכיר והמנוסה ביותר במערכת. ברפואה הציבורית - ואני מאמין בכך שכל הרפואה צריכה להינתן כשרות ציבורי שוויוני וברמה הגבוהה ביותר - אין אפשרות למנוע מרופאים מתמחים את הזכות והחובה לצבור את הניסיון הדרוש להם כדי להבטיח רמת ביצוע מיטבית בהמשך דרכם.

לקחים:

מדובר בקבוצה רב-גונית של חולים ולא ניתן ליצור הכללות המאפיינות את כולה למעט העובדה שהתקלה הייתה בחדר הניתוח. בשני המקרים הראשונים התקלה הייתה בגלל אי קיום נהלים. אין לסגור את הבטן לפני שמוודאים שלא הושארו בפנים גופים זרים. בפיוס מעי גס יש דרכים מקובלות לזיהוי המעי הפרוקסימאלי והדיסטאלי והם לא קוימו. ב-3 מקרים התקלות נבעו מפגמים חמורים בהכרת החולה ואי קיום הערכת מצב מלאה טרם הניתוח. החולה עם גידול ממאיר של הכליה לא התאימה לניתוח ובחולה שהיה אמור לעבור כריתת יותרת הכליה לא

הייתה הצדקה כלל לניתוח כזה. החולה עם כריתת הרגל לא נבדק ביסודיות והתכנית לכריתת רגל ימין הייתה שגויה. כל זה לא הצדיק את הפגיעה באוטונומיה של החולה ומשפחתו וכריתת רגל שמאל ללא הסכמת האפטרופוס. לבסוף, פטירת החולה בגלל פגיעה בשוגג בוונה קאוה הייתה תאונה טיפולית ומעוררת מחשבות קשות לגבי סיכון ניתוחי בידי מנתחים זוטרים.

3. סיבוכים בתר ניתוחיים

3.1 אלח דם והתדרדרות עם איחור בפעולות דיאגנוסטיות לאחר ניתוח אלקטיבי

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 76 עם מחלות רקע קשות כולל סכרת ואי ספיקת כליות על דיאליזה כרונית. כ- 3 חודשים לפני האירוע הנוכחי עבר התנקבות סעיף בסיגמה וטופל בכריתת קטע מעי גס ופיוס בניתוח על שם HARTMAN. התקבל למחלקה הכירורגית בבית חולים כללי לשם הורדת הקולוסטומיה ושחזור המשכיות המעי. הניתוח בוצע ב- 20.1 על ידי שני רופאים. הם לא התרשמו מבעיות מיוחדות בעת הניתוח שנמשך כשעתיים וחצי.

הימים שלאחר הניתוח הצטיינו בטכיקרדיה מתמדת, ישנוניות, עליה הדרגתית בחום עד לחום ספטי, לאוקוציטוזיס עד 22.000 ועליה ברמות עמילאזה ואנזימי כבד. ב- 22.1 הוא הועבר לטיפול נמרץ כשהוא שקוע וטאכיקרדי. ב- 23.1 הוא הוריד לחץ דם ל- 75/40 והוחלט להנשימו. בבדיקה רקטאלית נמצא שהוא מעביר גאזים ויציאות בצורת שחרה נוזלית. ב- 24.1 תוכנן לבצע CT לבירור סיבת ההתדרדרות אך לקראת שעות הצהריים חלה התדרדרות נוספת שמנעה כל פעולה אבחנתית. בהמשך הייתה ירידה בלחץ הדם והדופק והוא נפטר.

דיון

ההצדקה לניתוח: לא היה מדובר בניתוח מציל חיים והסיכון הניתוחי היה גבוה. אולם, מאחר והסיכונים הוסברו לחולה ולאור נחישות החולה לא להמשיך להתקיים עם קולוסטומיה, החלטת הכירורג לבצע את הניתוח הייתה מוצדקת.

ההכנות לניתוח והניתוח עצמו: היו ללא דופי.

המהלך אחרי הניתוח: רשומת המהלך הרפואי הייתה רצופה ועוקבת. לא היו סימנים בטניים קליניים. לא תוכננו בדיקות הדמיה לזיהוי הבעיה הפוסט-אופרטיבית וכאשר כבר הוחלט על ביצוע CT היה מאוחר מדי.

סיבת המוות: לא ידועה.

מסקנות הוועדה

1. יתכן שערנות יתר של הרופאים, כגון ביצוע CT בשלב מוקדם יותר, הייתה מביאה אולי לאבחון מוקדם של מקור החום ולשינוי לטובה במהלך המחלה.
2. שאלה זאת מופנית בעיקר לכונן בשעות הערב של ה- 22.1.
3. חלק מההיעוצים המקצועיים כגון נפרולוגיה ומחלות זיהומיות נעשה טלפונית בלבד. הוועדה סבורה שבדיקה פיזית של החולה הקשה על ידי הכונן עשויה הייתה לקדם את האבחנה והטיפול.
4. הוועדה מציינת את המצוקה הקשה בכוח אדם באותו בית חולים ומסתייגת מהמצב בו תורן כירורגי אחד מכסה את מחלקות האשפוז, המיון, וטיפול נמרץ.

5. הוועדה מתריעה על מצב שבו טיפול נמרץ לב הוא הפתרון היחיד לחולה טיפול נמרץ כללי ללא כיסוי רופאים מוסמכים ייעודיים לטיפול נמרץ כללי.

הערות הנציב

הניתוח התבצע כשהיה ידוע מראש שמדובר בסיכון גבוה של סיבוכים פוסט-אופרטיביים. על פי עיתוי התפתחות הספסיס החולה נפטר מסיבוכי ניתוח. למרות שאין ביטחון שמאמצים מוקדמים ונחוצים יותר לאיתור הבעיה יכלו למנוע את ההתדרדרות הסופית, הטיפול שניתן לא היה מיטבי. עיקר הביקורת מופנית למעורבות בלתי מספקת של היועצים ולחסר באיוש צוות התורנים. ביקורת זהה הושמעה כבר בוועדת בדיקה קודמת באותו מוסד בהקשר לפטירת חולה עם בעיה כירורגית חריפה. מדובר בבעיות מערכתיות הדורשות בדק בית יסודי.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באשה בת 37 עם BMI של 1.54 אשר נפטרה עקב סיבוכים של ניתוח שרוול אשר בוצע על ידי מנתח בכיר בבית חולים פרטי.

הניתוח נערך בדצמבר ו-3 ימים אחר כך הייתה המנוחה אמורה להשתחרר אולם מהבוקר התגברו כאבי הבטן. המנתח הבכיר עודכן וביקש לעכב את השחרור. בשעה 16.00 התחיל תורן, שאיננו מתמחה ולא מומחה, במשמרתו. העברת החולה הייתה בעל פה על ידי רופא המוסד אשר לא ציין בעיות מיוחדות.

בערב נמצאה ספירה לבנה של 11.000, קראטינין מוגבר, כאבים וקוצר נשימה. בשעה 20.00 – 21.00 הגיע המנתח הבכיר לבדוק את החולה ומצא דופק מהיר 120-130, עליה בספירה הלבנה וירידה בתפקוד הכלייתי. הוא סבר שניתן לייחס צירוף ממצאים אלה להתייבשות ובהתאם לזאת הורה לתת לה נוזלים.

במשך הלילה הייתה התדרדרות ברורה שהתבטאה באנוריה וירידה בלחץ הדם. בסביבות חצות התורן עדכן את הכונן שאיננו כירורג, אך לא את המנתח. הוחלט להמשיך ולהשגיח.

למחרת לפנות בוקר המצב כבר היה חמור. נצפתה ירידה בלחץ הדם, טכיקרדיה גוברת, דיספנאה היפוקסיה. התורן הזעיק את הכונן ואת הכירורג, אשר הגיעו בדחיפות, והחליטו להעביר את החולה לבית חולים כללי. לאחר ההעברה בדיקת CT גילתה דלף מהקיבה עם פיזור נוזל בחלל הצפק. המנתח, שהינו גם רופא בכיר בבית החולים הכללי אליו הועברה החולה, המשיך במאמציו לייצב את החולה בשיתוף פעולה עם מומחים בכירים של בית החולים אך למרות מאמצי הצוות מצבה המשיך להתדרדר והיא נפטרה כעבור כמה ימים.

דיון

בקביעת העובדות הקשורות לפרשה נצמדנו לתרשומות שבכתב ולהבהרות אשר סופקו על ידי המרואיינים. ניתן לשחזר בדיוק סביר את מהלך האירועים במשמרת הבוקר והערב הודות לתרשומת המפורטת של האחות במשמרת. בתקופה זו הופיעו מספר ממצאים מדאיגים שדרשו התייחסות. הדופק עלה בהדרגה ובהתמדה, הייתה אפיזודה של ירידה בלחץ הדם, עליה קלה בספירה הלבנה וכאבים. המנתח הבכיר דווח על כך על ידי האחות כמה פעמים באותו יום, בפעם האחרונה ב- 22.45. בסביבות השעה 9 בערב נערכה בדיקה יסודית ונקבעה הערכת מצב על ידי המנתח. הוא ייחס את כל הממצאים לדהידרציה (צחיחות). לא נערכה על ידו אבחנה מבדלת וגם לא ניתנו על ידיו כל הוראות לקבלת דווח מעקב בהמשך הלילה, כדי לוודא שהמצב משתפר בעקבות מתן הנוזלים ולוודא שלא מדובר באפשרות אבחנתית חמורה יותר. שתי אחיות המשמרת היו מודאגות ממצב העניינים ואחת מהן אף לקחה יוזמה לדווח על המצב ישירות לכירורג בביתו בסמוך לשעה 22:45. לעומת זאת, האחות השנייה שהייתה אחראית במשמרת הבאה הסתפקה בפניה לתורן בלבד והסתפקה בתשובת התורן כי המנתח והכונן עודכנו על המצב. יש לציין כי לא נמצאה תרשומת על מעקב לחץ דם ודופק של החולה במשך משמרת הלילה של האחות השנייה

למעט ההערות של התורן ב- 05.30 בעת שהתגלה כי המצב כבר חמור. התורן עדכן את הכוון פעם אחת במשך הלילה, בשעה 23.40 אך לטענת הכוון לא היה מדובר בהתייעצות אלא בעדכון על כך שהכירורג כבר ביקר את החולה בערב ושלדעתו המדובר בהתייבשות בלבד.

מסקנות

תפקודה של אחות משמרת הערב היה ללא רבב. אולם באשר לשאר אנשי הצוות, התנהלותם תרמה ליצירת מצב שהתאפיין בהערכת מצב שגויה והמשך הצמדות להערכה שגויה, זאת גם כאשר הממצאים עוררו חשד למצב חמור יותר משהוערך בתחילה, וכתוצאה מכך נמנעה נקיטת יוזמה מוקדמת למניעת המשך ההתדרדרות.

המנתח הבכיר נאחז בהערכת מצב שגויה של דהידראציה. גם אם היה מקום להנחה כזאת בשעה 9 בערב בהתבסס על ניסיונו הכירורגי, הוא היה צריך לקחת בחשבון אפשרויות חליפיות ולנקוט בצעדים כדי לוודא את נכונות התכנית הטיפולית השמרנית על ידי דרישת עדכון יזום על ידו.

התורן לא העלה על דעתו שלאור המצב הקליני הגרוע של החולה במשך כל שעות הלילה (טכיקרדיה ואנוריה) מחובתו הייתה ליזום התייעצות עם המנתח ולעדכן על המשך המצב הלא טוב כדי לקבל ממנו הנחיות חדשות.

הכוון לא קרא נכון את התמונה ולא העלה על דעתו שחובתו לא רק לקבל עדכונים, אלא גם לתת יעוץ והנחיות. מאחר והוא אינו כירורג במקצועו היה עליו להנחות את התורן להמשיך ולעדכן את הכירורג כדי לקבל ממנו הוראות חדשות.

אחות משמרת הלילה טוענת היום כי היא הפצירה בתורן לדווח לבכירים בפעמים חוזרות, אך בהעדר תרשומת בכתב שלה למעקב אחרי המדדים החיוניים ורישומיה הדלים בגיליון המעקב הסעודי על מצב החולה במשך משמרת הלילה, אין ביכולתנו לקבוע האם היא הקדישה מספיק תשומת לב למצב החולה.

הערות הנציב

אמנם מדובר בפרק זמן קצר של כ- 6 שעות איחור בזיהוי בעיה קלינית חמורה, אך במשך שעות ספורות אלו התדרדר מצב החולה ממצב שנראה לכירורג הבכיר כבעיה מוגבלת שמיוחסת לדהידראציה, להלם ספטי מסכן חיים. למרות שאין ביכולתנו לייחס את ההשתהות בזיהוי המצב לאיש צוות בודד, באופן קולקטיבי בוודאי יש כאן השתהות בלתי מוצדקת שהפחיתה מאד את סיכויי החולה לשרוד. אין בידינו מספיק ראיות פרסונאליות המצדיקות המלצה על פתיחת הליכים משמעתיים בגין רשלנות רפואית חמורה. אולם התנהלות כל אחד מאנשי הצוות הייתה רחוקה מהתנהלות מיטבית.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 57 שסבלה מנקע מולד של פרק ירך שמאל מסוג HIGH RIDING דהיינו שראש הירך היה ממוקם גבוה מעל לאצטאבולום. מום זה נחשב לאחד מהניתוחים הקשים לביצוע. היא נותחה בבית חולים כללי ב- 15.7. בוצעה החזרה של הפרק כשהמשתל האצטאבולארי הוכנס לאצטאבולום המקורי 4 ס"מ מרוחק יותר מהאצטאבולום המדומה. לא הופעל כוח מיוחד לביצוע הפעולה. לאחר ביצוע הפעולה הדופק הפמוראלי לא נמוש. נמצאה חסימה שתוקנה בניתוח חוזר. נותרה פגיעה עצבית של העצב הפמוראלי והסכיאטי. חודשיים לאחר מכן לא נותר פחת ווסקולארי והחולה בתהליך שיקום נאורולוגי.

דיון

מדובר במקרה אשר נוהל באופן יעיל ומהיר ובשל כך נמנעו סיבוכים גדולים יותר. סיבוך מעין זה בעורק הפמוראלי נדיר ביותר. הסיבוך היה בלתי צפוי ולא היה ניתן להיערך לקראתו מראש. לא מדובר בקרע העורק על ידי פגיעה במכשיר אלא בפגיעת משיכה TRACTION INJURY.

הפגיעה העצבית הייתה מכאנית. התיעוד הקדם ניתוחי לא היה מפורט מספיק.

מסקנות והמלצות

האינדיקאציה לניתוח הייתה מוצדקת. לא הייתה הקפדה מספקת על תיעוד אורך הגפיים לפני ואחרי הניתוח. הפגיעה הווסקולארית והעצבית נבעה ממשיכה ולא ממכשיר. ניהול המקרה היה מהיר ויעיל. הקרע בעורק היה בלתי ניתן לחיזוי. מומלץ לבדוק דופק היקפי ומצב עצבי בכל מקרה של ניתוח גפה. מומלץ לכלול את הסיכון של פגיעה עצבית או ווסקולארית בטופס ההסכמה מדעת. מומלץ לכלול את טופס התכנון הקדם ניתוחי בתיק הרפואי.

לסיכום: הצוות לא חרג מהטיפול המקובל ופעל באופן נכון בטיפולו באירוע.

תמצית הסיפור הקליני

חולה בת 59 שסבלה מ-COPD על רקע עישון כרוני. בנוסף, היא אובחנה כחולת ITP ועברה כריתת טחול שבעקבותיה הייתה ברמיסיה במשך כ-10 שנים. בהמשך התחדשה התרומבופניה אשר הגיבה בתחילה טוב לטיפול בסטרואידים אך בניסיון גמילה התחדשה התרומבופניה. במיפוי התגלה טחולון, סיבה מוכרת להתחדשות מחלת ה-ITP. הצוות ההמטולוגי שקל אופציות טיפוליות שונות ולבסוף הוחלט להמליץ על כריתה לפרוסקופית של הטחולון. המלצה זו זכתה להסכמת החולה.

הניתוח הלפרוסקופי נערך ב-23.6 במחלקה הכירורגית בבית חולים כללי. בניתוח הוצאו כמה טחולונים. במהלך הניתוח נצפתה איסכמיה בכף הטחול של המעי הגס שיוחסה לפגיעה בכלי הדם המספקים חלק מהמעי. הצוות עבר לניתוח פתוח שכלל כריתה של קטע הקולון והשקה ראשונית. לאחר הניתוח טופלה בסטרואידים בגלל ירידה בתרומבוציטים.

בתקופה שלאחר הניתוח היא סבלה משורת סיבוכים אשר חלק מהם דרש התערבות כירורגית חוזרת:

2.7 – נערך ניתוח חוזר בגלל התנקבות המעי והופעת מורסה ובוצע פיוס של המעי הגס.

21.7 – ארעה אוונטראציה (פריצת מעי) דרך החתך הניתוחי.

12.9 – חסימת מעי חלקית אשר הסתדרה לאחר טיפול שמרני.

בשל החמרת התרומבופניה למרות כריתת הטחולונים, היא קיבלה שילוב של טיפולים שונים שכללו בנוסף לסטרואידים MABTHERA ותרכיז אימונוגלובולינים OMRIGAM המיועדים להשפיע על המערכת החיסונית, אך ללא הצלחה. מבחינת המצב הכירורגי היא התייצבה בהדרגה והדבר איפשר את שחרורה לביתה. אולם ב-9.10 אושפזה ביחידה לטיפול נמרץ עקב קוצר נשימה על רקע התלקחות ה-COPD. בהמשך אשפזה היא פיתחה תמט ראות זו צדדי ופנאומומדיאסטינום. ספירת הטסיות נשארה נמוכה מאד והיא נזקקה לעירוי טסיות. בהמשך הופיע חום, שלשולים דמיים, אלח דם, וכשל רב מערכתי שהסתיים בפטירתה ב-17.11.

דיון ומסקנות

האינדיקציה לניתוח: בחירת האופציה של כריתת הטחולון הייתה בהתאם למקובל.

איכות הניתוח: הייתה בהתאם לכללים. הפגיעה באספקת הדם למעי הגס הייתה תאונה טיפולית בלתי צפויה.

ההחלטה על כריתה והשקה ראשונית של המעי הגס: הייתה מוצדקת.

לאור זיהוי הכשל במכשיר ההשקה: המנתח נהג נכון כאשר ביצע כריתת ההשקה הלקויה והשקה חדשה.

איכות העברת מידע למשפחה : איכות העברת המידע למשפחה הייתה ברמה סבירה.

כפל דו"ח ניתוח : הטענה הזו התבררה כבלתי נכונה. לא נמצאה עדות לכך שהצוות התכוון להסתיר מידע.

מועד אבחון הדליפה מההשקה : יתכן כי ביצוע CT יום קודם ואבחון מוקדם יותר של הדליפה היה מביא לביצוע הניתוח מוקדם יותר, אך הוועדה לא חושבת שסיבוכי האירוע היו נמנעים אילו הייתה מנותחת יום לפני.

השימוש באופטלגין : לא היו שום נזקים שניתן לייחס לאופטלגין.

משמעות הכשל במכשיר ההשקה : לכשל במכשיר במהלך הניתוח לא הייתה כל השפעה על מהלך המחלה אחרי הניתוח.

הקשר בין הטיפול הכירורגי לבין סיבת המוות : ה-CT במהלך אשפוז האחרון לא הראה הליך זיהומי בבטן. לחולה היו גורמי סיכון רבים לדלקת הריאות שהביאה למותה כולל COPD, רקע של עישון כבד וטיפול בתרופות מדכאות חיסון כולל סטרואידים ומאבתרה. היא הספיקה להתאושש לפני כן מסיבוכי הניתוח במידה מספקת כדי לאפשר את שחרורה לביתה. למרות שיקולים אלה, הוועדה אינה יכולה לשלול אפשרות שהרקע של הניתוחים וסיבוכיהם בחודשים האחרונים השפיעו לרעה על יכולת החולה להתגבר על הזיהומים החמורים, שאפיינו את ימיה האחרונים.

סיכום

הוועדה לא מצאה פגם משמעותי באופן הטיפול במנוחה במהלך האשפוזים שעברה, פרט לאיחור היחסי באבחון הדלף ומתן האופטלגין באשפוז אחרי הניתוח הראשון. נקודות אלו ראויות לבחינה, אולם אין עדות לכך ששתי בעיות אלו השפיעו לרעה על מהלך המחלה.

המלצות הנציב

מדובר בחולה בת 59 אשר סבלה ממחלת ריאות כרונית אך תפקדה ברמה סבירה עד לביצוע הניתוח לשם טיפול ב-ITP. מסקנות הוועדה מתייחסות לאיכות הטיפול הכירורגי. לגבי האינדיקציות לניתוח לעומת האופציה של שימוש בריטוקסימאב (מאבתרה), בעת קבלת ההחלטה הניסיון בספרות לא היה חד משמעי והראה סיכון דומה לכשל טיפולי. לפיכך אינני רואה פסול בהחלטה להעדיף את האופציה הכירורגית.

תקציר הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 62 עם רקע של השמנת יתר קשה, משקל 126 ק"ג, סכרת, יתר לחץ דם, ומחלה קורונארית. ב- 2002 אובחן סרטן השד שטופל ניתוחית ובכימו-רדיותרפיה. בינואר 2011 סבלה מ- MI חריף וטופלה בהכנסת תומכן.

אשפוזה הנוכחי החל ב- 1.11 עד 10.11 בבית חולים כללי. ב- 2.11 בוצע ניתוח סרטן בסיגמואיד בגובה 25 ס"מ. הניתוח התחיל כלפרוסקופי אך לאחר כשעה עברו לשיטה פתוחה עקב קשיים עם הדבקויות. בוצעה כריתה והשקה קולורקטאלית ראשונית. התשובה הפתולוגית הראתה אדנוקרצינומה בדרגת ממאירות נמוכה, שוליים חופשיים וגרורה באחת מ- 20 בלוטות לימפה. לאחר הניתוח היא הייתה יציבה מבחינה המודינאמית אך נצפתה תפוקת שתן ירודה מאד. אובחן דלף דו צדדי מהשופכנים.

ב- 3.11 נערך ניתוח משחזר אשר כלל הכנסת תומכנים ותיקון חיצוני שלאחריו נצפתה התאוששות הדרגתית.

ב- 7.11 הועברה למחלקה כאשר היא מנותרת לדופק, לחץ דם, סטוראציה וא.ק.ג. הייתה יציבה המודינאמית, ללא חום וללא קשיי נשימה. קיבלה קלקסאן 60 כל יום למניעת הווצרות קרישי דם. ב- 10.11 היה אירוע של דום נשימה בשינה. פעולות החיאה לא צלחו.

דיון

1. לדעת הוועדה האינדיקאציה לניתוח הייתה חד משמעית. העדפת הגישה הלפרוסקופית הייתה נכונה לאור הסיכון הגבוה של השיטה הפתוחה אצל אישה עם השמנה קיצונית ומחלות רקע רבות.
2. איכות הניתוח: הניתוח בוצע על ידי צוות מיומן. הפגיעה בשופכנים היא סיבוך ידוע ולא נדיר של ניתוחי גידולים עם הדבקויות לרחם. הטיפול ביחידה לטיפול נמרץ היה מקצועי ומיומן. אבחון הבעיה האורולוגית היה מהיר ומדויק.
3. החולה קיבלה לכל אורך האשפוז טיפול מניעתי בקלקסאן.

מסקנות

למרות הסוף הטראגי, רמת הטיפול מבחינת האינדיקאציה לניתוח, הרמה המקצועית של הניתוח, אבחון וטיפול בסיבוך האורולוגי ופעולות ההחייאה, הייתה ללא רבב.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 72 עם ערמונית מוגדלת ואורופתיה חסימתית. ב- 12.12 עבר החלפת קטטר בבי"ח כללי וב- 19.12 עבר ניתוח TURP באותו בית חולים. הניתוח התחיל בהרדמה ספינאלית שהוחלפה להרדמה כללית אחרי שהתלונן על כאבים וצמרמורת. היה דימום רב מהקטטר אחרי הניתוח. לחץ הדם ירד ל- 70/40 וה- HB שהיה 12.7 ירד בהתאוששות ל- 8.6 ובהמשך ל- 7.2. הסוכר בדם היה נמוך מאד 17.5. אחרי 3.5 שעות הוכנס שוב לחדר ניתוח ובוצעה כריתת שארית הערמונית והמוסטאזיס. בהמשך הועבר לטיפול נמרץ במצב קשה. הוא היה אצידוטי, מורדם ומונשם. קיבל דם ומוצרי דם. נצפתה אנוריה. בדיקות הדם הראו ערכים קיצוניים - AST 8177 LDH 9113. ממצאים אלה התאימו ל- ACUTE ISCHEMIC LIVER. בתרביית שתן מלפני הניתוח KLEBSIELLA. למרות טיפול אנטיביוטי וטיפול תומך הוא נפטר 6 ימים אחרי הניתוח.

דיון

הוועדה התייחסה אחד לאחד לאספקטים שונים של הטיפול בחולה:

1. האינדיקציה לניתוח: החולה נזקק לניקוז מערכת השתן בטרם הניתוח בגלל קראטינין גבוה והידרונפרוזיס. השיטה שנבחרה לניתוח הייתה סבירה.
2. הכנת החולה: לאור השימוש בקטטר קבוע לא היה ניתן לצפות לשתן סטרילי. החולה כוסה ב- CIPROXIN. לא היה פגם בהכנת החולה לניתוח.
3. מהלך ההרדמה והניתוח: ההרדמה התאימה למצב החולה. מהלך הניתוח: מדובר במנתח ראשי מנוסה והחלטתו לסיים את הניתוח הייתה מבוססת על שיקולים סבירים. השארת רקמת ערמונית לא חוסמת מקובלת ולגיטימית במצב זה.
4. הטיפול במחלקת התעוררות: המעקב אחרי הדימום היה צמוד והמאמצים להפסקת הדימום בתחילה באופן שמרני היו סבירים. היו לחולה גם בעיות נוספות כגון היפונתרמיה וספיגת גליצין מנוזל השטיפה. כמו כן היה זיהום בחיידק קלבסיאלה שתועד בהמשך. לבעיות אלו התווספה מחלת הכבד הכרונית ואי ספיקת כליות שהצטרפו ביחד לכשל רב מערכתי.
5. הטיפול ביחידת טיפל נמרץ. החולה קיבל טיפול תמיכתי מלא כולל דיאליזה וטיפול אנטיביוטי נרחב אך ללא הצלחה.

מסקנות הוועדה

הטיפול על כל שלביו היה בהתאם לסטנדרטים הצפויים מרופא סביר. מחלת הכבד וההידרונפרוזיס ברקע תרמו לכשל הרב מערכתי שהתפתח בהמשך. סיבוכים פוסט-ניתוחיים כאלה לא ניתנים למניעה באופן מוחלט.

הוועדה מצאה לנכון להעיר על שני פגמים הדורשים התייחסות: לא נרשם הנפח המוערך של הערמונית בטרם ניתוח, ולא הייתה הקפדה על תיעוד מספר שקיות הגליצין שנצרכו במהלך הניתוח.

המלצות הנציב

הוועדה לא מצאה עדות לחריגות בהתנהלות הטיפול בחולה זה, ואני ממליץ לאמץ את מסקנותיה.

תקציר הסיפור הקליני

בת 82, ברקע טרומבוציטופניה, סכרת, יל"ד תעוקת חזה ופרפור פרוזדורים. ב-CT נמצא ממצא חשוד לגידול בסיגמה. בקולונוסקופיה ב-23.10 נמצא גידול ממאיר במעי הגס 30 ס"מ מעל פי הטבעת. אחרי הבדיקה הופיעו כאבי בטן וחשד למיקרופרפוראציה של הקולון. ב-31.10 נערך ניתוח לפרוסקופי לכריתת הגידול בהרדמה מלאה. נמצא תהליך ממאיר הדבוק לדופן הבטן. הניתוח ארך 4 שעות. בוצעה השקה מצד לצד.

לאחר הניתוח המעי לא חזר לתפקד. היא סבלה מכאבי בטן, לא ניתן היה לגמול אותה מהזונדה. לא העבירה פעולת מעיים סדירה. בהמשך נצפה מיעוט במתן שתן, לאוקוציטוזיס מתגבר עד 47.700 וטרומבוציטופניה מחמירה עד 27.300. CT פורש כמתאים לחסימת מעי דק. ביום ה-11 אחרי הניתוח פיתחה הלם ספטי וקריסת מערכות ולאחר העברה לטיפול נמרץ פיתחה תמונה של חמצת מטאבולית, אנוריה ו-SHOCK LIVER. בניתוח חוזר ביום ה-12 אחרי הניתוח הראשון נמצאה פרפוראציה באזור ההשקה, פריטוניטיס מוגלתית, וקולון נמקי פרוקסימאלית להשקה. בוצעה כריתת מעי גס ואילאוסטומיה אך ללא התייצבות והחולה נפטרה ב-13.11.

מסקנות הוועדה

1. תיזמון הניתוח האלקטיבי היה שגוי, וקרוב מדי לאירוע הדלקתי בגין הקולונוסקופיה.
2. יתכן והיה מקום להסתפק בכריתה מוגבלת של הגידול בהתחשב בגיל החולה ובמחלות הרקע שלה.
3. אבחון הדלף נעשה באיחור רב.
4. בדיקת שלמות ההשקה הייתה צריכה להתבצע בהחדרת חומר מפי הטבעת ולא מלמעלה.
5. המנתח היה צריך ליזום בדיקות לגילוי הדלף בשלב מוקדם יותר, ובכך יתכן שהיה משנה את המהלך הסופי.
6. לא מקובל על הוועדה שבניתוח השני לא נכחו המנתח הראשון ומנהל המחלקה.
7. בניגוד למעקב הסיעודי האינפורמטיבי, המעקב הרפואי היה דל.

המלצות מערכתיות של הוועדה

הוועדה ממליצה ליזום פניה לאיגוד הרדיולוגי כדי לבקש הנחיות ברורות להדמיה מיטבית של דלף מהשקה לאחר כריתת הקולון והרקטום.

המשך הבירור על ידי הנציב

לאור הערות הוועדה הוחלט לזמן את המנתח הראשי ואת מנהל המחלקה הכירורגית בה אושפזה המנוחה לשיחת הבהרה במשרדינו.

בעקבות שיחת ההבהרה התגבשו שתי גרסאות לגבי סיבת ההתדרדרות במצב החולה, שהביאה למותה כשבועיים לאחר הניתוח. גרסת הוועדה היא שהייתה התנקבות באזור ההשקה במועד

מוקדם, ואיחור באבחנה שגרם להחמרה נוספת והחמצת האפשרות למניעת ההתדרדרות בהמשך. לעומת זאת, גרסת הצוות המטפל היא שהתנקבות המעי הייתה מאוחרת ונגרמה מקוליטיס איסכמית, ונקרוזיס של דופן המעי שהסתיימה בפרפוראציה. תומכת בגרסת הצוות העובדה שבצילום ה-CT של הבטן לא נמצאו סימני התנקבות ופריטוניטיס. לדעתנו הגרסה השנייה סבירה יותר ונתמכת על ידי ממצאי בדיקת ה-CT, הממצאים האנטומיים במעי שנכרת, והיא לוקחת בחשבון גם את מחלות הרקע הקשות של החולה.

מצאנו לנכון להעיר על דלות הרישומים של המעקב הרפואי בימים שלאחר הניתוח והעדר תיאור של דיוני הצוות לאחר הפגישה עם הרנטגנולוגים אחרי CT הבטן, והשיקולים הטיפוליים שבעקבות פגישה זאת.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 41 אשר עברה ניתוח שרוול בשל השמנת יתר מורבידית ב- 27.3 בבית חולים כללי. לאחר הניתוח התפתחה קולקציה מזוהמת, כנראה משנית להמטומה שהזדהמה, ובהמשך הופיע דלף מאזור הניתוח. היא סבלה ממספר סיבוכים קשים, נזקקה לאשפוזים חוזרים ונפטרה בביתה ב- 17.6, כ- 3 חודשים לאחר הניתוח. לא בוצעה נתיחה.

הערות הוועדה

ההתוויות וביצוע הניתוח: ההחלטה לבצע ניתוח הייתה נכונה והמנתח ומחלקתו הנם בעלי ניסיון רב בתחום זה. בשל הניתוח הייתה ירידת המוגלובין עד 8.5 והחולה טופלה בעירויי דם כנדרש. צילום ושת-קיבה לאחר הניתוח לא הדגים דלף.

31.3 - 21.4 אשפוז שני: קבלה דחופה בשל כאבי בטן, חולשה ונוזל פלאוראלי דו צדדי. ב- CT נוזל דמי בבטן העליונה והאגן. לאור אבחנה של המטומה מזוהמת וחשד לנוכחות דלף הומלץ על ניקוז כירורגי אך החולה סירבה. היא התייצבה לאחר 3 שבועות ושחררה לביתה.

2.5 - 6.6 אשפוז שלישי: הגיעה למיון במצב אלח דם. ב- CT קולקציה גדולה ליד הקיבה עם פלס נוזלים. למחרת בוצע ניקוז כירורגי ושטיפות. CT חוזר הראה קולקציות ליד הטחול וליד הקיבה. הוועדה מציינת לשבח את שיתוף המנתחים בניהול המקרה בטיפול נמרץ. לאחר שיפור והתייצבות הדרגתית צילום ושת קיבה הדגים לראשונה דלף. לאור ההתייצבות במצבה והפרשה צלולה ומועטת מהנקזים, הוחלט להעדיף טיפול שמרני על פני התערבות כירורגית שלא נראתה מוצדקת. לאחר שיקול דעת החליט הצוות הכירורגי כי המשך טיפול מתאים בקהילה עדיף על המשך שהות במחלקה.

7.6 - 17.6 הטיפול בקהילה: רוב הזמן הייתה מרותקת למיטה והתלוננה על כאבים באזור הנקזים. בוצע ביקור בית וגם ביקור במרפאה הכירורגית, אך לא היה רושם של מצוקה והומלץ על המשך הטיפול בקהילה. ב- 17.6 היא נמצאה שרועה על הרצפה ללא הכרה. הוזעק צוות מ.ד.א. ובוצע ניסיון החייאה ממושך, אך בהגיעה למיון בית חולים הוכרז על פטירתה.

התייחסות הוועדה לשאלות המשפחה:

1. מדוע המתינו 3 שבועות עד הניקוז: הגיליון מתעד את המלצת הכירורגים לביצוע ניקוז כירורגי כבר באשפוז השני, אך החולה סירבה.
2. מדוע לא שותפו זיהומולוגים באופן שוטף בטיפול: הזיהומולוגים היו בתמונה כל הזמן.
3. רופאי המחלקה לא מסרו מידע: הוועדה לא קיבלה טענה זאת. טענה זו הושמעה על ידי האחים בלבד, אך הם לא הרבו לבקר במחלקה.
4. מדוע שוחררה כל כך מוקדם: לדעת הוועדה הסביבה התומכת במסגרת טיפולי בית התאימה לצרכי ההתאוששות וההחלמה של המנותחת.

מסקנות הוועדה

הוועדה לא מצאה פגם בהתנהלות הצוות אשר טיפל במנוחה במהלך אשפוזיה במחלקה הכירורגית ובטיפול נמרץ. הניתוח והטיפול בסיבוכים שהתפתחו בעקבותיו התנהלו על פי הפרקטיקה הרפואית המקובלת, תוך הקפדה על שיקול דעת ושיתוף כל הגורמים המטפלים בכל אחד משלבי הטיפול במנוחה.

המלצות הנציב

אני ממליץ לקבל את המלצות הוועדה כלשונן.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 58 אשר אושפזה ב- 24.3 במחלקה הכירורגית בבית חולים כללי בגלל השמנת יתר, משקל BMI 105, 39, לשם ניתוח קיצור קיבה לפרוסקופי בשיטת השריוול. היא סבלה מתסמונת מטאבולית, יתר לחץ דם, סוכרת, תת פעילות בלוטת המגן ודיכאון.

בעת הניתוח שבוצע ב- 25.3 לא נצפו קשיים מיוחדים. למחרת, ה- 26.3 נצפתה דליפה של תוכן קיבה מאזור הניתוח ובוצע ניתוח חוזר שבו נתפר האזור הדולף, אך למרות זאת הדליפה לא פסקה. CT בטן ב- 3.4 גילה סימני המשך דליפה שכללו נוזל פלאוראלי, תסנין בריאה השמאלית ונוזל חופשי בבטן. ב- 5.4 בוצעה הכנסת תומכן לקיבה בבית חולים על והיא הוחזרה לטיפול נמרץ בבית החולים הראשון, אך למרות נקז מלעורי וטיפול אנטיביוטי מצבה לא השתפר. ב- 8.4 צילום CT גילה החמרת הדליפה לחלל הפלאורה השמאלית ולחלל הבטן, ונמצא שהתומכן נדד ממקומו ולכן היא שוב עברה הכנסת תומכן אנדוסקופית. החל מה- 18.4 הופיעו דימומים מדרכי העיכול העליונות ובנוסף לכך התפתח הלם ספטי והיפולמי. מאחר וניסיון אמבוליזציה לא הצליח לעצור את הדמם בוצע ניתוח שבו לא אותר מקור הדימום ועברה כריתת קיבה מלאה ללא השקה. ב- 28.4 שוב נותחה בגלל דמם פעיל מעורק הטחול ועברה כריתת טחול. ב- 29.4 הופיע דלף עם תוכן מרתי, ובניתוח נמצא דלף מגדם התריסריון אשר נסגר. בהמשך עברה שני ניתוחים לשטיפת חלל הבטן וכריתת רקמות נימקיות. בעיות נוספות בהמשך כללו דלף חוזר מגדם התריסריון ופריטוניטיס קשה, דלף נוסף ונמק נרחב של המעי הדק אשר נכרת. לאחר התדרדרות נוספת החולה נפטרה ב- 16.5.

דיון

1. עדות המשפחה: למשפחה היו טענות קשות בדבר חסר עדכון ואי שיתוף המשפחה בשלבי הטיפול השונים.
2. ניסיון המחלקה: מדובר באחד הניתוחים הראשונים במחלקה תחת ניהולו של מנהל המחלקה. מאז ועד לביקור ועדת הבדיקה בוצעו במלקה כ- 100 ניתוחים באחריותו האישית של המנהל ללא פטירה נוספת.
3. ניסיון המנתחים: המנתח הראשי עבר השתלמויות בכירורגיה בריאטרית בארץ ובחו"ל אך היה עדיין בעל מעט ניסיון אישי בתחום זה.
4. מהלך הטיפול: לפני הניתוח החולה עברה ועדה כנדרש. המנתח הראשי לא הכיר את החולה לפני הניתוח אך התייעץ לכל אורך הדרך עם מנהל המחלקה, אשר ליווה את החולה וקיבל אחריות עליה לכל אורך הדרך. המנתחת השנייה הכירה היטב את החולה והייתה בקשר הדוק עם המשפחה.
5. ניתוח הקיבה לפי שיטת השריוול בוצע על פי הכללים המקובלים. לדעת חברי הוועדה הגישה הטיפולית בדליפה המתגלה זמן קצר אחרי הניתוח היא שמרנית. חוסר הניסיון של הצוות עם דליפה אחרי ניתוח שריוול הוביל לניתוח נוסף שגרמה לסיבוכים אחרים. ההפניה להכנסת תומכן במוסד אחר נעשתה באיחור.

6. לגבי סיבת הדמם מדרכי העיכול הוועדה מעלה שורה של סיבות אפשריות מבלי להכריע ביניהן. לגבי הדמם מעורק הטחול מועלית אפשרות של פגיעה בשוגג בעת החדרת הנקז לבית החזה.

7. הוועדה מצאה צורך להעיר על הופעתו של מנהל טיפול נמרץ לפני הוועדה כאשר הוא לא זכר את פרטי המקרה והרישומים בתיק האשפוז ביחידתו לקו בחסר.

סיכום הוועדה

באופן כללי, הוועדה אינה סבורה שהטיפול במנוחה חרג מהנורמה המקובלת. למרות זאת, לדעת הוועדה חוסר הניסיון של הצוות הרפואי הוביל לנקיטת צעדים שלא הצליחו להתמודד עם הסיבוכים הבתר ניתוחיים. פעולות נוספות גרמו לסיבוכים חדשים, ולמרות המאמצים וטיפול תומך ביחידה לטיפול נמרץ מצבה החמיר, הפך לבלתי רוורסבילי והסתיים במותה.

הוועדה ביקשה להעיר על הליקויים ברישומים הן במחלקה הכירורגית והן ביחידה לטיפול נמרץ.

המלצות הנציב

לאור הערות הוועדה מומלץ לבצע הערכת איכות לכלל הניתוחים הבריאטרים המבוצעים במחלקה הכירורגית בראשות מנהל המחלקה, ולוודא שתוצאות ניתוחים אלה לאורך השנים בהם נצבר ניסיון בביצוע ניתוחים בריאטרים במחלקה אינן נופלות מהמקובל בתחום זה בכלל המחלקות הכירורגיות בארץ.

לקיחת האחריות האישית של מנהל המחלקה על כל שלבי הטיפול בחולה, והשתתפותו במרבית הניתוחים הקשים להם היא נזקקה ראויה לשבח.

לקחים:

9 המקרים הללו מהווים את תת הקבוצה הגדולה ביותר בתחום סיבוכי הניתוח. למעט מקרה אחד של סיבוכי ניתוח לתיקון דיסלוקאציה של פרק הירך, כל החולים האחרים נפטרו. ב-3 מקרים הערכת הוועדה הייתה כי בירור ההתדרדרות לאחר הניתוח היה איטי מדי ובלתי יעיל. שתי חולות נפטרו מסיבוכי ניתוח שרוול. למרות התוצאות הקשות באחת מהן סברה הוועדה שלא היה פגם בהתנהלות הצוות ואילו בשני סברה כי חוסר ניסיון הצוות בסוג ניתוחים זה גרם להחלטות טיפוליות בלתי נכונות. בשני חולים בסיכון גבוה (לאחר ניתוח ערמונית ולאחר כריתת טחולון בחולת ITP) ההתדרדרות הייתה בלתי נמנעת. לבסוף, בחולה שנפטרה מדום נשימה, המוות היה קרוב לוודאי ללא שום קשר לניתוח.

4. סיבוכים ללא קשר לניתוח

4.1 סיבוך שהקדים לטיפול: מות מקרע ספונטאני במעי הגס עקב עצירות קשה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באשה בת 66 עם רקע של סכרת ויתר לחץ דם. היא פנתה למלר"ד בית חולים כללי ב- 25.9 עם תלונות של עצירות 10 ימים וכאבי בטן. בבדיקה רקטאלית נמצאה אמפולה מלאה צואה ללא סימני IMPACTION. צילום בטן ריק פורש כמעי גס מורחב מלא צואה ללא סימני חסימה. לאחר טיפול בחוקן פליטס הייתה יציאה גדולה אך כשעה לאחר מכן נצפתה התדרדרות חמורה במצבה עם דופק מהיר ולחץ דם נמוך, חמצת מטבולית ובטן רגישה ונפוחה. להלן לוח הזמנים של ההתפתחויות:

4.30 החייאת נוזלים ומתן אנטיביוטיקה.

6.45 צנרור קנה והנשמה.

7.15 העברה להתאוששות להכנה לניתוח.

8.55 CT בטן: אויר חופשי ונוזל רב בחלל הבטן.

10.09 תחילת ניתוח: נמצא קרע אורכי בסיגמה וקולון מורחב מלא צואה. קטע מעי דק איסכמי באורך כ- 40 ס"מ דבוק לדופן הבטן. בוצעה כריתה תת שלמה של הקולון ואילאוסטומיה.

14.18 סיום הניתוח.

לאחר הניתוח החולה נשארה בחמצת קיצונית ואי יציבות המודינאמית. למרות מאמצים טיפוליים כולל פתיחת בטן חוקרת שלא העלתה ממצאים חדשים, מצבה המשיך להיות קריטי והיא נפטרה ב- 27.9 כיומיים וחצי לאחר הגעתה לאשפוז.

דיון

בניתוח פרטי האירוע התמקדה הוועדה בשאלות הבאות:

1. האם ניתן היה לאבחן התנקבות המעי עוד לפני ביצוע החוקן: הוועדה בדקה מחדש את הצילומים בשיתוף הרנטגנולוג, שטען בדיעבד כי היו סימני התנקבות לפני החוקן, והגיעה למסקנה שלא היו סימנים רנטגניים של התנקבות בשלב מוקדם זה.
2. האם החוקן גרם לקרע במעי: המרחק של אזור ההתנקבות מפי הטבעת שולל אפשרות של התנקבות עקב ביצוע החוקן. לדעת הוועדה מדובר ב- STERCORAL PERFORATION הנגרם על ידי PRESSURE NECROSIS של דופן הסיגמואיד עקב לחץ על ידי גוש צואה קשה בעת עצירות חמורה. קשר הזמנים עם החוקן מוסבר לדעת הוועדה על ידי עליה נוספת בלחץ בצירוף התנזלות הצואה בעת הטיפול.
3. פרק הזמן שחלף בין התפתחות המשבר החרירי ועד לתחילת הניתוח היה סביר בהתחשב בצורך בביצוע בדיקות ההדמיה וייצוב מצב החולה לקראת הניתוח.

4. היקף הניתוח היה מתאים לממצאים התוך בטניים החמורים והתנהלות הצוות הכירורגי היה ללא דופי.

5. סיכויי ההישרדות של החולה שסבלה מ-FECAL PERITONITIS היו נמוכים ביותר לנוכח הדליפה המאסיבית של תוכן צואתי לחלל הבטן וההזדקקות לניתוח ממושך התוצאה הטראגית היתה בלתי נמנעת.

סיכום הוועדה

הוועדה לא מצאה דופי בהתנהלות הצוות, בתהליך קבלת ההחלטות ובביצוע הניתוחים לאורך כל מהלך הטיפול.

על הצד הביקורתי הוועדה מצאה פגם באי ניהול תרשומת סיעודית מפורטת, דבר הנוגד את הנחיות משרד הבריאות בדבר החובה לנהל רשומה רפואית.

המלצות הנציב

אני ממליץ לאמץ את מסקנות הוועדה כלשונן. יש לבקש את תגובת הנהלת בית החולים לגבי ההערות על הליקויים בניהול רשומה סיעודית מסודרת.

לקחים:

על הצד המקצועי/קליני, הסיבוך של ISCHEMIC PRESSURE NECROSIS בחולים עם עצירות חמורה מוכר אם כי אינו שכיח. בשנים האחרונות הגיעו לשולחנו כמה דווחים דומים אצל חולים ממוסדות פסיכיאטרים הנמצאים בסיכון גבוה במיוחד של עצירות יוצאת דופן בחומרתה. היה רצוי להפיץ את מסקנות ועדת הבדיקה בין האחראים על יחידות ניהול סיכונים במוסדות האשפוז בארץ כדי להגביר את המודעות לבעיה זאת.

פרק ג': תקלות בתחום המיילדות והגינקולוגיה (23)

מדובר באירועים קשים ומקרי פטירה בנשים צעירות ללא מחלות רקע ידועות, או בפטירת עוברים. 6 מוועדות הבדיקה עוסקות בפטירת עוברים. 8 תיקים עוסקים באירועים שהסתיימו במות היולדת אשר התרחש אחרי הלידה ב- 7 מתוך 8 המקרים. מתוך 4 מקרים של זיהום חמור 3 נגרמו על ידי חיידקי קולי וכל ה- 3 אירעו בעקבות פעולות אבחנתיות חודרניות. מתוך 5 התיקים האחרונים 2 עוסקים בסיבוכי הפסקת הריון, אחד במוות לאחר שאיבת ביציות, באחר נקשרו החצוצרות בשוגג, והאחרון בנזק מוחי לאחר דימום מאסיבי.

1. פטירת עובר (6)

1.1. מות עובר בלידת בית

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 34 ללא מחלות רקע. היא תכננה לידת בית בשיתוף מיילדת. נערכו פגישות מעקב וגם נחתמו טופסי הסכמה מדעת כמקובל. הוסכם גם שתהיה מיילדת נוספת שתסייע בלידה. בנובמבר 2013 בשעה 5:45 שבוע 40 נקראה המיילדת לביתה בגלל התגברות הצירים שבהמשך פחתו. דופק עוברי שנמדד בדופלר נייד היה תקין (ללא רישום), פתיחת צוואר של כ- 2 ס"מ. המיילדת עזבה ושבה ב- 18.00 עקב התגברות הצירים. הפעם נמצאה פתיחה של כ- 3 ס"מ. ובהמשך ירידת מי שפיר נקיים.

ב- 15:20 הגיעה מילדת נוספת. נרשמה פתיחה 8 ס"מ. נמדד דופק עוברי כל 10 דקות למשך כדקה וחצי.

ב- 21:05 לראשונה לא הצליחו לשמוע דופק עוברי. ב- 21:29 נולד ילוד עם חבל טבור מלופף סביב הצוואר ועם קשרים. בוצע ניסיון החייאה והוועקה נידת נט"ן. הגעה לבית ב- 21:31 והגעה לבית חולים ב- 22:13. בהגיעו לטיפול נמרץ אובחן הילוד כ- HYPOHIC ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY. עם פגיעה רב מערכתית והוא נפטר כעבור 47 שעות.

דיון

1. לדעת הוועדה לידת הבית נוהלה כראוי ובהתאם לחוזר מינהל רפואה.
2. הסיבוך לא היה ניתן לחיזוי ולמניעה בשיטות הניטור המקובלות.
3. הטיפול ביילוד בוצע בהתאם לנתוני השטח ובהתאם לסטנדרטים שנקבעו בחוזר מינהל רפואה.

מסקנות הוועדה

בהעדר נתיחה לא ניתן לקבוע בוודאות אם המוות נגרם על ידי מצוקה עוברית או מליקוי אחר בעובר. המיילדת פעלה על פי הכללים שנקבעו בחוזר מינהל רפואה. מכשיר הדופלר ששימש את המיילדת אינו מאפשר רישום רציף ודוקומנטאציה של הנתונים. לדעת הוועדה אירוע כזה במסגרת חדרי לידה היה מאובחן אולי בשלבים מוקדמים יותר.

המלצות הוועדה

הוועדה ממליצה לשקול שימוש בלידות בית במוניטור בעל יכולת הקלטה ורישום רציף, על מנת להגדיל את הסיכוי לאבחון מוקדם של מצבים דומים.

כמו כן, ממליצה הוועדה לבחון באמצעות הוועדה לפעולות חריגות, מתן סמכות למיילדות לשימוש באמצעי החיאה מתקדמים כגון אינטובאציה ושימוש ב LARYNGEAL MASK.

המלצות הנציב

מקבל את המלצות הוועדה כלשונן.

המיילדות התנהלו בהתאם לסטנדרטים המקצועיים שנקבעו על ידי מינהל רפואה.

1.2. השתתפות בזירוז הלידה ומות עובר לאחר לידת ואקום

מדובר ביולדת בת 36 ללא ילדים שהגיעה למחלקה להריון בסיכון לקראת חצות ב- 29.1.2013 בשבוע ה- 42 להריונה לאחר טיפולי פוריות. מטרת האשפוז הייתה זירוז לידה אולם במחלקה הייתה ירידת מים מקוניאליס ספונטאנית עם פתיחה של 4 ס"מ.

להלן לוח הזמנים להמשך האירועים ב- 30.1.2013.

16.15 הוחל במתן פיטוצין – על ידי רופא מתמחה חדרי לידה.
17.06 צירים סדירים, פתיחה 5 ס"מ.
18.21 פתיחה 6 ס"מ האטות משתנות.
20.00 טכיקרדיה עוברית ואיבוד הרישום העוברי.
20.13 הוחל ברישום פנימי של העובר. פתיחה גמורה. במשך השעה הבאה רישום טכיקרדיה עוברית עם האטות משתנות. בין השעות 20.13 ל 21.19 התורן והתורנית הבכירה נעדרו מחדר הלידה מאחר והם נקראו לטפל במקרים דחופים אחרים במחלקת יולדות ובטיפול נמרץ.
21.19 טכיקרדיה עוברית עם האטות משתנות ומקוניוס סמיך. הוחלט על לידת ואקום (מתמחה ותורנית בכירה).
21.25 או 21.35 לידת ואקום.
21.37 מגיע מתמחה תורן מהפגיה שקובע אפגר נמוך ומתחיל בהנשמה במסכה ובהמשך מחדיר טובוס. נשאבו מים מקוניאליס סמיכים. כעבור 5 דקות נקראה לעזרה אחות פגיה ובהמשך תורן טיפול נמרץ ילדים, ותורנית מיון ילדים. קריאות אלו השתרעו על פני 17 עד 30 דקות. בהמשך נקראה גם רופאה כוננית. בוצעו פעולות החייאה אך ללא הצלחה ובשעה 22.40 נקבע מוות.

מסקנות הוועדה

1. עד לשעה 20.13 המעקב ותיעוד הלידה היו משביעי רצון.
2. בין השעות 20.13 ל 21.19 בשלב האחרון של הלידה שבו הניטור העוברי לא היה תקין, ובנוכחות מקוניוס וחום אימהי, לא התקיים מעקב כלשהוא אחרי היולדת. שני התורנים נקראו למקרים דחופים במקומות אחרים ואילו המיילדת הייתה עסוקה באחד החדרים האחרים. הוועדה מצאה פגם בכך שרק 3 תורנים מאיישים את המערך המיילדותי/ גינקולוגי בשעות התורנות.
3. רופא הילדים הגיע ללא השתתפות. רק לאחר הגעתו התברר שמדובר במקרה קשה והוחל בפעולות החייאה. למרות שהוועדה לא תחקרה את רופא הילדים מאחר והוא לא שוהה בארץ, הוועדה מתרשמת שהיה קושי בביצוע ההחייאה. הליקויים לדעת הוועדה כללו: קושי בזיהוי חומרת המצב בשלב הראשון, לא נלקחה בחשבון האפשרות של פנאומוטוראקס שנמצא בצילום אשר בוצע לאחר המוות, ואיחור בקריאה לעזרה של רופאים מנוסים יותר.
4. לסיכום, לדעת הוועדה היה מקום לסיים את הלידה בשלב מוקדם יותר אך הדבר השתנה בגלל קריאת הצוות לטיפול בבעיות דחופות אחרות מחוץ לחדרי הלידה. לגבי רופא הילדים, לא היה מיומן דיו, ויתכן גם שלא קיבל די סיוע מצוות המיילדים. הוא היה צריך לקרוא לעזרת רופאי הילדים הבכירים ממנו בשלב מוקדם יותר.

סיכום והמלצות נציב קבילות הציבור

1. ניהול הלידה ופעולות ההחייאה לרגל מצוקת העובר לא היו מיטביים. כפי שהוועדה כבר ציינה, מעקב צמוד יותר במהלך השעה האחרונה של הלידה היה מביא ליילוד מוקדם יותר והיה עשוי לשנות לטובה את תוצאות הלידה. בנוסף לכך, חוסר מיומנות של תורן הפגייה והאיחור שלו בקריאה לעזרת רופאי הילדים הבכירים פגע באיכות פעולות ההחייאה.
2. מבחינה מערכתית, הפרשה מציפה בעיה ארגונית חשובה בנוגע לתת איוש צוות המערך לרפואת נשים בשעות התורנות. הבעיה כבר נדונה בהרחבה בקובלנה שהוגשה בפרשה אחרת באותו מוסד, ומחייבת בדיקה חוזרת לאור מסקנות הוועדה כי איכות הטיפול ביולדת נפגמה עקב תת איוש של המערך לרפואת נשים.

1.3. קרע ברחם ומות עובר. דופק אימהי פורש כעוברי

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 31 בריאה, שהגיעה לחדרי לידה בבית חולים כללי ללידה שניה בנובמבר 2009.

להלן לוח הזמנים של מהלך הלידה:

11.30 תחילת צירי לידה.

14.10 בדיקה במיון יולדות. דופק אימהי 110-120.

14.40 פקיעת קרומים - מקוניוס בדרגה 1. צוואר פתוח 6 ס"מ ניטור עוברי תקין.

15.20 מתן אפידוראל.

15.20 דופק עוברי תקין.

16.00 פתיחה מלאה, מתלוננת על לחץ.

17.00 נרשם ניטור ריאקטיבי 140 פעימות לדקה.

17.50 כנ"ל קצב 150.

17.55 לידה נרתיקית, נולד עובר ללא רוח חיים. יציאת העובר לוותה בלחיצות על הרחם באמצעות המרפק. על פי עדות היולדת ואמה היו כאבים ברום הבטן אשר החלו זמן קצר לפני הלחיצות, התגברו בלחיצות, ונמשכו גם אחרי הלידה בזמן התפירה.

18.00 אחרי הלידה הדופק האימהי היה 156.

19.18 חשה בכאבי בטן עליונה וכתפיים. דופק 126-140 לחץ דם תקין. בוצעה לפרוטומיה אשר גילתה דם חופשי בכמות גדולה בחלל הבטן. נמצא קרע בחלק התחתון של הרחם כולל הפורניקס. בוצעה תפירה של הקרע. קשירת העורק הרחמי השמאלי.

תוצאות נתיחת הילוד

אין אבחנה ברורה. ההנחה של הפתולוג היא שהמוות נגרם מתת חמצון בסמוך ללידה.

דיון

1. לדעת הוועדה הדופק שנרשם היה דופק אימהי שהיה מהיר, ויוחס בטעות לעובר.
2. מועד המוות התוך רחמי היה עוד לפני הגיע האם לחדרי לידה. בבוקר הלידה כאשר בוצע US, העובר עדיין היה חי. לעומת זאת, רישום הדופק בחדרי הלידה היה אימהי בלבד. לא סביר שבנוכחות עובר חי לא היה מתגלה דופק עוברי במשך שעות ארוכות. לא ניתן לקבוע מועד מדויק של מות העובר.

3. ניתן היה לגלות אם הדופק עוברי או לא, אילו לנוכח הדופק האימהי המהיר היו מבצעים US לעובר.
4. הקרע ברחם: לפי מועד הופעת הכאבים בכתפיים הקרע ברחם ארע בדקות האחרונות של הלידה. יתכן שהוא נגרם על ידי הלחץ על הרחם (פעולת קריסטלר). פעולה זו שנויה במחלוקת ואין הגדרות ברורות מתי להיעזר בה.
5. הקרע ברחם אובחן זמן קצר אחרי הלידה וטופל בדרך הנכונה.
6. לא הייתה התייחסות לטכיקרדיה האימהית וכנראה היא גם לא הובאה לידיעת הרופאים שניהלו את הלידה.

מסקנות הוועדה

מות העובר התרחש לפני ההגעה לחדרי הלידה ולכן הוא היה בלתי נמנע. הדופק שנרשם במהלך הלידה היה אימהי. הקרע ברחם התרחש סמוך מאוד ללידה. הוא אובחן וטופל כראוי.

יתכן שפעולת הקריסטלר תרמה להיווצרות הקרע. לאור המחלוקת הקיימת בהקשר לפעולה זאת, הוועדה ממליצה לפנות לאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה עם בקשה להכנת נייר עמדה לגבי השימוש בפעולת קריסטלר.

קיצור תולדות האירוע

מדובר ביולדת בת 26 חולת סכרת אשר התקבלה לקראת הלידה הראשונה בשבוע 40 להריון לצורך זירוז לידה. הוחלט על ביצוע זירוז באמצעות מתן פרוסטגלנדינים PG בדרך נרתיקית. טרם החדרת ה-PG בוצע מוניטור למשך 40 דקות שהראה דופק עוברי ריאקטיבי וריאבילי. ההחלטה על מתן ה-PG הייתה תוך התייעצות עם מנהל חדר הלידה. הטיפול החל בשעה 15.14. במועד זה בדיקה ידנית גילתה צוואר ארוך וסגור. היא הועברה למיון יולדות ב- 15.35 עד 15.45. ואז הועברה לטרם לידה. האחות המיילדת ניסתה להרכיב לה מוניטור ומשלא אותר אצל דופק עוברי קראה לרופא ב- 16.50. בבדיקת US נקבע מוות עוברי תוך רחמי. בהמשך עברה זירוז לידה ובשעה 5.35 (של יום למחרת קבלתה) נולד עובר מת עם חבל תבור כרוך מסביב לצוואר פעמיים. נקבע כי המוות נגרם מתשניק פרינטאלי.

מסקנות והמלצות הוועדה

לדעת הוועדה ההחלטה על זירוז הלידה באמצעות PG הייתה סבירה. ביצוע הניטור אחר היולדת לא חרג מהמלצות האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה. העובר מת כתוצאה מתאונה של כריכת חבל התבור סביב צווארו. הוועדה המליצה על יתר הקפדה על כיול תקופתי של מכשירי המוניטור בבית החולים.

מסקנות הנציב

לא נמצאה בדו"ח הוועדה עדות לחריגה מהנהלים המקובלים או ממצאים שיצדיקו המלצה על פתיחת הליכים משמעותיים כנגד הצוות המטפל.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בתינוק ממין זכר אשר נולד ב 30.8.2012 בלידת ואקום במשקל 3590, ציון אפגר 8-9 ואובחן כסובל משבר בזרוע ועצם הבריח השמאלית. הוא סבל משוק היפו-וולמי שהתפתח בהדרגה וטופל בנוזלים ובמתן דם ופלסמה בהמשך הוא הורדם והונשם אך מצבו החמיר ונפטר ב 31.8.12 בשעה 9.10 כ-21 שעות לאחר הלידה.

הערות הוועדה

ועדת הבדיקה התייחסה לשאלות הבאות:

1. האם הייתה התוויה ללידת ואקום והאם התקיימו התנאים המקובלים ללידה מכשירנית: לדעת הוועדה הייתה התוויה ללידה מכשירנית והיא בוצעה בהתאם לתנאים המקובלים.
2. אלו צעדים בוצעו כאשר אובחן פרע כתפיים: ננקטו הצעדים המקובלים במקרה של פרע כתפיים. כתוצאה מהקושי בחילוץ נגרמו לתינוק שברים. סיבוכים אלה מוכרים והם קשורים למצב קשה של פרע כתפיים.
3. האם הטיפול במחלקת התינוקות היה בהתאם לסטנדרטים המקובלים: התינוק היה במעקב צמוד מאד בפגיה. עם זיהוי השינוי המשמעותי לרעה במצב התינוק הכונן הגיע למחלקה והתרשם ממצב של שוק היפו-וולמי שהתבטא בלחץ דם נמוך ואי מתן שתן. אולם למרות מתן תמיסות נוזלים ודם, לחץ הדם נשאר נמוך ביותר. במשך כל הלילה טופל הילוד על ידי הרופא הבכיר במסירות. תוצאות הנתיחה מגלות כי סיבת המוות הייתה שוק היפו-וולמי. במצב זה קצב מתן הדם הנו קריטי והוועדה מניחה כי העיכוב שחל במתן הנוזלים בשל בעיה טכנית לא היטיב עם התינוק. היה קושי טכני בהתקנת הצנתר בשל מצבו הקשה של התינוק אשר היה בשוק.
4. הוועדה מצאה לנכון לציין כי הרופא הכונן פעל בהתאם למצופה ממנו ושהייתה טעות בשיקול דעת באשר לצורך במתן כמות נוספת של דם. הוועדה גם מציינת שגם במקרים בהם ניתן דם ונוזלים בקצב הולם, לא ניתן תמיד למנוע תמותה בשל שוק היפו-וולמי מאחר והתאוששות התינוק תלויה בגורמים רבים.

המלצות הוועדה

הוועדה לא מצאה מקום להצביע על כשל מערכתי או פרסונאלי. למרות זאת, לאור הערותיה לגבי חשיבות קצב מתן הדם והנוזלים בשוק היפו-וולמי היא ממליצה לרענן את נושא הטיפול בשוק היפו-וולמי בפורום רופאי הפגיה.

המלצות הנציב

המלצות חברי ועדת הבדיקה התקבלו כלשונן.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בפטירת עובר בגלל Intrapartum asphyxia עם מוניטור עוברי בלתי תקין מספר שעות טרם הלידה. בתחילה היו האטות משתנות ובהמשך טכיקרדיה עוברית עם האטות משתנות ואחר כך ריבוי האטות עמוקות ובהמשך היעלמותן. פרשנות ממצאים אלה על ידי הצוות המטפל הייתה בלתי נכונה ולא הופנם הסבל העוברי ההולך ומחמיר. הגזים בדם חבל התבור התאימו למצב של תשניק, והעברת המקוניום הייתה תוצאה של סבל עוברי מתמשך. בשעה האחרונה שקדמה ללידה, הדופק האימהי פורש בטעות כדופק עוברי.

מסקנות

1. לדעת הוועדה הכשל העיקרי בניהול הלידה היה חסר זיהוי מצוקה עוברית שהתפתחה בהדרגה במשך כ- 3 שעות והגיעה למצוקה קיצונית עם ברדיקרדיה קשה. בשעה האחרונה שקדמה ללידה הדופק האימהי פורש בטעות כדופק עוברי.
2. כתוצאה מכשל זה חל איחור משמעותי בחילוץ העובר באמצעות שולפן ריק אשר היה קל לביצוע אולם במועד מאוחר מדי.
3. כל הצוות הרפואי והסיעודי היה מעורב בכשל זה כאשר הרופאה הצעירה בצוות דיווחה לממונים עליה אך אלה לא גילו מספיק אחריות וגיבוי בניהול המקרה. הוועדה התקשתה להגיע למסקנות פרסונאליות ברורות בגלל העדר שניים מ- 3 הרופאים מהארץ ואי הופעתם לפני הוועדה.
4. הוועדה מתחה ביקורת על התנהלות הצוות המיילדותי ושל רופאי הילדים בעניין מתן הסבר למשפחה על מה שארע ואי קיום תנאים הולמים ופרטיות ראויה במרפאה הסוב לידתית שלאחר הלידה.
5. תהליך ההחייאה היה אמנם משני, אך לדעת הוועדה לא נערך בהתאם לכללים המקובלים ורישום פרטי האירוע היה לוקה בחסר.

המלצות הנציב

לוועדה היו מספר המלצות פרטניות שהופנו להנהלת המחלקה, והנהלת בית החולים ומנהל אגף נשים ויולדות של המרכז הרפואי נדרשו לעדכן בדבר אופן יישום ההמלצות.

לקחים:

הבעיה העיקרית בחלק מהמקרים שתוארו לעיל הייתה טעות בזיהוי מצוקת עובר או איחור בנקיטת צעדים לסיום מהיר של הלידה לנוכח סימני מצוקת עובר. בשני מקרים הדופק האימהי פורש בטעות כעוברי. במקרה אחד קיים חשד שקרע ברחם נגרם בעקבות לחץ חיכוני לזירוז הלידה. בשניים מ- 6 המקרים לא נמצא פגם בהתנהלות הצוות ומות העובר היה בלתי נמנע.

2. פטירת יולדת (7)

2.1. מצוקה נשימתית לאחר ניתוח קיסרי. סיבת המוות אינה ודאית

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 27 ללא ילדים אשר הגיעה לחדרי לידה בבית חולים בנובמבר 2013 בשבוע ה-35 להריונה עקב חלבון בשתן ועליה מתונה בלחץ הדם. אושפזה ביחידה לסיבוכי הריון באבחנה של רעלת הריון לא קשה. במשך 4 הימים שלאחר מכן הייתה לה עליה נוספת בלחצי הדם, כאבי ראש וכאבי בטן והוחלט על סיום הלידה, תחילה באמצעות ציטוטק ופיטוצין ומאחר והאינדוקציה לא צלחה, בוצע ניתוח קיסרי. נולדה בת במשקל 2685 גרם.

לאחר הניתוח היא הועברה למחלקת יולדות. בהמשך החלה להתלונן על קוצר נשימה ובצילות חזה נצפה גודש ריאתי והצטברות נוזל פלאוראלי. בימים הבאים היא סבלה מיתר לחץ דם, והמשך קוצר נשימה, נבדקה על ידי תורן פנימי שהמליץ על מתן פוסיד תוך ורידי ועל ידי קרדיולוג. הופיע שלשול. היו לבטים לגבי המשך מתן פוסיד מחשש להתייבשות על רקע השלשולים. בלילה חלה החמרה בקוצר הנשימה, ירידה בסטוראציה, לחץ הדם היה 194/125 ודופק 134. היא הועברה לחדרי לידה ושם קרסה תוך ירידה בסטוראציה ל-60. בוצעה החייאה על ידי צוות שכלל 3 מרדימים ומנהל טיפול נמרץ. ה-CTA שלל תסחיף ריאתי. בהמשך הועברה לטיפול נמרץ וטופלה בהיפר-וונטילציה, היפותרמיה ומניטול. CT מוח הראה בצקת קשה. הופיעו פרכוסים וניסיונות לגמילה מההנשמה לא צלחו. היא המשיכה לסבול מלחצי דם גבוהים ובהמשך מלחצי דם נמוכים וסטוראציה נמוכה. מותה נקבע לאחר מאמצי החייאה.

מסקנות הוועדה

1. הסיבה הישירה למוות לא ידועה בוודאות מאחר ולא בוצעה נתיחה.
2. הנחת הוועדה היא שהמוות נגרם מאירוע של אי ספיקה נשימתית חריפה שהביאה לדום לב, ונוק מוחי איסכמי.
3. הטיפול ביולדת לפני הלידה וההחלטה על ניתוח קיסרי היו לפי אמות המידה המקובלות.
4. במשך 5 הימים של אשפוז במחלקת היולדות שלאחר הלידה היה מקום למתן טיפול אינטנסיבי יותר לשם הורדת לחץ הדם.
5. התפתחות הבצקות, קוצר הנשימה והגודש הריאתי תרמו להחמרה הדרגתית במצבה אך הטיפול במשתנים היה רק בולוס חד-פעמי של פוסיד.
6. לדעת הוועדה היה מקום לביצוע CT אנגיו בשלב מוקדם יותר, לשלילת תסחיף ריאתי וטיפול אפקטיבי בכמויות הגדולות של נוזל פלאוראלי.
7. כנראה שלא הייתה הפרעת קצב לפני דום הנשימה ותחילת ההחייאה.
8. החולה לא טופלה בקלקסאן למרות שלדעת הוועדה היו מספר הוריות לכך.
9. העברת המידע בין הצוות הסיעודי לבין הרופאים בכל הנוגע לשלשולים שהתפתחו במחלקה הייתה לקויה ולא נערכו שום בירורים לנושא זה.

10. לא נערכה התייעצות עם יועץ פנימי בכיר לגבי סיבת קוצר הנשימה המתמשך אצל חולה טוקסמית ולגיבוש המלצות טיפוליות.

11. לא היה רופא אחראי ספציפי (מנהל מקרה) שרכז את הטיפול בחולה לאורך האשפוז במחלקת יולדות.

12. לדעת חברי הוועדה הטיפול לא היה מיטבי, למרות שאין בטחון שטיפול אינטנסיבי יותר היה מונע את המהלך הסופי.

13. הטיפול בחולה בעת קריסתה בלילה האחרון ולאחריה היה תקין ועל פי הפרוטוקולים המקובלים.

המלצות הנציב

לאור הערות הוועדה, ובמיוחד לאור סעיפים 11 ו- 12 לפרק המסקנות, יש צורך בהשלמת בדיקת האירוע על ידי עריכת שיחת הבהרה.

2.2. מוות בחולת נירופיברומטוזיס עקב דימום מאסיבי לאחר לידה מקרע ברחם

תמצית הסיפור הקליני

בת 31 עם רקע של NEUROFIBROMATOSIS. בעברה 6 לידות ספונטאניות. התקבלה בבית חולים בדצמבר 2013 בשעה 15.29 בשבוע 40 להריונה השביעי עקב ירידה בתחושות תנועת העובר. בשעה 22.25 נולד בן במשקל 3420 אפגר 9/10. מיד לאחר צאת היילוד נצפה דימום רב ביותר. בשעה 22.35 הועברה לחדר ניתוח עם ל.ד. 70/30 דופק 160. נמצא קרע בצוואר הרחם מימין. למרות תפירת הקרע ומתן alpha2PGF הדימום נמשך. ב- 22.40 החלה לקבל מנות דם ראשונות. גויסו רופאים בכירים נוספים. הוחלט על לפרוטומיה בהשתתפות שני תורנים. בניתוח נמצא קרע לאורך כל הצד הימני של הרחם. בוצעה כריתת רחם אך הדימום המשיך, כנראה מורידים גדולים רטרופריטונאליים. ניסיון לקשור את הכלים המדממים לא הצליח. כמו כן PACKING והפעלת לחץ על האזור וגיוס כירורג כללי וכירורג כלי דם לא הצליחו לפתור את הבעיה. ב- 23.25 הוחל בהחייאה. למרות התייצבות זמנית חלה שוב התדרדרות עקב המשך הדימום. בשעה 01.15 נמדד המוגלובין 3.1 ומאוחר יותר 9.9. לא הייתה עדות מעבדתית ל-DIC. החולה קיבלה מנות מאסיביות של דם ומוצרי דם. לצוות הצטרף כירורג כללי ב- 00.30 וכירורג וסקולארי ב- 01.00. נמצא קרע גדול בווריד הכסל הימני אשר נקשר. בוצעו קשירות נוספות בעורקי הכסל. הדימום פסק אך היה שוב צורך בהחייאה. החולה לא הגיבה למאמצי ההחייאה ובשעה 1.58 נקבע מותה כתוצאה מ- IRREVERSIBLE HEMORRHAGIC SHOCK.

דיון ומסקנות הוועדה

מדובר באישה עם ולדנות גבוהה והגברת צירים באמצעות פיטוצין. שני נתונים אלה נחשבים לגורמי סיכון להוצרות קרע ברחם. אפשרות זאת הייתה צריכה להילקח בחשבון בעת הופעת הדימום החריף. קרע ברחם אינו מוכר כסיבוך של נירופיברומטוזיס ולכך לא נראה שמחלת רקע זאת תרמה למצבה בעת הלידה.

לדעת הוועדה התנאים המיילדותיים היו הולמים, והפעלת הלידה באמצעות פיטוצין ומינון הפיטוצין היו כמקובל בוולדניות. למרות זאת, היו לוועדה מספר הערות ביקורתיות:

1. לא בוצעה ביקורת חלל הרחם בשלב מוקדם כמקובל בדימום אחרי הלידה. הקרע ברחם התגלה רק בעת פתיחת הבטן יותר משעה אחרי הלידה.
2. הדימום מכלי הדם ברטרופריטונאום זוהה רק לאחר כריתת הרחם. לדעת הוועדה יתכן שהקשיים בקשירת כלי הדם נגרמו על ידי התפוררות הרקמה עקב מחלת הנירופיברומטוזיס הפוגעת באינטימה של כלי הדם כפי שמתואר בספרות.
3. ניהול המקרה חייב מעורבות של כירורג כללי וכירורג כלי דם. אמנם הם נקראו לעזרה אך לא במועד מוקדם יותר שהיה אולי משנה את תוצאות הטיפול.

סיכום הוועדה

לדעת הוועדה זיהוי חלקי של מקורות הדימום עקב אי ביצוע ביקורת חלל הרוחם כנדרש תרם לאיחור בעצירת הדימום ולכניסת היולדת למצב של הלם תת נפחי בלתי הפיך ממנו היא לא התאוששה.

המלצות הנציב

דו"ח הוועדה מצביע על חריגות משמעותיות מהנהל המקובל בטיפול בדמם אחרי הלידה ובלוח הזמנים של הטיפול.

2.3. התפתחות תמונה קלינית סוערת לאחר לידה שהביאה לקריסת מערכות

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בריאה בת 29 אשר התקבלה באפריל 2014 להשראת לידה בשבוע 41 עקב מיעוט מי שפיר. לדעת הוועדה, האינדיקציה לקבלה והחלטה על השראת לידה היתה במקום ובהתאם לסטנדרטים מיילדותיים מקובלים. לאור תנאי צוואר הרחם הטובים הוחלט לא לבצע ריכוך צוואר אלא לגשת מיד לזירוז הלידה. הוחל בפיטוצין שהופסק וחדש מספר פעמים במשך הלילה לאור האטות בדופק העובר שהתאוששו. לקראת הבוקר היא התחילה להרגיש כאבים חזקים יותר וקיבלה אנלגזיה אפידוראלית כמקובל. כשעה לאחר מכן החלה להיכנס ללידה אקטיבית ובתוך כשעה וחצי התקדמה מפתיחה של כ- 2.5 ס"מ לפתיחה של 9.5 ס"מ כפי שנצפה בביקור הבוקר של הרופא הבכיר. במהלך השעות הבאות הרופא התורן בדק את האישה פעמים רבות ותיעד היטב כל ביקור. יחד עם זאת ההתקדמות המהירה נעצרה במצב של 9.5 ס"מ פתיחה. היולדת הגיעה לפתיחה גמורה אחרי כשלוש שעות, ובמצב זה נשארה כשלוש שעות נוספות עד לביקורו של רופא בכיר שהחליט מיידית על ניתוח קיסרי לאור חוסר התקדמות.

בניתוח חולץ ילוד חיוני עם מים מקוניאליים. בהמשך היה רושם של רחם אטוני וחשד לדימום מוגבר. הועברה להתאוששות ובהמשך נזקקה להנשמה בחמצת מטאבולית וירידה קשה בסטורציה. מכאן ואילך העניינים זרמו תוך יעוצים רבים של רופאים בכל הרמות, ממתמחים ועד מנהלי מחלקות, וממקצועות רבים כולל גינקולוגים, מרדימים, אנשי טיפול נמרץ, מחלות זיהומיות, קרדיולוגים, המטולוגים ורדיולוגים. התלבטויות של הצוות הרפואי בנוגע לאבחנה מבדלת תועדו היטב. התפתחה במהירות תמונה קלינית סוערת ביותר שהביאה לקריסת מערכות, יתר לחץ דם ריאתי, ARDS קשה, קיפוח המודינמי, ספסיס והפרעה בתפקודי קרישה. האבחנה המבדלת כללה בעיקר תסחיף מי שפיר וספסיס קשה עם תגובה דלקתית. בנוסף הובא בחשבון גם תסחיף ריאתי. היולדת קיבלה טיפול המתאים לכל אחת מהאופציות. למרות הטיפול האינטנסיבי, מצבה התדרדר במהירות והסתיים במותה הטראגי כיומיים לאחר קבלתה.

מסקנות הוועדה

1. קבלת היולדת לאשפוז נעשתה על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים, והאינדיקציה להשראת לידה הייתה במקום. המעקב אחרי מהלך הלידה היה רצוף ותועד היטב הן על ידי הצוות הרפואי והן על ידי הצוות הסיעודי.
2. לאחר ביקור הבוקר, הרופא הבכיר עזב את בית החולים ולדבריו העביר את ניהול חדר הלידה לרופאים האחראיים (לא ברור למי בפועל). החל מרגע זה הלידה נוהלה על ידי המתמחה אשר לא חסך מאמצים לטפל באישה ולראותה לעיתים קרובות.
3. לא ניתן להתעלם מהעובדה שלאחר הכניסה ללידה אקטיבית וההתקדמות המהירה חלה עצירה משמעותית בקצב ההתקדמות וחלף זמן רב עד להחלטה על ניתוח קיסרי.
4. במהלך תקופת ההאטה בהתקדמות היה מקום לקיים דיון בין המתמחה לבין הבכיר האחראי לגבי התארכות הלידה באישה עם האטות חוזרות המצריכות הפסקת פיטוצין ובנוכחות מים מקוניאליים.

5. למרות שנראה שהדבר לא השפיע על התוצאה הסופית, קיים ליקוי בעובדה שמזמן ביקור הבוקר נוהל המקרה על ידי המתמחה ללא מעורבות רופא בכיר במחלקה.

2.4. פטירת יולדת מתסחיף מי שפיר

תמצית מהלך האירוע

יולדת בת 34 ללא מחלות רקע, נשואה ואם ל- 3 ילדים אחרי 3 ניתוחים קיסריים. התקבלה לבית חולים לניתוח קיסרי רביעי אלקטיבי בשבוע 37+7. היה ידוע על קיום הידבקות קשות באגן מניתוח קודם. הכנת היולדת לניתוח לדעת הוועדה הייתה ללא דופי. הניתוח בוצע בהרדמה ספינאלית. בגלל ההדבקות בוצע חתך גבוה ברחם. בשעה 09.59, 29 דקות אחרי תחילת ההרדמה הוצא תינוק באפגר 8/10. קיימות עדויות סותרות לגבי מידת הכוח שהופעל לשם חילוץ הילוד.

מיד אחרי חילוץ הילוד נצפה דום לב. הוחל בהחייאה בהשתתפות מנהל המחלקה. תוך דקות הצטרפו למאמצי ההחייאה מנהל מחלקת הרדמה ומנהל התאוששות. החולה חזרה להכרה מעורפלת. בהנחה שהמדובר בתסחיף מי שפיר בוצעה אינטובציה. כן בוצע אקו על ידי קרדיולוג שהדגים הרחבת חדר ימין המתאימה לתסחיף ריאתי, וחדר שמאל היפרקינטי המתאים למצב היפו-וולמי.

בשעה 10.20 נצפה לראשונה דימום מהבטן העליונה. בפתיחה אורכית של הבטן על ידי כירורג בכיר התגלה דם של כ- 2000 סמ"ק מקרעים באונה הימנית והשמאלית של הכבד. בוצעו ניסיונות נמרצים לעצירת הדם בהשתתפות מנהל המערך הכירורגי וניתנו 17 מנות דם ועוד כמות גדולה של מוצרי דם. אולם הדם לא פסק, והופיעו אירועים חוזרים של דום לב. בשעה 12.15 היא נפטרה.

סוגיית חוות הדעת הפתולוגית

בוצעה נתיחה ובידינו 3 חוות דעת של פתולוג מומחה.

במסמך מחודש נובמבר כותב המומחה כי המוות נגרם קרוב לוודאי מתסחיף מי שפיר.

בחודש מאי הופיע למתן עדות לפני הוועדה.

במסמך נוסף מחודש יוני באותה שנה הוא קובע כי בכבד נמצאו מוקדי נמק עם תגובה דלקתית. לדעתו ממצאים אלה יכולים להתיישב עם נזק שנגרם בעקבות תסחיף מי שפיר.

בחודש נובמבר כותב המומחה שבבדיקה היסטולוגית של הסליידים שנלקחו מהראות בנתיחת המנוחה לא נמצאו ממצאים היסטולוגיים המעידים על תסחיף מי שפיר.

לאור חוסר אחידות זאת, פנינו לחוות דעת נוספת מהמרכז הלאומי לרפואה משפטית אשר התקבלה במרץ 2015. המומחה מסכם כי על פי החומר שבידיו אין בממצאים ההיסטולוגיים תימוכין משמעותיים לאבחנה של תסחיף מי שפיר. היות ולא בוצעו הצביעות הפתולוגיות הנדרשות, לא ניתן להגיע לאבחנה של תסחיף מי שפיר או לשלול אבחנה זו.

לדעת הוועדה האבחנה הקלינית של תסחיף מי שפיר כאירוע ראשוני אשר הביא למות היולדת נתמכת על ידי צירוף הממצאים הבאים: דום לב פתאומי מיד לאחר הוצאת הילוד, הרחבה של החדר הימני בבדיקת אקו לב האופיינית לתסחיף ריאתי, ודמם מאסיבי שלא הגיב למתן דם ומוצרו. לגבי הקשיים של הפתולוג להדגים ממצאים היסטולוגיים אבחנתיים לתסחיף מי שפיר הוועדה מציינת כי חומרת התסמונת הקלינית של תסחיף מי שפיר אינה עומדת ביחס ישיר לכמות הנוזל בתסחיף אלא לעוצמת התגובה האנפילקטית ולכן מכונה התסמונת anaphylactoid syndrome of pregnancy.

לגבי מנגנון הקרעים בכבד, הוועדה סבורה שהקרעים נגרמו על ידי מאמצי ההחייאה שגרמו גם לשברים ב- 7 צלעות. הדימום הוחמר עוד יותר על ידי התפתחות הפרעה בקרישה מסוג DIC משנית לתסחיף ריאתי ומשנית לדמם המאסיבי (הלם היפו-וולמי).

מסקנות הוועדה

1. הוועדה לא מצאה כל פגם בהתנהלות הצוות בהנחיית מנהל המחלקה אשר גייס את מיטב מומחי בית החולים בניסיון להציל את חיי היולדת.
2. הוועדה לא מצאה פגם בהיערכות חדר הניתוח לצרכי ההחייאה.
3. שיבוץ הרופאה המנתחת ביום האירוע היה ראוי, אולם הוועדה סבורה כי הנוהל הקיים בבית החולים בו אחראי חדר הלידה מתחלף מידי יום לוקה בחסר וממליצה כי ימונה מנהל אחראי קבוע לחדרי הלידה שתפקידו לקבוע נהלי עבודה ושיבוץ רופאים לניתוח באופן מסודר.
4. לדעת הוועדה לעובדה שהילוד היה גדול יותר מהערכת משקלו טרם הלידה לא הייתה השפעה על מהלך הלידה וחילוץ העובר.
5. הוועדה התקשתה לקרוא את גיליון ההרדמה וממליצה לבנות גיליון ברור המשקף את מהלך ההרדמה והטיפול ומלווה בפלט המוניטור.

המלצות הנציב

אני מודע לקושי שנוצר על ידי חוות הדעת הפתולוגית. לדעת הוועדה קושי זה נובע מהעובדה שחומרת התסמונת אינה פרופורציונית לכמות החומר שחדר למחזור הדם של האם ומכאן הקושי למצוא הוכחה היסטולוגית לאבחנה. טענה זאת תואמת את הספרות העדכנית המדגישה את ההישענות על שיקולים קליניים באבחון התסמונת בגין הרגישות והספציפיות הנמוכה של הבדיקה ההיסטולוגית של הריאה בקביעת האבחנה.

אולם הסוגיה העומדת לפנינו היא לא קביעת האבחנה אלא ההחלטה האם ניהול המקרה, למרות התוצאות הטראגיות, עמד בסטנדרטים המקובלים. מבחינה זאת הוועדה לא משאירה ספק בכך שהיא לא מצאה כל פגם בהתנהלות הצוות בהנחיית מנהל המחלקה אשר גייס את מיטב מומחי בית החולים בניסיון להציל את חיי היולדת.

לגבי הביקורת המערכתית של הוועדה בהקשר לצורך במינוי מנהל אחראי לחדרי הלידה והצורך בשיפור מבנה גיליון ההרדמה, הצעות הוועדה הועברו לטיפול מנהל רפואה במשרד הבריאות.

תמצית הסיפור הקליני

יולדת בת 32 בהריון הראשון הגיעה לבית חולים בשבוע ה- 37 להריונה בגלל צירים ודימום מהנרתיק בחודש יולי בשעה 03.06. נמצאה פתיחת צוואר 3.5 ס"מ ומי שפיר מקוניאליס. היא לדה לידה חטופה תוך פחות מ- 50 דקות. בדיקת PTT ראשונה הייתה מוארכת אך לא הגיעה לתשומת לב הצוות. החל משעה 4.20 שמו לב לדימום מוגבר. ניסיון לכווץ הרחם, סקירה ידנית של חלל הרחם, חקירת צוואר הרחם, מתן ציטוטק, והחדרת קטטר בקרי (בלון ליצירת לחץ על פנים הרחם) לא הצליחו לפתור את בעיית הדימום המאסיבי. היא הייתה בלתי יציבה עם ערכי לחץ דם נמוכים. בשעה 4.30 נשלחו בדיקות דם, כולל בדיקות קרישה אך לא הגיעו תשובות.

מנות דם הוזמנו עבורה לראשונה ב- 5.20 ובספירת דם בשעה 5.56 נמצא המוגלובין 6.5. בשעה 6.00 היא הועברה להתאוששות, מורדמת ומונשמת. מוצרי דם שוחררו עבורה לראשונה ב- 6.09 PTT בשעה 6.33 לא נקרא. החל מהשעה 7.15 מגיעים גם מנהל מחלקת נשים ומנהלת המטולוגיה ובהמשך גם מנהל מחלקת הרדמה. החולה מקבלת מוצרי דם והקסקאפרון. אקו לב מראה הרחבת הלב הימני ומאסה (קריש דם) בעליה הימנית. לאור המשך ההתדרדרות נעשה ניסיון לחבר אותה למכונת לב ריאה אך הניסיון נכשל עקב חסימת הקטטר על ידי הקריש בעליה הימנית. כמוצא אחרון בוצע ניסיון החיאה בפתיחת בית החזה אך בשעה 11.15 נקבע מותה.

דיון

על פי הערכת הוועדה החולה סבלה מאירוע חריף של תסחיף מי שפיר שהתרחש בסמוך לקבלתה לבית החולים. הוועדה מציינת את מסירות הצוות בנסותו לעזור לחולה, אך מציינת גם כמה נקודות חולשה ואלו הן:

1. לאורך כל הדרך לא היה לחולה מנהל מקרה בכיר CASE MANAGER שיכוון את הטיפול, יעקוב אחרי מדדים ובדיקות עזר ויזמין עזרה מדיסציפלינות שונות.
2. פער הזמנים בין שליחת בדיקת הדם ועד למתן התשובות היה ארוך מדי.
3. תורן המעבדה לא טרח ליידע את הצוות על PTT פתולוגי הראשון.
4. בנוכחות PTT מוארך היה רצוי לבקש גם בדיקת פיברינוגן שהיא מנבא טוב לחומרת הדימום אחרי לידה.
5. דאגת הרופאה המרדימה בחשדה לדימום מאסיבי לא נקלטה במועד מוקדם יותר על ידי הגינקולוגים בגלל העדר תקשורת יעילה ביניהם.
6. הרביזיה של הרחם בהרדמה כללית הייתה צריכה להתבצע בחדר ניתוח ולא בחדרי הלידה שבהם אין מערכת תמיכה מספקת. נוהג הרביזיה בהרדמה כללית בחדרי הלידה הופסק במרבית בתי החולים בארץ והיא מתבצעת היום אך ורק בחדרי ניתוח.
7. הוועדה לא מצאה עדות לבדיקת סידן מיון או מתן סידן בחדר התאוששות כפי שזה מקובל במצב של MASSIVE BLOOD TRANSFUSION.

8. הייתה אי התאמה ברישום הדופק ולחץ דם על ידי המרדימה ועל ידי המיילדת. אי התאמה זו מדגישה את התועלת שבשימוש במערכות רישום אוטומטיות במידה שהטכנולוגיה זמינה.
9. לאור חומרת המצב של היולדת במקרה חמור זה, היה ראוי שהאחות הכללית תהיה נוכחת במקום, תכוון ותנהל את כל הפעולות הלוגיסטיות הקשורות בסיעוד, רישום, העברת בדיקות מעבדה, קבלת תשובות וקבלת מוצרי דם.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית, נראה לנו שהחומר שנאסף ונותח על ידי חברי הוועדה ראוי לשמש ללימוד ולדיוני צוות במחלקות היולדות בכלל מוסדות הרפואה בארץ. ליבון בעיות כגון זיהוי יעיל ומוקדם של הפרעות במערכת הקרישה, זיהוי מוקדם של PPH מסכן חיים, שימוש בנהלים ברורים במצב של MASSIVE BLOOD TRANSFUSION, הצורך במינוי מנהל מקרה לחולה במצב קריטי, ותפקיד האחות הכללית כמנהלת מקרה בתחום הסעודי, אמורים להקל וליעל את התארגנות והתנהלות הצוות בזמן אמת במצבים דומים בעתיד.

2.6. מות יולדת עקב תסחיף מי שפיר - התנהלות הצוות המטפל הייתה ללא רבב

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באשה בת 32 בשבוע ה- 37 להריונה. ברקע השמנת יתר (כ- 100 ק"ג) ורפלקס. לידה ראשונה הייתה רגילה עם תינוק במשקל 2700 גרם. התקבלה בחודש ינואר לבית חולים כללי בגלל IUGR ואושפזה למחרת ביחידה להריון בסיכון גבוה והוחלט על השראת לידה באמצעות פרופס (טמפון פרוסטאגלנדין עם שחרור אטי). דופק עוברי במוניטור בבדיקות חוזרות היה תקין.

בשעה 20.00 הועברה לחדרי לידה.

בשעה 20.25 הייתה פקיעת קרומים. הפרופס הוצא.

בשעה 21.15 בוצעה זריקת אפידורל.

בשעה 21.25 התלוננה על כאבים באזור הנרתיק ומיד לאחר מכן על לחץ בחזה. בהמשך איבדה את הכרתה. מיד הוזעק צוות שכלל מרדים, והוחל בהנשמה עם אמבו. אובחן חוסר דופק מרכזי והוחל בעיסוי לב וצנרור קנה. הוזעק צוות החייה שכלל מרדמים וקרדילוג תורן. מאחר והייתה פתיחה מלאה, התינוק הוצא מהר מאד באמצעות ואקום והוא היה חיוני. השליה נראתה שלמה. בהמשך הצטרפו להחייאה מנהל מחלקת נשים ויולדות, מנהל מחלקת הרדמה ומנהל טיפול נמרץ כללי. אקו לב הדגים נוכחות גופים זרים בווריד הנבוב, חשודים לתסחיפי מי שפיר. בדיקה גינקולוגית וסונאר בטן שללו דימום מאסיבי.

בשעה 00.05 לאחר החייאה ממושכת נמדד לראשונה לחץ דם 81/60 ובשעה 1.00 הועברה לטיפול נמרץ. בהמשך פיתחה סימנים מעבדתיים מובהקים של הפרעות קרישה חמורות מסוג DIC ולאחר מתן כמויות גדולות של דם ומוצרי דם הצליחו להשתלט על הנטייה לדימום. למרות התייצבות המודינמית אובחן נזק מוחי חמור עקב דום הלב הממושך ולבסוף אובחן מות מוחי. המשפחה החליטה לתרום את אבריה להשתלה.

מסקנות הוועדה

1. הוועדה סבורה שהיולדת סבלה מתסחיף מי שפיר בהתבסס על התמונה הקלינית האופיינית ולאור שלילת סיבות אחרות למשבר החריף שנצפה.
2. לידת העובר ללא מצוקה מעידה על תקופת דום לב קצרה מאד עד הלידה. פעולות ההחייאה נעשו בצורה נכונה. מבחינת מערך כוח האדם והצוות, בית החולים פעל בדרך מעוררת הערכה.
3. ביצוע ההחייאה באמצעות וריד פריפרי היה ראוי, ובהתאם להנחיות בספרות.
4. בשאלת ההסבה לצד שמאל אין עדות כתובה לפעולה זו, אך הוועדה סבורה שעצם מצבו הטוב של התינוק מחזק את ההנחה שפעולה זו בוצעה.
5. איכות הטיפול ביולדת: הוועדה סבורה כי היולדת קיבלה טיפול טוב ומתאים למצבה: היא מציינת לטובה את הסיום המהיר של הלידה שמנע נזק מהעובר, וההשגחה הטובה של הצוות הרפואי והסיעודי.

6. הוועדה שוללת את הטענה שהיה צורך להעביר את היולדת לחדר הניתוח לביצוע החייאה יעילה.
7. הוועדה שוללת את הטענה שהיה צריך להשתמש בסטרואידים בעת ההחייאה, ומביאה לכך ראיות מהספרות.
8. בדיקת האקו לב שבוצעה על ידי הקרדיולוג לא נרשמה על ידו אלא על ידי רופאה שהייתה נוכחת בעת ביצוע הבדיקה. הוועדה אינה רואה פגם בשיטת רישום זאת.
9. הרישום הסיעודי היה קצר יחסית.
10. הוועדה מוצאת את תיעוד ההחייאה מניח את הדעת למרות שחלק ממנו נכתב בדיעבד. דבר זה מקובל בתיעוד מצבי חירום כאשר קודם פועלים ואחר כך מתעדים.
11. במהלך האשפוז ביחידה להריון בסיכון גבוה לא היו ליולדת צירים אפקטיביים המקדמים לידה.
12. הוועדה מציינת לטובה את ההתגייסות הכללית של אנשי הצוות מהמקצועות הרלוונטיים להחייאת היולדת.
13. האלחוש האפידוראלי בוצע על פי הכללים המקובלים.
14. זירוז הנוזלים לקראת מתן האלחוש האפידוראלי בוצע במועד ובשיטה הנכונה.
15. למרות שהאבחנה של תסחיף מי שפיר נעשתה על דרך השלילה, היא האבחנה הסבירה ביותר לאור הביטויים הקליניים האופייניים כפי שפורטו לעיל

המלצות הנציב

כפי שצוין על ידי הוועדה, האבחנה הסבירה ביותר לסיבת המשבר החרیف שהסתיים בפטירת החולה היא תסחיף מי שפיר. מדובר בסיבוך חמור של לידה שאינו ניתן לחיזוי מראש ושגורם לתמותה באחוז גבוה של המקרים גם כאשר הטיפול התומך הוא מיטבי. במקרה הנידון הוועדה סברה כי לכל אורך הדרך היולדת קיבלה טיפול טוב ומתאים למצבה. יש לציין שיו"ר הוועדה מוכר כמומחה בעל שם בתחום פעולות ההחייאה בנשים בהריון.

אני סבור שראוי לקבל את המלצות הוועדה כלשונו. למרות המהלך הטראגי, הצוות המטפל פעל באופן מיטבי והחלטותיו והפעולות שננקטו היו ללא רבב.

2.7. נזק מוחי חמור מדום לב ביולדת עם שפעת H1N1

מדובר ביולדת בת 27 בהריון ראשון שבוע 37 אשר הגיעה למיון יולדות בבית חולים כללי בחודש ינואר. לאחר הלידה היא פיתחה מחלת שפעת קשה שאובחנה מאוחר יותר כשפעת H1N1. היא אושפזה ביחידה לטיפול נמרץ עם אי ספיקה נשימתית. תוך מתן טיפול תומך מסיבי היא חזרה להכרה, התאוששה מאי ספיקת כליות, הייתה יציבה המודינאמית, והחלה לנשום בכוחות עצמה. אולם כיממה לאחר מכן היא פיתחה אירוע של דום נשימה ודום לב. בוצעה החייאה אשר הצליחה לייצב אותה אבל היא נותרה עם נזק מוחי קשה ביותר עקב חסר חמצן בעת דום הלב, והועברה להמשך אשפוז בבית חולים סיעודי במצב וגטטיבי.

תמצית הסיפור הקליני

עוד בזמן הלידה התעוררו קשיים בגלל שעול ונזלת. בימים שלאחר מכן פיתחה גם חום. לא הייתה לאוקוציטוזיס וצילום החזה פורש כתקין אך הוחל בטיפול באנטיביוטיקה משולבים. ב- 5.1 צוין כי השיעול החמיר ושהיא מרגישה לא טוב. ב- 7.1 נרשם על ידי האחיות ל.ד. 75/47 ודופק - 112 ורוויון חמצן 54 %, עם עליה בקצב הנשימה ל- 32 לדקה. בצילום החזה הפעם נצפו תסנינים חדשים דו צדדיים והחולה הועברה להמשך הטיפול ליחידה לטיפול נמרץ. למרות שהחולה נבדקה על ידי רופאים רבים מצוות המחלקה, לא נמצא תיעוד להתייעצות עם מומחה למחלות זיהומיות במשך 7 ימים אלה.

ביחידה לטיפול נמרץ נצפו ריאות לבנות (תסנין מאסיבי) האופייניות ל- ARDS (מצוקה נשימתית חריפה) והיא הונשמה. בהמשך, ב- 31.1 בוצע פיוס קנה, נותקה מהנשמה בתדר גבוה וחל שיפור בחמצון. ב- 11.2 כבר נשמה בעזרת מסיכת חמצן בלבד, תקשרה עם המשפחה וגם הורדה לכורסא אם כי הזיעה מאד, דבר שהפריע טכנית לחיבור המוניטורים לגופה. בלילה שבין ה 12 ל 13 הייתה עייפה, הזיעה מאד, עם הפרשות רבות מדרכי הנשימה, מיעוט שתן, ומאמץ נשימתי מוגבר - טכיפנאה. קצת לאחר חצות היא נמצאה ללא דופק ולחץ דם, כחולה וללא נשימה. הוחל בהנשמה באמבו דרך הטראכאוסטום. לאחר ההחייאה החולה טופלה בקירור גוף כדי לצמצם את הנזק מחסר החמצן שבעקבות דום הלב, אך היא נותרה עם נזק מוחי קשה ובהמשך הועברה לאשפוז במצב וגטטיבי בבית חולים רעות.

האירוע ב- 12.2: על פי רישום מערכת המטויזין מהשעה 00.26 התחילה ירידה בסטוראציה ההופכת בשעה 00.29 לאפסית. במקביל חלה ירידה בדופק. הוועדה סבורה שמדובר בבעיה נשימתית שהובילה לאסיסטוליה לאחר מספר דקות. לא מדובר בארטיפקט (טעות טכנית ברישום) מאחר והמוניטור נבדק בהמשך ונמצא מתפקד כראוי. הוועדה לא יכלה להכריע האם המוניטור התריע על ההתדרדרות. הוועדה סבורה שהמוניטור כן התריע אך הדבר הפתיע את האחיות מאחר והן לא ציפו להתדרדרות פתאומית של החולה. העובדה שהמוניטור תפקד כראוי מוכחת מעדות האחיות שהמוניטור הראה את השיפור בלחץ הדם הדופק והסטוראציה לאחר הצלחת ההחייאה.

מסקנות הוועדה:

1. הטיפול ביחידה לטיפול נמרץ עד ה 12.2 היה מיטבי וראוי להערכה.

2. תהליך הגמילה היה סביר, אך ב- 12.2 היו כמה תלונות וממצאים מעוררי דאגה.
3. לאור זאת היה מקום לשאול האם לא כדאי לחבר את החולה מחדש למנשם למשך הלילה.
4. הוועדה קובעת כי ההתדרדרות במצב החולה החלה ב- 00.26, דום הנשימה ארע כנראה ב- 00.38, פעולות ההחייאה החלו ב- 0.53 ופעילות הלב חזרה ב- 00.57.
5. הוועדה קובעת כי הצוות הסיעודי לא היה בקיא בניצול המוניטור לצפייה וקבלת התראות מרחוק.
6. הוועדה לא יכלה להכריע בין האפשרויות שההתראות של המוניטור שותקו, פעלו בעוצמה נמוכה, או שפעלו כצפוי אך הצוות אינו מסוגל לזכור בדיעבד אם ההתראות פעלו בגלל הלחץ וההתרגשות שאפיינו את נסיבות פעולות ההחייאה.
7. אי נקיטת צעדים טכניים לשימור המידע במוניטור הקשתה על איכות הבירור על ידי הוועדה.
8. על הרופא התורן היה לעדכן מידית את הכונן, והיה צורך גם לעדכן מיידית את מנהל המחלקה והמשפחה.
9. הוועדה מתייחסת בחומרה לאי הענות בית החולים לפניית חוזרות של המשפחה לקבלת הרשומה הרפואית.
10. הוועדה סבורה שאי ביצוע תחקיר מיידי מסודר ומעמיק בסמוך לאירוע הדרמטי מהווה ליקוי המקשה על הטמעת הלקחים ונקיטת צעדים למניעת אירועים דומים בעתיד.

המלצות הוועדה

הוועדה מונה שורה של המלצות מנהלתיות שמטרתן להפחית עד למינימום את הגורמים שיכולים לפגוע באיכות הניטור בחולים ביחידות טיפול נמרץ עקב השתקה או תפעול לא נכון בצידוד בנסיבות המחייבות ניטור.

המלצות הנציב

המלצות הוועדה ראויות לעיון מעמיק. על המוסד הנילון לפרט את הצעדים שנקטו בעקבות האירוע ולאור הערות הוועדה לשם שיפור בניטור בחולים קריטיים. כמו כן ראוי שהחומר כולו יועבר להמשך טיפול על ידי מנהל רפואה.

2.8. דימום מסיבי ומות יולדת מהלם היפו-וולמי על רקע PLACENTA PREVIA / PLACENTA

ACCRETA

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 26 לאחר 2 ניתוחים קיסריים. היא פנתה ב- 28.10 לבית חולים כללי בגלל דמם נרתיקי בשבוע 31 להריון. נמצאה שליית פתח מעובה.

ללא דימום פעיל. המוגלובין 7.1 שעלה ל 9.5 אחרי עירוי. היא שוחררה אחרי 3 ימים.

ב- 3.11 חזרה עקב כאבי בטן והתעלפות בבית ותחושה של ירידת מים. להלן לוח הזמנים המפורט לאירוע:

15.08 קבלה למלר"ד.

15.15 נשלחו בדיקות דם. דופק 114 RR 100/63 אובחנה כשליית פתח מדממת והוחלט על ניתוח קיסרי.

15.48 תחילת הרדמה. דופק 130-145 RR . 140/85. במהלך הניתוח נצפו הידבקות בדופן הבטן.

15.57 חילוץ העובר ללא קושי. בוצע חילוץ שלייה נעוצה וסגירת הרחם.

16.15 הורידה לחץ דם ל- 40. בוצעה החייאה רבת משתתפים.

16.32 ניתן דם ללא הצלבה. התקבלו תוצאות מעבדה: PTT לא נקרא, פיברינוגן 98 טסיות 193 בוצעה פתיחת בטן וקשירת עורקי הרחם. מאחר והדמם נמשך, הוחלט על כריתת רחם. גם לאחר הוצאת הרחם נמשך הדימום.

נצפתה אצידוזיס קשה עם רמות סידן נמוכות. קיבלה 11 מנות דם, 11 FFP 17 מנות טסיות ונוזלים.

20.45 סיום הניתוח.

21.03 העברה לטיפול נמרץ. עם דופק 162 RR 62/39 אישונים מורחבים ולא מגיבים. PH 7.1 המוגלובין 7.1.

המשיכה לדמם ממקורות רבים והייתה אנורית. לחץ הדם המשיך לרדת והיא נפטרה ב 4.11.12 בשעה 2.50.

הערות הוועדה על ניהול המקרה

מדובר ביולדת בת 26 שהגיעה עם דימום לדני על רקע PLACENTA PREVIA / PLACENTA ACCRETA אשר למרות כריתת הרחם ומתן כמויות מאסיביות של דם נפטרה בתמונה של IRREVERSIBLE SHOCK.

למרות ההחלטה לבצע ניתוח דחוף, לא הוזמנו מנות דם מבעוד מועד. למרות הסיכון ל- DIC ולנוכח הפרדות שליה לא ביררו ולא דווחו תוצאות PTT PT.

לא ברור אם המרדימה דווחה על הרקע הבעייתי של החולה, ועל הסיכוי לקיום DIC. לא ניתנו מוצרי דם עד לקריסת החולה והשוק ההמוראגי.

למרות מאמצי הצוות החולה התדרדרה להלם בלתי הפיך. המסמכים בתיק מצביעים על התמקדות הצוות סביב הסבירות להלם המוראגי. האפשרות של תסחיף מי שפיר הועלתה כנראה רק בישיבות צוות אחרי האירוע. חברי הוועדה סבורים שהמהלך הקליני תואם שוק המוראגי כי תחילת המהלך התאפיין בסימני היפוולמיה ללא היפוקסיה ולא הייתה עדות ל ARDS. בשוק המוראגי עיקר הטיפול הוא כירוגיה מירבית ומתן מוצרי דם.

מסקנות הוועדה

בהעדר נתיחה אין ודאות לגבי האבחנה הסופית. באשפוז הראשון של המנוחה ב- 28.10 עד 31.10 לא הייתה הוריה להשאר בהשפוז.

ההחלטה על ניתוח דחוף הייתה מוצדקת על רקע הפרדות שליה חריפה ומצוקה של החולה עוד לפני הפעולה הכירורגית.

צוות המעבדה היה חייב לדווח לרופאים על השילוב המסוכן של PTT לא נקראש ופיברינוגן נמוך. באותה מידה היה על הצוות המטפל לוודא את תוצאות הבדיקות אצל חולה עם סבירות גבוהה לבעיות קרישה. מדאגה העובדה שהמחשב בחדר ניתוח איננו מאפשר בירור מידי של תוצאות מעבדה.

הוועדה התרשמה שהרקע הבעיתי של החולה לא הועבר בצורה ברורה מהכירורגים למרדימים. באותה מידה, הוועדה חושדת שהמרדימים לא עדכנו את הכירורגים בזמן אמת בדבר חומרת מצב החולה ובכך היו מאפשרים אולי החלטה מוקדמת יותר בדבר כריתת הרחם כדי למנוע המשך אבדן דם.

שיטת הטיפול ב- MASSIVE TRANSFUSION לקחה בחסר מבחינת הקפדה על מניעת היפוקלצמיה. לא נעשה שימוש במערכת ממוחשבת לאיסוף נתונים מסוג METAVISION שהייתה מאפשרת מעקב ורישום נתונים ברמה המתחייבת על פי נהלי משרד הבריאות.

על הצד החיובי הוועדה מצאה שהקשר עם המשפחה כולל עדכון שוטף על מצב החולה היה ראוי. גיוס התמיכה של רופאים בכירים נוספים היה מרשים. הציוד בחדר הניתוח ענה על הצרכים, למעט מחשב לבירור ישיר של בדיקות המעבדה.

סיכום והמלצות הוועדה

1. הוועדה מבקשת להדגיש את החשיבות הקריטית של תקשורת דו כיוונית יעילה בין הצוות המנתח לצוות המרדים.
2. חובת הרופא השולח בדיקות מעבדה לוודא את תוצאות הבדיקות ולהעבירן לצוות הממשיך באחריות על החולה. באותה מידה, חובת המעבדה לוודא כי תוצאות קריטיות כגון אלו המצביעות על DIC חמור, מובאות מידית לידיעת הצוות המטפל.

3. יש להכניס מחשוב עדכני לחדרי הניתוח המאפשר קשר ישיר עם המעבדה ON LINE ותיעוד הנתונים החיוניים באמצעות מערכת בקרה ממוחשבת כגון METAVISION.
4. הוועדה מבקשת להעיר להנהלת בית החולים ולמעבדה ההמטולוגית על כך שלא הביאו בפני הוועדה את כלל המידע לגבי תוצאות בדיקות המעבדה, ואף לא בדיעבד.

המלצות הנציב

מדובר במהלך סוער של דימום מאסיבי ומות יולדת מהלם היפו-וולמי על רקע PLACENTA PREVIA / PLACENTA ACCRETA. הצוות המטפל עשה את ההחלטה הנכונה של סיום הלידה בניתוח קיסרי מוקדם, וגם את ההחלטה של כריתת הרחם לאור כישלון המאמצים לעצירת הדמם. אולם יעילות הטיפול נפגמה על ידי כמה גורמים:

1. העדר העברת מידע מוקדם על קיום בעיית קרישה קריטית;
 2. העדר העברת מידע מלא בין הצוות הכירורגי והצוות המרדים;
 3. איחור בהחלטה על כריתת הרחם לאור כישלון המאמצים לעצירת הדמם;
- ייתכן שגם ביתר הקפדה על נקודות אלו לא היה ניתן למנוע את פטירת היולדת, אך יתכן גם שיתר הקפדה על אותן נקודות היה יכול לשפר את סיכויי החולה לשרוד.
- מבחינה מערכתית: מתבקשת תגובת הנהלת המרכז הרפואי, כולל פירוט הלקחים והפעולות שננקטו.

לקחים

האירועים הקשים המתוארים כאן קרו בנשים צעירות ללא מחלות רקע והובילו למוות ב- 7 מקרים ונזק מוחי חמור במקרה נוסף. אף כי סיבת המוות אינה ודאית, ב- 4 מקרים האבחנה הקלינית הייתה תסחיף מי שפיר, סיבוכי חמור של לידה שאינו ניתן לחיזוי מראש אשר גורם לתמותה באחוז גבוה של המקרים. ב- 4 המקרים הנוספים הרקע למשבר היה רעלת הריון, קרע ברחם בחולה עם נאורופיברומטוזיס, שליה נעוצה, ושפעת H1N1 המהווה סיכון מוגבר בהריון. רק בשני מקרים הייתה הוועדה סבורה שהטיפול היה ללא רבב. בשאר המקרים היו לוועדות הערות ביקורתיות על טיפול תומך הססני, מעורבות בלתי מספקת של רופא בכיר, איחור בזיהוי מצב מסכן חיים ואי התייחסות לבדיקות מעבדה פתולוגיות. 7 מתוך 8 האירועים קרו אחרי הלידה.

3. זיהום בקטריאלי חמור (4)

3.1. מצוקת ילוד בגלל זיהום GBS מחידק סטרפטוקוקוס B בקרומי ההיריון והשליה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 25 אשר ביצעה מעקב היריון מסודר וביקרה מספר פעמים במיון יולדות בבית חולים כללי. ב- 25.3 פנתה שוב למיון יולדות בתלונה על הפרשה דמית רירית, וצירים מיום קודם ללא ירידת מים. היא חשה היטב תנועות עובר. בבדיקתה נמצא צוואר אחורי מחוק 70% ופתיחה של 3 ס"מ. הניטור היה ריאקטיבי. נקבע יילוד וגילי בחדר לידה. ב- 16:20 נערכה בדיקה על ידי רופאה בכירה והוחל במתן פיטוצין. עקב עליית חום הוחל במתן אנטיביוטיקה. בשל חוסר התקדמות הוחלט על ניתוח קיסרי במסגרתו חולץ עובר זכר ללא נשימה, חיזור והיפוטוני. צוין קיום מים מקוניאליים. בדיקת הגזים בדם מחבל הטבור: pH-7.133, BE -10.0, pO₂ 13.6, pCO₂ 60.8. היולדת נותרה באשפוז עד ה- 30.3 ושחררה מבית החולים לביתה במצב טוב.

הילוד טופל ע"י רופא יילודים שהיה נוכח. בוצעה אינטובציה ובשאיבה דרך הטובוס והוצאה כמות רבה של מקונויים. התינוק הונשם בחמצן. למרות הטיפול התומך נמשכו לחצי דם נמוכים ועל כן תוכנן חיבור הילד למכונת לב-ריאה (ECMO). הטיפול החל בבי"ח הראשון והוא הועבר להמשך הטיפול לבי"ח מרכזי לילדים. בתרבות מהשליה ותרבויות דם מהילוד צמח חיידק סטרפטוקוקוס מקבוצה B (GBS). בבדיקה פתולוגית של השליה וחבל הטבור נמצאו סימני זיהום חריף בשליה ובקרומים (Chorioamnionitis) וסביב כלי הדם בחבל הטבור Funisitis.

הילד היום כבן 3 שנים. מאז שחרורו הוא נמצא במעקב התפתחותי ולפי הגיליון ההתפתחות תקינה. הורי הילד ציינו בפני הוועדה כי הילד מתפתח באופן תקין אך עדיין מוקדם להעריך את איכות התפתחותו.

מסקנות הוועדה

1. תיקון גיל ההיריון שנערך ב- 11.3 היה מוצדק נוכח הנתונים שעמדו לפני הצוות.
2. לא היה פגם בהחלטה על הפסקת תהליך הלידה באשפוז ב- 11.3.
3. ההחלטה שלא לבצע ניתוח קיסרי על פי בקשת היולדת וללא התוויה רפואית הייתה מוצדקת ונכונה שכן על פי מדיניות המחלקה הדבר מבוצע בהליך מסודר ומובנה.
4. הוועדה מוצאת שמדיניות המחלקה לגבי ביצוע ניתוח קיסרי על פי בקשת היולדת הייתה ראויה.
5. ההתנהלות במהלך הלידה הייתה נכונה מבחינה מקצועית.
6. יחד עם זאת, ציינה הוועדה כמה נקודות הטעונות שיפור:
 - 6.1. הצורך בתיעוד הולם לגבי ההתנהלות.
 - 6.2. הצורך ביידוע רופא בכיר לגבי מקרים מורכבים ובייחוד כאלה הדורשים החיאה תוך רחמית.

6.3. הצורך בהגדלה של מספר התורנים המתבקשת לנוכח המציאות שתוארה בפני חברי הוועדה.

7. בנוגע לטענת המשפחה בהתייחס לפרק הזמן שחלף מרגע קבלת ההחלטה ועד היילוד, לדעת הוועדה ההחלטה נבעה משיקול דעת רפואי לפיו ניתן היה להמתין עד להשפעת התוספת להרדמה האפידוראלית.

ברמה המערכתית

היו לוועדה שתי המלצות:

1. הצורך להפעיל את חדר הניתוח בחדר לידה כדי לבצע ניתוחים קיסריים דחופים שם ולא בחדר ניתוח מרכזי, במשך כל שעות היממה (כיום הוא מופעל רק במהלך היום עד השעה 15:00).
2. נוכח היקף הפעילות בתורנות בכל אגפי המחלקה הוועדה ממליצה להנהלת ביה"ח להגדיל את מצבת התורנים משלושה לארבעה. זאת, בין השאר, כדי לאפשר לרופא הבכיר בתורנות להיות נוכח וזמין במוקדי הפעילות העיקריים של התורנות.

לסיכום

לא התגלה פגם בהחלטה על הפסקת תהליך הלידה ובהחלטה לא לבצע ניתוח קיסרי לפי בקשת היולדת. התנהלות הלידה על ידי הצוות המטפל הייתה תקינה. המסקנות שיש להביא בפני הנהלת המחלקה הן: הקפדה יתרה על תיעוד התנהלות הטיפול הרפואי והצורך ביצירת קשר עם הצוות הבכיר במקרים מורכבים תוך שיתופם בהחלטות הקליניות.

3.2. אבחון מאוחר של זיהום גינקולוגי בחיידקי E. COLI מסכן חיים

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 52 עם מחלה סכיזו-אפקטיבית ומעקב אונקולוגי בגלל סרטן השד. מטופלת בטמוקסיפן. ב 2005 עברה כריתת שחלה שמאלית עקב ציסטה שפירה.

בעקבות דמם רחמי בלתי סדיר עברה בדיקת US שהראתה רירית רחם מעובה ובשל כך עברה 2 ניסיונות בדיקת פיפל: הראשונה ב 30.7 אשר לא צלחה, וניסיון שני ב 5.8 אשר תוארה כמוצלחת. להלן המשך ההתפתחויות על פי הסדר הכרונולוגי:

6.8 פניה למיון בגלל כאבי בטן מיום קודם. דופק 127, רגישות דיפוזית בבטן. צוואר הרחם מעט רגיש. ב US נצפה רחם שרירני עם רירית מעובה. מסביב לרחם נוזל עכור דמי בכמות קטנה בינונית. ס. לבנה 7000 עם 6.550 נאוטרופילים. נבדקה על ידי יועץ כירורגי שהמליץ על אשפוז במחלקת נשים. למרות זאת היא שוחררה לביתה על ידי רופא נשים ללא המלצה על אנטיביוטיקה.

7.8 למחרת היא הגיעה שוב למיון באותו בית חולים בגלל כאבי בטן, סחרחורת והזעה קרה. ל.ד. 79/54, בטן תפוחה עם רגישות דיפוזית. ב-US חוזר נצפה נוזל עכור בכמות של כ 400 ס"ס ברצפת האגן ומסביב לרחם. אובחנה כהלם ספטי חמור והוחל בטיפול אנטיביוטי. ב-CT הודגם נוזל בחלל הדוגלאס ובין פיתולי המעי. בריאות נראתה קונסולידאציה ותפליט פלאוראלי. בוצעה לפרוטומיה חוקרת על ידי צוות כירורגי גינקולוגי מעורב. לא נמצאה התנקבות במעי או ברחם והוחלט לא לבצע כריתת רחם בשלב זה. הושארו נקזים בבטן ובהמשך נוקז גם התפליט הפלאוראלי שהתגלה כמוגלתי.

9.8 עקב התדרדרות בוצעה לפרוטומיה חוזרת. לא נצפו שינויים דלקתיים המסבירים את מצב החולה. נוקז נוזל עכור בכמות קטנה מהבטן ומוגלה בכמות גדולה מנקז בחזה. הבטן נסגרה עם שק בוגוטה. בהמשך לאור מצב בלתי יציב נערך דיון משותף בהשתתפות רופא פנימי זיהומולוג, גינקולוג, ואיש טיפול נמרץ והוחלט על כריתת תת שלמה של הרחם. באותו יום גם התקבלו התרבויות מכל נוזלי הגוף כולל הדם שהצמיחו חיידקי E. COLI שהיו רגישים לאנטיביוטיקה שקיבלה החולה מלכתחילה.

10.8 מכאן ואילך חלה התייצבות הדרגתית במצב הכללי של החולה, אולם היא המשיכה לסבול מבעיות מקומיות משמעותיות כגון סימני נמק בכפות הידיים שהצריכו אמפוטציה של אצבעות. כמו כן, התגלו ב-CT מוח אזורי דימום אינטרא-פרנקימאטים שיוחסו לתסחיפים מזהמים.

לאחר אשפוז ממושך היא הועברה ב- 20.11 להמשך טיפול במוסד שיקומי.

דיון ומסקנות הוועדה

הוועדה התמקדה באיכות הטיפול בביקורה הראשון של החולה במלר"ד, ובביקורה השני למחרת ובהמשך האשפוז בבית החולים.

1. הביקור במלר"ד ב- 6.8: מכלול הממצאים הקליניים ובדיקות העזר הצביע על סבירות גבוהה של דלקת חריפה באגן – PID, pelvic inflammatory disease. מבלי להכריע בשאלה האם סיבוך זה הופיע משנית לבדיקת הפיפל (הנחשבת לבדיקה עם סיכון נמוך ביותר), לאור הנתונים הקליניים שתוארו היה מקום להתחיל בטיפול אנטיביוטי בהנחה שמדובר ב- PID בעת הביקור הראשון במלר"ד.

2. הביקור במלר"ד למחרת ב- 7.8: לדעת הוועדה האבחנה של הלם ספטי והמסקנות הטיפוליות היו בהתאם לסטנדרטים המקובלים. האינדיקציה לניתוח הראשון ב- 7.8 הייתה נכונה, וההחלטה להסתפק בשטיפות ללא כריתת אברים תאמה את הממצאים באותו שלב. כמו כן, ההחלטה על ניתוח חוזר ב- 9.8 וההחלטה לבצע ניקוז פלאוראלי דו צדדי היו נכונות. ההחלטה של הצוות שכלל זיהומולוג, רופא נשים ורופא ICU לבצע כריתת רחם, שננקטה כצעד מציל חיים למרות אי הביטחון האם הרחם הוא מוקד הזיהום העיקרי או לא, הייתה נכונה.

כמו כן, הוועדה מצאה לנכון להעיר כי הניתוחים בוצעו על ידי צוות מיומן ושהרשומות מכילות תיעוד מספיק של מערכת השיקולים לקבלת ההחלטות וביצוען.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית מדובר בעבודת צוות מקצועית, ומאבק נחוש על חיי חולה קריטית. על כך מגיעים שבחים למרכז הרפואי ולצוותים המעורבים.

ההחלטה לשחרר את החולה לביתה ב- 6.8 חרף הסימנים המחשידים ל- PID חריף מחייבת השלמת בירור.

3.3. הפסקת הריון בשבוע 21 שהסתבכה בזיהום E. COLI ו-MRSA

תמצית הסיפור הקליני

מדובר במטופלת בת 33 נ+1 אשר הופנתה לביצוע הפסקת הריון בשבוע 21 להריונה בגלל חשד לתסמונת FRAGILE X. ס. דם במסגרת ההכנות הראתה ס. לבנה 15.600 טרומבו 186000.

ב- 1.4 התקבלה למחלקת נשים איכילוב לביצוע הפסקת הריון. לשם הפסקת ההריון הוזרק 2PGF לחלל הרחם. הפעולה דרשה שני ניקורי מי שפיר בשל תקלה במוליך. בהמשך הוחדרו לנרתיק שתי טבליות ציטוטק לשם אינדוקציה של הלידה. להלן לוח הזמנים:

- 1.4 - 22.00 : מאד כאובה חום 37.8.
- 2.4 - 3.45 : לידת עובר ללא דופק. בהמשך ריקון שארית רקמות הריון באמצעות קורטה.
- 4.45 ריקון ידני ובהמשך מכווצי רחם ואנטיביוטיקה מניעתית.
- 8.20 טרומבוציטים 12.000 ו- 14.000. הדם לא נקשר. 12.0 המוגלובין. חשד ל-DIC. מקבלת מוצרי דם.
- 13.48 העברה ל-ICU. ההמוגלובין צנח ל-8.1. התדרדרות נשימתית, עליה בקראטינין ותפקודי כבד. חשד לתסחיף מי שפיר או אלח דם. תרבויות דם הצמיחו E. COLI (תשובות בדיעבד).
- 3.4 החלפת אנטיביוטיקה על פי רגישויות. CT שולל התנקבות מעי.
- 4.4 לאור המשך ההתדרדרות מבוצעת לפרוסקופיה ולאחר התייעצות תוך ניתוחית עם צוות בכירים כולל מנהל המחלקה מבוצעת כריתת רחם. בדיקת הרחם מעלה נוכחות 2 חיידקים – E. COLI ו-MRSA. בהיסטולוגיה נמצאו סימני דלקת חריפה בחלל הרחם ובשריר הרחם עם אזורים נמקיים ומיקרו-אבצסים.
- 6.4 שינוי נוסף בטיפול האנטיביוטי.
- המהלך בהמשך היה קשה וכלל אי ספיקת כליות וצורך בטיפול בדיאליזה, פרכוסים, הנשמה והרדמה ממושכת.
- 29.4 שחרור מאשפוז ודיאליזה אמבולטורית. בהמשך השתלת כליה בבית חולים אחר.

דיון ומסקנות

לדעת הוועדה הטיפול להפסקת ההיריון בוצע על פי הנהלים המקובלים הן מבחינת כוח האדם המבצע והן מבחינת נהלי מניעת זיהומים. המטופלת קיבלה קלינדמיצין בשל האלרגיה הידועה לפניצילין וצפלוספורין.

לאור הירידה הדרסטית בטרומבוציטים, החשד הראשון באבחנה המבדלת היה ל-DIC על רקע תסחיף מי שפיר. היא הועברה לטיפול נמרץ ויחד עם זאת הורחב הטיפול האנטיביוטי.

לאור התדרדרות נוספת במצבה, מוקדו המאמצים הדיאגנוסטיים לזיהוי סיבה למצב ספטי ולאחר שלילת התנקבות מעי הוחלט על כריתת רחם בחשד שהוא המקור לזיהום המתמשך

והעמיד לטיפול. התרבויות מהרחם זיהו 2 חיידקים ולאור זאת תוגבר שוב הטיפול האנטיביוטי. בדיקת הרחם אישרה זיהום חריף בנוכחות שאריות רקמה הריונית.

על בסיס המידע שהצטבר בדיעבד סבורה הוועדה כי ה-DIC שאובחן בסמוך לסיום הגרידה נבע מזיהום נרכש שהתרחש במהלך הניקור או במהלך הגרידה שהובילה לספסיס וכשל רב מערכתי.

הוועדה התרשמה מהניהול המולטי-דיסציפלינארי באחריות הנהלת המחלקה הגינקולוגית אשר גייס את מיטב המומחים לשם ייצוב החולה ואיתור הסיבות למצבה הקשה. יחד עם זאת, הוועדה מצאה לנכון להעיר על 2 בעיות עיקריות:

1. ההנחה הראשונית השגויה כי ה-DIC הוא תוצאה של תסחיף מי שפיר ולא זיהום בקטריאלי גרמה – לדעת הוועדה - לשיהוי של כ- 6 שעות בהרחבת הטיפול האנטיביוטי.
2. בחירת התרופה מרופנס בהגעת החולה לטיפול נמרץ, למרות היותו רחב טווח לא כסתה את החיידק MRSA אשר נמצא בדיעבד בתרבויות חלל הרחם. לדעת הוועדה, לו היה ניתן כיסוי רחב יותר, כבר בהגיעה ליחידת טיפול נמרץ, יתכן שהתגובה לטיפול הייתה מהירה יותר.
3. יחד עם זאת, הוועדה מצאה לנכון לציין את מסירותם ונחישותם של כל הצוותים המטפלים כולל גינקולוגים, זיהומולוגים ורופאי טיפול נמרץ, שלא משו ממיטת החולה והיא סבורה שמדובר בטעויות בשיקול הדעת שאינן עולות כדי חריגה מרמת הטיפול המקובלת הצפויה בנסיבות העניין

המלצות נציב הקבילות

מקבל את מסקנות הוועדה כלשונן.

3.4. אלח דם סוער וכריתת רחם לאחר דיקור מי שפיר

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באשה בת 26 בהריון שבוע 24 אשר הופנתה לדיקור מי שפיר לאחר יעוץ גנטי בגלל גילוי CPC (ציסטות בכורואיד פלקסוס) דו צדדי.

הדיקור בוצע ב- 24.6 תחת אולטרסאונד והוצאו 25 סמ"ק נוזל צלול. הפעולה בוצעה בהתאם לתנאי הסטריליות המקובלים במרכז רפואי מוכר. עם שחרורה היא הונחתה לפנות לחדר המיון במקרה של סיבוכים לאחר הניקור.

כעבור 36 ש' היא חשה בכאבי בטן וגב יחד עם עליית חום ופנתה למיון בית חולים כללי ב- 26.6. בבדיקתה נמצא עובר ללא דופק והוחלט על סיום ההיריון באבחנה של אמניוניטיס דהיינו זיהום מי השפיר. כמו כן, הוחל בטיפול אנטיביוטי. בהמשך הופיעה ירידה דראסטית בטרומבוציטים, ודימום לדני רב עם צניחת ערכי ההמוגלובין ל- 6.4. בדם ובשליה צמחו חיידקי E. COLI. לאור התפתחות הלם ספטי, DIC, וכשל רב מערכתי כולל צורך בהנשמה, הוחלט על כריתת הרחם. המהלך הפוסט-אופרטיבי היה סוער ודרש אשפוז ממושך בטיפול נמרץ עם הנשמה ודיאליזה. לבסוף, מצבה התייצב בהדרגה והיא שוחררה לביתה ב- 4.8.

דיון

1. לדעת הוועדה ממצא של CPC דו צדדי כממצא יחיד אינו מהווה אינדיקציה לביצוע בדיקת מי שפיר על פי נייר עמדה מס' 30 של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה.
2. ביצוע הדיקור היה על פי הסטנדרטים המקובלים. יחד עם זאת ממליצה הוועדה למוסד לעגן את התהליך בנוהל פנימי מסודר ומפורט.
3. תנאי הסטריליזאציה במרכז הרפואי נמצאו ראויים ועומדים בסטנדרטים המקובלים.
4. הטיפול בחולה עם הגעתה לבית החולים הכללי ועד לתאריך שחרורה היה ללא דופי.

המלצות הנציב

מדובר בסיבוך נדיר ובלתי צפוי של דיקור מי שפיר ללא קושי נראה לעין בעת ביצוע הפעולה. לאור ספקות הוועדה לגבי האינדיקציה לבדיקה החודרנית על תוצאותיה החמורות, הוחלט על צורך בהמשך הברור. שוכנענו, שהפרקטיקה המקובלת בארץ היא לבצע בדיקת מי שפיר לכל אישה המביעה את רצונה בכך, גם ללא המלצת רופא מפנה. שעור הזיהומים בפרוצדורה זאת הוא נמוך ביותר.

לקחים:

המצבים הזיהומיים שתוארו להלן הסתיימו בנזקים ניכרים אשר חייבו כריתת הרחם ב-3 מ 4 המקרים, וגרמו לאי ספיקת כליות בלתי הפיכה במקרה אחד. המחולל היה E. COLI בשני

מקרים, E COLI יחד עם MRSA במקרה אחד, ו- GBS במקרה אחד. הזיהום ב- GBS אירע ביולדת. בניגוד לכך כל 3 המקרים של זיהום ב- E. COLI אירעו לאחר פעולה אבחנתית חודרנית או פעולה להפסקת הריון. למרות שבשום מקרה לא נמצאו ראיות לביצוע רשלני של הפעולות, נוכחות חיידקי הקולי רומזת על החדרת חיידקי המעי למערכת האורוגניטאלית בעת הפעולות.

4. סיבוכי הפסקת הריון (2)

4.1. ניסיון להפסקת הריון בשבוע 7 שנכשל. הרופא לא דווח על העדר סיסי שליה בחומר הפתולוגי

הבירור שלנו החל ב-02.12 בתגובה לפניית למנכ"ל באמצעות הדוברת. טענה: לאחר ביצוע הפסקת הריון התקשרה לרופא הרבה פעמים אך לא זומנה למרפאתו. הרופא הטריד אותה אחרי שנודע על תוצאות הטיפול שניתן על ידו.

תקציר הסיפור הקליני

מדובר באשה בת 34 אם לשלושה ילדים. ב-17.7 בהיותה בשבוע ה-7 להריונה היא פנתה לרופא נשים בבקשה להפסקת הריון. באולטראסאונד נראה שק הריון קטן מהמצופה ולהערכת הרופא היה מדובר בהפלה נדחית. הוא ביצע גרידה עוד באותו יום. ב-25.11 פנתה המטופלת לרופא אחר, ונמצא הריון בשבוע 22-23. היא הופנתה לבקשתה להפסקת הריון אשר בוצע בבית חולים לאחר אישור ועדה.

ועדת הבדיקה התמקדה בשאלה האם הרופא ביצע ביודעין הפסקת הריון תקין ללא אישור ועדה. להלן הערות הוועדה:

1. על פי הרישומים קובעת הוועדה ששק ההיריון היה קטן מהצפוי והתאים להריון לא תקין, הפלה נדחית. לפיכך הרופא לא ביצע ביודעין הפסקה של הריון תקין ללא אישור ועדה להפסקת הריון.
2. לאור העובדה שקביעת גיל ההיריון הסתמכה על תאריך וסת אחרון, מן הראוי היה לבצע מעקב נוסף כדי לבסס את האבחנה של הריון לא תקין בטרם ההפניה לגרידה.
3. נמצא דופי בהתנהלות הרופא בכך שלא מסר למטופלת על תוצאות הבדיקה ההיסטולוגית לפיו לא נראו סיסי שליה ולא זימן אותה לבדיקה דחופה.

סיכום:

הוועדה מצאה לנכון להעיר לרופא הנשים על כמה חריגות מהנהלים המקובלים בטיפול הפסקת הריון.

4.2. פטירה עקב דום לב לאחר הפסקת הריון, והחייאה שלא עמדה בדרישות מקצועיות על

פי הגדרת משרד הבריאות

תמצית הסיפור הקליני

בת 38 בריאה בדרך כלל. הגיעה למתקן רפואי בחודש נובמבר. גיל הריון 6-7 שבועות לפי US. מולאה ואושרה פניה לוועדה להפסקת הריון. בשעה 8.00 הוכנסה לחדר ניתוח. תוכן הרחם נשאב בהרדמה כללית. כעבור 10 דקות הועברה לחדר התאוששות. החולה הייתה באי שקט. בשעה 8.30 נמצאה ללא דופק בעקבות אזעקה במוניטור. הוחל בהחייאה. הוזמן נט"ן ב- 8.44 והגיע ב- 9.00. היא הועברה לבית חולים כללי כאשר בקבלתה נמצאה טכיקרדיה עם ל.ד. 140/85. מונשמת עם אישונים רחבים, בתמונה של בצקת ריאות. CT ראש הדגים בצקת מוחית. CT אנגיו שלל תסחיף ריאתי. באקו לב נצפתה ירידה קשה בתפקוד חדר שמאל. תחת טיפול בקירור הייתה התייצבות זמנית אך לא היה שום שיפור נירולוגי והיא נפטרה 8 ימים לאחר האירוע.

דיון

1. בהעדר תיעוד או נתיחה הוועדה אינה יכולה לקבוע את סיבת המוות.
2. הוועדה דוחה את האפשרות של תסחיף מי שפיר.
3. המוסד המטפל לא קיים את הוראות משרד הבריאות כי בביצוע ניתוחים והרדמות בקהילה תמיד יהיה רופא פנוי אשר עבר הכשרה בהחייאה מתקדמת. עובדה זו שללה מהאישה את הסיכוי הקלוש להיחלץ ממצב החרום הרפואי שנוצר.
4. כשלים נוספים שצוינו על ידי הוועדה: העדר קריאה מוקדמת לצוות מד"א, העדר הכשרת רופאים ל- ACLS, ופגמים בתיעוד ההחייאה.

המלצות הנציב

מדובר במוות מנזק מוחי היפוקסי בלתי הפיך. המוסד בניהול ובעלות רופא לא היה מוכשר לבצע החייאה יעילה לאחר דום לב, מאחר והוא לא קיים את הנחיות משרד הבריאות לביצוע ניתוחים והרדמות במרפאות כירורגיות בקהילה על פי חוזר מינהל רופאה מס 41/2012. הנזק המוחי הבלתי הפיך היה תוצאה של היפוקסיה ממושכת לאחר החייאה שלא עמדה בדרישות מקצועיות על פי הגדרת משרד הבריאות.

המשך הטיפול בפרשה הועבר לבדיקת מנהל רפואה בהתייחס לכשירות המוסד להמשיך במתן שירות.

5. תאונות טיפוליות אחרות (3)

5.1. פטירה לאחר שאיבת ביציות

תמצית הסיפור הקליני

מדובר במטופלת בת 41 ללא מחלות רקע ידועות. היא הייתה בטיפול מומחה לפרוריות ועברה ניסיונות חוזרים להפריה חוץ גופית. ב- 10.5 היא התקבלה לבית חולים פרטי לשם שאיבת ביציות בהרדמה כללית. השאיבה החלה ב- 09:28 והתהליך נמשך כ- 4 דקות. בתום הפרוצדורה החולה החלה להתעורר ולוותה להתאוששות בחלק מהדרך על ידי המרדים ואחות. הכנסת החולה להתאוששות נעשתה על ידי סניטר בלבד. לא הושארו פקודות כתובות לאחות המופקדת על ההתאוששות. שעת ההגעה להתאוששות נרשמה כ- 09:32. היא נוטרה לדופק, לחץ דם, ואוקסימטר, בשעה 09:45 נמצאה החולה על ידי אחות התאוששות כשהיא ללא דופק, ולא מגיבה. בשעה 09:48 התחילה החייאה. בתחילה תועדה אסיסטוליה ובהמשך מ- 09:55 חזר קצב סינוס. בשעה 10:30 היא הועברה מונשמת לטיפול נמרץ. הטיפול ביחידה כלל קירור ושילוב של תרופות כולל פרופופול רמיפנטיל, מניטול ודנטואין. בדיקת CT של המוח הראתה מוקד היפודנסי במוח התיכון ובהמשך בצקת דיפוזית עם היצרות החריצים שהעידו על נזק מוחי חמור בעקבות דום הלב. בהמשך פיתחה דלקת ראות, הלם, ואי ספיקה נשימתית. היא נפטרה ב- 15.05 בתמונה של כשל רב מערכתי.

מסקנות הוועדה

1. החולה נפטרה כתוצאה מדום לב שארע ביחידת ההתאוששות זמן קצר לאחר שאיבת ביציות. עקב ניטור חלקי ואי זמינות המדידות הנחוצות קשה לקבוע מה הייתה הסיבה לדום הלב.
2. פרוטוקול הטיפול ההורמונאלי ושאובת הביציות היו בהתאם למקובל.
3. האחות לא הבחינה בבעיות הקשות של החולה ולא הזעיקה עזרה בזמן. כתוצאה מכך לא בוצעה ההתערבות הטיפולית המידית הנדרשת.
4. אי זיהוי הירידה בדופק ובסטורציה על ידי האחות הפחית באופן ניכר את סיכויי ההצלחה של הטיפול בדום הלב.
5. הוועדה אינה יכולה להכריע בין הגרסאות הסותרות באשר לעיסוק של האחות באותה העת בעבודה משרדית של סגירת תיקי מטופלות.
6. האחות לא קלטה את החולה בהגיעה להתאוששות כחולה חדשה ולכן ככל הנראה המוניטור המשיך לפעול במצב של ALARM VOLUME OFF, מצב שהקשה על האחות להבחין בירידה בדופק ובסטורציה.
7. המרדים חרג מהנהלים כאשר לא מסר את החולה אישית לאחות ההתאוששות. הוועדה התרשמה שאי הקפדה על העברת חולה מהמרדים לאחות ביחידת ההתאוששות התרחשה גם במקרים אחרים ואצל רופאים אחרים וזאת בניגוד לנהלים. למרות זאת, הוועדה אינה סבורה שבמקרה זה גרם הדבר להתדרדרות החולה ולדום הלב.

8. קיימת אי התאמה בין נהלי משרד הבריאות לבין הנהוג בבית החולים לגבי רישום פקודות, ורישום קצב הנשימה בהתאוששות.

9. נמצא פער זמנים בין רישומי המוניטור בחדר הניתוח לבין ההתאוששות, והנתונים לא הועברו במלואם מהמוניטור למטאויז'ון.

המלצות הוועדה

הוועדה גיבשה שורת המלצות קונקרטיות שמטרתן :

1. לשפר את נהלי העבודה ביחידת ההתאוששות.
2. לבצע הערכת כשירותם של אנשי הצוות לבצע את עבודתם ברמה הדרושה.
3. הבטחת תפקוד נכון של המוניטורים ומערכת האזעקה.
4. מדידה ורישום מלא של סימנים חיוניים.
5. עמידה בהנחיות משרד הבריאות לגבי רישום פקודות בכתב.

המלצות הנציב

במישור המערכתי, המלצות הוועדה ראויות לעיון מעמיק ולבדיקה קפדנית של נהלי העבודה ביחידת ההתאוששות של בית החולים. רצוי לקבוע באיזו מידה קיים צורך בריענון ושיפור נהלים קיימים, ובאיזו מידה מדובר באי קיום נהלים שבתוקף.

5.2. קשירה שגויה של החצוצרות ביולדת

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 38 נ+2 אשר אושפזה בבית חולים כללי בשבוע ה-35 להריונה לשם ניתוח קיסרי אלקטיבי. הניתוח בוצע ב-9.9. בבוקר הניתוח נעשה שינוי בסדר הניתוחים בגלל ניתוח קיסרי דחוף אחר, והחולה הפכה למנותחת מספר 2. ברשימה המקורית מס 2 הייתה אמורה בנוסף לניתוח הקיסרי לעבור גם קשירת חצוצרות. הטעות בביצוע קשירת החצוצרות התגלתה לאחר הניתוח ודווחה בשקיפות מלאה ובדחיפות להנהלת בית החולים ולמשפחה.

עבודת הוועדה עסקה בניתוח לעומק לגורמים שהיו אחראים לטעות ובדרכים אפשריות למניעתה בעתיד.

מסקנות הוועדה

בתחום הפרסונאלי מצאה הוועדה כי הרופא הבכיר לא זיהה את היולדת ולא ווידא את הניתוח שאמור להתבצע אלא הסתמך בעיקר על מתמחה בשבוע השני להתמחותה ועל זכרונה האישי משיבת הצוות במחלקה. תהליך ה- TIME OUT בוצע על ידי המתמחה ללא נוכחות רופא בכיר ומבלי שעברה לפני כן הדרכה מסודרת כיצד לבצע תהליך זה. כתוצאה מכך איכות הטיים אאוט הייתה לקויה ביותר ולא כללה שאלה ישירה של היולדת מה סוג הניתוח שהיא מצפה לו. היא ענתה בחיוב לשאלותיו של הבכיר לעניין ההסכמה לקשירת חצוצרות על אף שלא הבינה את אשר נשאלה.

במישור המערכתי הנהלים שהיו קיימים בעת האירוע לא היו ברורים דיים. הנהלת בית החולים הוציאה נהלים מעודכנים אך לטענת הוועדה אלה לא הגיעו לידיה עדיין.

הוועדה מציינת תקשורת לקויה בין צוות הרופאים, צוות המרדמים וצוות האחיות. לדעתה האווירה בעת הניתוח לא אפשרה לסתור את דברי המנתח הבכיר והגבירה בכך את הסיכון לטעות שהתרחשה. מאידך, היא מציינת לטובה את יוזמת הנהלת בית החולים לשפר את התקשורת בין הרופאים הבכירים, ואחיות חדר הניתוח תוך עידוד מעורבותה של האחיות אחראית חדר ניתוח במידת הצורך.

הוועדה מביאה שורה של המלצות קונקרטיות הראויות להמשך טיפול על ידי מנהל רפואה.

כמו כן, יש לקבל הסבר מהנהלת בית החולים מה היו השיקולים להמשיך להעסיק את ד"ר א. במסגרת תורנויות לילה שבהן קיים פחות פיקוח על פעילותה מטעם הצוות הבכיר מאשר בשעות היום.

המלצות הנציב

אין ספק שהאחריות העיקרית על הפעולה השגויה נופלת על הרופא הבכיר שלא וידא באופן ישיר את תכנית הניתוח ואת העובדה שהיא לא כללה קשירת חצוצרות. מצאנו נסיבות מקלות בעובדה כי תכנית סדר הניתוחים שונתה, שהוא עצמו נקלע לניתוח שלא היה אמור להשתתף בו, ושהוא

שאל בפירוש את המתמחה שבצעה את תהליך הטיים אאוט האם החולה חתמה על הסכמה לקשירת חצוצרות וקיבלה תשובה חיובית. נדמית אוירה שאינה מאפשרת לסתור את דבריו של המנתח הבכיר ועלולה להביא לטעויות.

הנהלת בית החולים התבקשה לעדכן בנוגע לשינויים שהוכנסו ביוזמתה בנוהל הטיים אאוט בעקבות האירוע.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 34 ללא מחלות רקע אשר התקבלה לחדר לידה בבית חולים כללי ב- 19.6 בשבוע ה- 38+5 להריונה עקב האטה בדופק העובר לקראת לידה חמישית. היא הועברה לאשפוז ביחידה להריון בסיכון. בימים שלאחר מכן הועברה מספר פעמים בין המחלקה לבין חדרי הלידה ובוצעו מספר ניסיונות להשראת לידה באמצעות בלון ובמתן פיטוצין. בשעות המאוחרות של ה- 22.6 עקב כאבים והאטות בדופק העובר הוחלט לסיים את הלידה בפעולת ואקום. הפעולה הסתיימה תוך משיכה אחת וללא קשיים והסתיימה בלידת ילוד בריא. כעבור כמה שעות, עקב דימום רב בוצעה רביזיה בחדרי הלידה, ומאחר וסיבת הדמם לא זוהתה הועברה לחדר ניתוח לביצוע המשך רביזיה בהרדמה מלאה. תוך כדי רביזיה הייתה נפילת לחץ דם והאטת דופק קיצונית. בוצעה החייאה, יחד עם מתן דם ומוצריו ובפתיחת הבטן נמצא קרע של כ 10 ס"מ בדופן הרחם מימין בנוסף לקרע שני יותר קטן בצוואר הרחם מימין.

בניתוח בוצעה היסטרקטומיה וסלפינגו אואופורקטמיה. למרות זאת, הדמם לא נפסק והתפתחה תמונת DIC עם דמם פרפוזי מנקודות רבות. המהלך בהמשך היה סוער וחייב פתיחות בטן חוזרות לעצירת הדמם, מתן 35 מנות דם ועוד כמות גדולה של מוצרי דם ובשלב מסויים ערכי ההמוגלובין אף ירדו עד 3.0 גרם. השתלטות על הדמם הושגה לאחר ביצוע CT אנגיו וחסימה אנדו-ווסקולרית של העורק האיליאקי ועורק השחלה הימניים. החולה שהתה בטיפול נמרץ מ 23.6 – 14.7 ולאחר התייצבות כללית, אבל עם סימני נזק נוירולוגי שיוחסו להיפוקסיה ממושכת של המוח, הועברה למחלקה הנוירולוגית וכעבור 10 ימים הועברה להמשך טיפול לבית חולים שיקומי.

הערות הוועדה

הוועדה לא מצאה פגם בהתנהלות הצוות בהחליטו לאשפז את החולה במחלקה, בהחלטה להתחיל בהשראת לידה באמצעות בלון, בשני ניסיונות ההשראה בפיטוצין, ובהחלטה לבצע לידת ואקום בגלל מצוקת עובר חריפה. ביצוע לידת הואקום היה ללא רבב.

הרופאה המתמחה הבכירה ביצעה ניסיון חד פעמי של לחץ על קרקעית הרחם על מנת לזרז את הלידה ומאחר ולא היה שום שינוי, ולאור הופעת ברדיקרדיה עוברית הוחלט על לידת ואקום. הוועדה מציינת שפעולת הלחיצה על קרקעית הרחם היא פרקטיקה מקובלת על פי עמדת האיגוד הישראלי למיילדות ואין כל המלצה להימנע מביצועה.

הרביזיה של חלל הרחם הייתה מוצדקת. סדר הפעולות של רביזיה של חלל הבטן ובהמשך רביזיה של הצוואר בהרדמה מלאה בחדר ניתוח היו נכונות ובהתאם לנוהל המחלקה. התנהלות הרופא המרדים בעת הופעת הירידה החמורה בלחץ הדם והדופק הייתה ללא רבב. לגבי סיבת האירוע מעלה הוועדה מספר אפשרויות: הלם היפו-וולמי, תגובה לתרופה סקולין, או תגובה פרא-סימפטטית מוגזמת למשיכת צוואר הרחם.

ההחלטה על פתיחת הבטן לשם עצירת הדימום הייתה ראויה לשבח. ההחלטה על כריתת הרחם והטפולות ושאר ההחלטות הכירורגיות שננקטו באותו מעמד בשיתוף מנהל החטיבה היו נכונות.

התנהלות הצוות בהמשך, כולל ההתייעצות עם מנהל המערך הכירורגי והניתוח החוזר היו ללא דופי. הוועדה ציינה את התרשמותה מהמקצועיות של מנהל יחידת הרדיולוגיה הפולשנית שהצליח לחסום בעזרת סלילים את הדמם העורקי הפעיל.

הסיבות לקרע ברחם

לדעת הוועדה במקרה זה חברו יחד כמה סיבות אפשריות: שריר רחם מוחלש עקב ולדנות גבוהה, ניסיונות חוזרים של השראת זירוז הלידה על ידי גירוי להתכווצויות, יתכן שהקרע בדופן הרחם החל להתהוות בשעה 20:30 כאשר התכווצויות הרחם הלכו וגברו וראש העובר עדיין לא התקדם בתעלת הלידה. סיבה אפשרית נוספת היא לחיצה על קרקעית הרחם לפני, ובעת לידת הוואקום. כמו כן יתכן שהקרע הורחב לאחר הלידה בעת הרביזיה. הסבר אפשרי לכך שהקרע ברחם לא זוהה מוקדם יותר בעת הרביזיות של חלל הרחם יכולה להיות התכווצות שריר הרחם שהסתירה את הקרע בדופן הרחם.

הסיבה לפגיעה המוחית

החשד לפגיעה מוחית התעורר כאשר יממה לאחר הניתוח השלישי ועם הפסקת תרופות ההרדמה היולדת לא התעוררה כצפוי. הוועדה סבורה שהנזק המוחי לא נגרם בלעדית על ידי האירוע הקצר של נפילת לחץ דם ודופק, אלא מנזק מתמשך של אספקת דם ירודה למוח BRAIN HYPOPERFUSION עקב דימום מתמשך. כל זאת למרות שהצוות פעל כל הזמן בצורה סבירה, נתן דם ומוצריו וביצע את הפעולות הנחוצות לעצירת הדמם ולהצלת היולדת.

סיכום ומסקנות הוועדה

הוועדה הביאה שורה של המלצות בנושא השימוש ב- Massive Blood Transfusion Protocol, בחינת יעילות השימוש בתכשיר 7-NOVO, הכנסת מערכות METAVISION לשיפור שליטת הצוות בזמן אמת על תוצאות בדיקות.

הוועדה ממליצה להגביר את המודעות לאפשרות של התהוות קרע בדופן הרחם בנשים ולדניות בעת זירוז הלידה על ידי עירוי פיטוצין. היא גם ממליצה על בחינה מחדש של המשך השימוש בפרקטיקה של לחץ על קרקעית הרחם.

הוועדה ממליצה לוודא כי ליד כל חדרי הלידה בארץ יהיה חדר ניתוח צמוד, ושהרדמה כללית תתבצע אך ורק בחדר ניתוח. כמו כן ממליצה הוועדה לבחון מחדש את התאמת מספר התורנים והכוננים לצרכי חדרי הלידה בבית חולים הילל יפה.

הוועדה לא מצאה פגם בניהול הלידה על ידי הצוות הרפואי והסיעודי. ההשראה וזירוז הלידה נעשו על פי נוהל מקובל ביולדות ולדניות.

המלצות הנציב

ההמלצות המערכתיות של הוועדה ראויות לעיון מעמיק תוך בדיקת ההנחיות הקיימות באותם התחומים, ותוך והתייעצות עם האיגודים המדעיים הרלוונטיים.

לקחים:

מקרב חמשת הוועדות האחרונות רק במקרה האחרון של דימום מאסיבי אחרי לידה לא מצאה הוועדה עדות להתנהלות לקויה. יתר 4 האירועים הנם בעייתיים מאד. בשני מקרים ארעה פטירה מדום לב בנשים צעירות ללא מחלת רקע לאחר שאיבת ביציות או הפסקת הריון. חולות אלו לא זכו להשגחה צמודה בעת שהותן בחדר התאוששות, ופעולות ההחייאה בוצעו באיחור ובחוסר יעילות. ממצאי הוועדה מחייבים בירור פרטני אל מול הנהלות מוסדות אלו לגבי הנהלים הקיימים של תנאי ההשגחה ואיכות ההשגחה לאחר פעולות כירורגיות במסגרת "אשפוז יום".

בשני המקרים הנותרים (כישלון פעולת הפסקת הריון, וקשירה שגויה של החצוצרה) הטעות הייתה יכולה להימנע אילו נשמרו כללי הזהירות האלמנטאריים.

פרק ד': תקלות בחולים פסיכיאטריים (12)

האירוע הסתיים במות החולה בכל 12 המקרים. התאבדויות היו הסיבה המובילה למוות. מתוך 8 מקרי התאבדות רק אחת ארעה במסגרת אשפוז במוסד פסיכיאטרי. 5 התאבדויות אירעו בקהילה ושתיים במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים. ב- 4 הפטירות האחרונות אחת ארעה עקב דימום מאסיבי מהקיבה וב- 3 אין ודאות לגבי סיבת המוות, כאשר מקרה אחד אירע בחדר בידוד, מקרה שני תואר כדום נשימה בחולה עם השמנת יתר, ובאחרון אירע דום לב במצב של דליריום בחולה לאחר ניתוח.

1. התאבדות במוסד לחולי נפש (1)

1.1 התאבדות חולה מאושפז במוסד לחולי נפש

תקציר האירוע

בן 18, התגייס לצ.ה.ל ביולי 2013 לשירות בפרופיל מלא. בשבוע הראשון לגיוסו הוא נבדק פעמיים ע"י קב"ן ובהמשך ע"י קב"ן ראשי. לאור חשד למצב פסיכוטי חריף נבדק ע"י פסיכיאטר צבאי שאבחן אצלו מצב פסיכוטי חריף. ביום 13.8 הופנה לבדיקה פסיכיאטרית בבית"ח כללי בליווי אביו. בבדיקתו אובחן כשרוי במצב פסיכוטי חריף ללא עדות למסוכנות.

החולה שוחרר לביתו בהשגחת הוריו במסגרת ימי מחלה מהצבא (גימלים), ובמהלך השבוע סירב ליטול תרופות. צוות ברה"נ הצה"לי דיווח שאביו יצר קשר ומסר שמצבו של בנו משתפר. בהמשך, ביום 21.8 יצא מהבית ומסר לשוטרת שפגש ברחוב כי חטפו אותו, הובהל לתחנת משטרה וגילה שם אלימות כלפי אביו והשוטרים. באותו יום הוא הובא לבית"ח ולאחר בדיקה פסיכיאטרית הוצאה עברו הוראה לאשפוז כפוי דחוף ע"י פסיכיאטר מחוזי.

ביום 22.8 אושפז בכפייה בבית"ח פסיכיאטרי. הוראת האשפוז הוארכה ע"י פסיכיאטר מחוזי של הצבא ובהמשך ע"י ועדה פסיכיאטרית מחוזית, עקב היותו שרוי במצב פסיכוטי פעיל, פוגם שיפוט, אשר גורם לסיכון פיזי מיידי לעצמו ולאחרים.

במהלך האשפוז שהתקיים במחלקה סגורה נעשו ניסיונות טיפול רבים, לרבות מתן תרופות נוירולפטיות ממשפחות שונות, אך מבלי שהצליחו להגיע אפילו להפוגה חלקית.

ביום 14.9 בשעה 9:50 דווח לצוות הסיעודי ע"י מאושפז אחר שהחולה נמצא תלוי בחדר שירותים. חרף ניסיונות החייאה של הצוות נקבע מותו במקום בשעה 10:25, מספר דקות לפני הגעתו של צוות מד"א.

מסקנות ועדת הבדיקה

1. אשפוזו הכפוי של המנוח היה מוצדק מבחינה רפואית ונעשה כחוק וכדין.
2. בסמוך לאשפוזו נבדק המנוח ע"י צוות בכיר של ביה"ח והוצמדה אליו מרכזת טיפול כמקובל במערכת הרפואית.

3. הטיפול התרופתי הנוגד לפסיכוזה והטיפול ההרגעי שקיבל וההגבלות הפיזיות שבוצעו לסירוגין, נעשו כפי שמקובל במערכת הרפואית הישראלית.
4. הוועדה מצאה הבנה פגומה בקרב אנשי הצוות המטפל לגבי ההבדל בין הסטטוסים השונים: "השגחה מיוחדת" ו"הסתכלות מיוחדת". לדעת הוועדה פגם זה הוביל לחוסר בהירות בנוגע לסטטוס של המנוח בעת התאבדותו ובסמוך לו.
5. נמצאו ליקויים וחסרים ברשומה הרפואית והסיעודית, ואי הקפדה על מילוי תקנות ונהלים.
6. הוועדה בדעה כי המנוח תכנן את התאבדותו בכך שידע היכן לתלות עצמו והכין מבעוד מועד את אוגר הכביסה והשרוך ששימשו אותו בביצוע ההתאבדות. על כן, לדעת הוועדה לא מדובר באקט אימפולסיבי, והיו סימנים אובייקטיביים לתכנון מעשהו הקיצוני במהלך אשפוזו, אשר נעלמו מעיני הצוות.

התייעצות עם אגף בריאות הנפש של משרד הבריאות

בעקבות דו"ח ועדת הבדיקה ביקשנו את עצתו של מנהל המערך הקליני של אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות. הוא הסכים עם הממצאים והמסקנות של ועדת הבדיקה. לדעתו רוב הליקויים שנמצאו, גם אם הם אינם תקינים (כגון בעיות רישום, היעדר חתימות, אי הלימה בין חתימת הזמן בתוכנת המחשב והדיווח הידני וכד') אינם קשורים ישירות לאירוע ומכאן שהם אינם עונים על הגדרה של direct causation. פרט לכך לא נמצאו לפי הדו"ח ליקויים מהותיים בטיב הטיפול דהיינו standard of care. עקרון מנחה בפסיכיאטריה הוא צמצום אובדנות ו/או מסוכנות מתוך מודעות שאין אפשרות להביא למניעה מוחלטת של תופעות אלה. לדעת מנהל המערך הקליני אין לשפוט החלטות רפואיות ע"פ מבחן התוצאה אלא על פי בסיס הנתונים שהיו קיימים בעת בדיקתו של המטופל בזמן אמת.

המלצות נציב קבילות הציבור

ממצאי ומסקנות ועדת הבדיקה מקובלים עלי.

מבחינה מערכתית תחקור האירוע מציף מספר בעיות מערכתיות הראויות לטעמנו לבחינת עומק והתייחסות מצד מנהל רפואה והאגף לבריאות הנפש. זאת לאור הליקויים שנמצאו בניהול המקרה ברמה המחלקתית, אי זיהוי הסימנים האובייקטיביים לתכנון המעשה האבדני במהלך האשפוז, חסר הבחנה בין סטטוסי "הסתכלות מיוחדת" ו"השגחה מיוחדת" וכן אי הקפדה על תקנות ונהלי רישום, לרבות במערכת הממוחשבת.

אנו חשים צורך אישי להביע את השתתפותנו בצער המשפחה על האבדן הנורא ולבקש את סליחת ההורים על אי היכולת של המערכת למנוע את האסון. יש רק לקוות שהלקחים שנלמדו מהכישלון הנוכחי יאפשרו אולי למזער את הסיכויים לאסונות דומים בעתיד.

2. התאבדות חולה בקהילה (5)

2.1 התאבדות חולה נפש בביתו

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 61 שאובחן כסובל מהפרעה דיכאונית בגיל 27 וטופל בנוגדי דכאון. ב- 21.07 הוא נטל מנת יתר של בונדורמין והשאיר מכתב פרידה. הוא נלקח למלר"ד בית חולים כללי, נשאר להשגחה ובהמשך נבדק על ידי תורנית פסיכיאטרית שהתרשמה כי הוא זקוק להמשך אשפוז לשם איזון הטיפול התרופתי שלו. מאחר והחולה היה מעוניין באשפוז באותו בית חולים כללי ולא הסכים לאשפוז במוסד פסיכיאטרי סוכם, תוך התייעצות עם הכוון הפסיכיאטרי, שהוא ישוחרר לביתו תוך יצירת קשר עם הפסיכיאטרית שלו בקהילה, ויוזמן לבית החולים ברגע שתתפנה עבורו מיטה במחלקה הפסיכיאטרית שם. אכן, התפנתה מיטה כזאת כבר למחרת בבוקר ה- 22.7 ואף התקשרו אליו בסביבות השעה 10. אולם באותו בוקר כמה שעות לפני כן הוא התאבד בביתו בתלייה.

מסקנות הוועדה

1. הבדיקה הפסיכיאטרית שנערכה למנוח בבית החולים בוצעה כראוי.
2. המסקנה שאין עילה לאשפוז כפוי ולפיכך היה צורך באשפוז בהסכמה הייתה נכונה.
3. שיקול הדעת של הצוות הרפואי בעניין השחרור מבית החולים היה אחראי ונכון.
4. הוועדה ביקשה להעיר לבית החולים על אי דיווח למשרד הבריאות בדבר אירוע חריג.

המלצות הנציב

אני ממליץ לקבל את מסקנות הוועדה כלשונן.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 36, גרוש, מובטל וחסר כל, אשר בהיותו מכור לחומרים פסיכואקטיבים שונים עם סימני דיכאון ולאחר ניסיון אבדני קודם, השתייך לקבוצת סיכון אבדני גבוה במיוחד. מאחר והוא לא היה מוגדר כחולה נפש, ידי המערכת היו כבולות ולא הייתה אפשרות לספק לו טיפול נאות אלא בתנאי של שיתוף פעולה מלא והסכמה מצדו לקבלת טיפול במסגרת פסיכיאטרית. לאור היעדר שיתוף פעולה והתנגדות חוזרת לטיפול, היה קושי מובנה להעניק לו את הטיפול הדרוש המיטבי. גם לאחר שבסופו של דבר הסכים לקבל טיפול, המסגרת בה הוא בחר ושעליה התעקש לא התאימה למצבו.

מסגרות טיפוליות

19.8 ניסיון גמילה במוסד שיקומי וטיפול אצל פסיכיאטר פרטי

12.9 כפר שיקומי. הורחק אחרי 3 חודשים.

29.12 שוב טיפול פסיכיאטר פרטי.

15.3 ניסיון אובדני. אשפוז במוסד פסיכיאטרי.

10.4 מעקב מרפאה בקהילה.

21.11 הפניה לפסיכיאטריה קהילתית – לאחר בדיקה הוחלט שלא מתאים.

14.12 התאבד בתלייה.

מסקנות והמלצות הוועדה

הוועדה התייחסה באופן פרטני לאיכות הטיפול במסגרות השונות שהיו מעורבות ולא מצאה פגם בהתנהלות הצוות בבית החולים הפסיכיאטרי ובמרפאה הקהילתית. הוועדה גם מקבלת כעניינית את החלטת המחלקה הפסיכיאטרית הקהילתית לא לקבל את החולה לטיפול, אף כי היא סבורה שהיה מקום לקבל את ההחלטה במועד מוקדם יותר.

הוועדה הגיעה למסקנה כי בעייתו של המנוח הייתה בסבירות גבוהה התמכרות לחומרים פסיכואקטיביים עם סימני דיכאון במקביל, בחלופ סימני גמילה פיזיים מחומרים ממכרים.

הוועדה מקבלת את עמדת ההורים שיש למצוא דרך ליידע את החולים ובני משפחותיהם בדבר הגופים הקיימים שיכולים להוות מסגרת טיפולית מתאימה לחולים עם בעיית התמכרות לאלכוהול וחומרים פסיכואקטיביים. הוועדה גם מדגישה את הצורך ליידע את הרופאים לבריאות הנפש על קיומם של מוסדות אלה ולהפנות חולים למוסדות אלה במקרים הזקוקים לכך.

המלצות הנציב

לאור מסקנות הוועדה ולאחר קריאת החומר לא מצאתי צידוק לטענת בא כוח המשפחה בדבר טיפול רשלני כביכול.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה סכיזופרני בן 29 אשר הגיע ב- 27.3 ביוזמתו למיון בית חולים פסיכיאטרי וביקש להתקבל לאשפוז. התורן הפסיכיאטרי החליט לא לאשפוז את החולה ולשחררו תוך תיאום והסכמה עם האם כי החולה ישהה אצלה בזמן הקרוב. 20 דקות לאחר השחרור החולה התאבד. למרות שהוועדה קובעת כי התורן פעל כשורה, היא מתחה ביקורת על שתי נקודות חולשה משמעותיות:

1. שתיעוד בדיקתו של התורן היה לוקה בחסר ואינו מעיד על בדיקה יסודית וקפדנית.
 2. שלא נערכה התייעצות עם הכונן.
- לאור הערות אלו הזמנו לשיחת הבהרה את התורן, יחד עם נציג הנהלת בית החולים הבקיא בנהלי השחרור מחדר מיון בעת האירוע, ובהשתתפות נציג בכיר מאגף בריאות הנפש.

להלן סיכום שיחת ההבהרה

1. חרף העובדה שהמנוח שם קץ לחייו זמן קצר אחרי שנבדק במיון, הצוות קיבל את המסקנה של ועדת הבדיקה שהתורן לא הפר נהלים הקיימים ושהחלטתו הייתה סבירה. לא ניתן לשפוט לפי מבחן התוצאה אלא רק עפ"י המידע שהיה לרשות הרופא בעת קבלת ההחלטה.
2. הרשומה אינה מלאה: חסרים בה נתונים על האשפוזים הקודמים לרבות המידע על ניסיונות אובדניים קשים ואימפולסיביים שהיו בשנים הקודמות, התייחסות יותר מפורטת לשימוש באלכוהול, תיאור הפעולות שבוצעו במיון, כולל שתי שיחות טלפון עם אמו של החולה. בבדיקות מיון מסוג זה, כאשר מדובר בחולה מוכר, עם ניסיונות אובדניים בעבר, השרוי במצב משברי עקב פרישה טרייה מהחברה, נדרשת רשומה יותר מפורטת.
3. התורן לא התייעץ עם רופא כונן טרם קבלת ההחלטה על שחרורו מהמיון של המנוח. יכול להיות שיש מקום לערב את הכונן במקרים מסוג זה. לדעת הוועדה מדובר במקרה מורכב, הדורש שיקול דעת וחשיבה קלינית.
4. סוגיית המדיניות של ביה"ח לגבי אשפוזים מסוג זה תידון בפורום מנהלי ביה"ח בתאום עם מנהל האגף לבריאות הנפש.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר יליד אתיופיה בן 32. ידוע מגיל 16 כסובל מסכיזופרניה והפרעות התנהגות על רקע שימוש בסמים ואלכוהול. בשנה וחצי שלפני האירוע הוא התגורר בהוסטל למחוסרי דיור. סבל מהזנחה עצמית קיצונית. בשנה האחרונה לחייו הוא אושפז בבית חולים פסיכיאטרי 3 פעמים. ב-25.12 הוא הופנה על ידי רופא ההוסטל למיון אותו בית חולים פסיכיאטרי בהמלצה לאשפוז. בבדיקתו במיון הוא לא גילה סימנים פסיכויטיים. לאחר בדיקה הוחלט לשחררו והודעה על כך נמסרה טלפונית להוסטל.

צוות ההוסטל לא היה שלם עם ההחלטה לשחררו מחדר המיון והחולה הופנה למחרת על ידי מנהלת ההוסטל לבדיקה חוזרת על ידי מומחה פסיכיאטרי. גם בבדיקה שניה זו לא התגלו סימנים פסיכויטיים, דיכאון או מחשבות אובדניות. התנהגותו בימים שלאחר מכן הייתה שגרתית. גם ביום התאבדותו התנהגותו לא הייתה יוצאת דופן. אולם באותו יום בשעה 11.40 הוא נמצא תלוי בחצר האחורית של ההוסטל וניסיונות ההחייאה לא צלחו.

מסקנות הוועדה

הוועדה לא מצאה ראיות לכשל במהלך הטיפול במנוח בהוסטל או במיון בית החולים הפסיכיאטרי.

הוועדה כן מצאה פגם מסוים בטיב הקשר בין בית החולים הפסיכיאטרי לבין הפסיכיאטר שבהוסטל שהיה אמון על הטיפול בחולה המשותף לשני המוסדות. למרות ששיפור בקשר יכול היה לתרום ליעילות המערכת, אין הוועדה סבורה כי זה היה עשוי למנוע את אירוע ההתאבדות 5 ימים לאחר הבדיקות הפסיכיאטריות שנערכו על ידי שני הגורמים.

הוועדה ממליצה על שימוש בכלים הקיימים להגדרת מסוכנות עצמית וסביבתית, וממליצה על קיום קשר רצוף בין מחלקות האשפוז לבין גורמים קהילתיים למען שיפור תהליך הטיפול השיקומי.

המלצות נציב קבילות הציבור

לא נמצאו ראיות לרשלנות בהתנהלות הרופאים שהיו מעורבים בטיפול במנוח. לאור ההערות המערכתיות העברנו את דו"ח הוועדה לעיונו של מנהל המערך הקליני של האגף לבריאות הנפש.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 43 עם רקע של סכיזופרניה, יתר לחץ דם, עודף משקל והיסטוריה של ניסיונות אובדניים קודמים. ב- 24.6 הוא בלע בביתו כמות גדולה של כדורי SEROQUEL, CLONEX ו-SOLIAN. הוזמנה ניידת מד"א לפנותו אך היה עיכוב ניכר בפינוי בגלל הקשיים שנגרמו מעודף המשקל. הגיע לבית חולים כללי ב 1.43 לפנות בוקר.

בהגיעו הוא היה אפאתי אך בהכרה וענה על שאלות. בשעה 1.50 נלקחו מדדים ונמצא לחץ דם 65/43 ודופק 80. שאר הבדיקה הפיזיקאלית היתה ללא ממצאים חריגים. הוא הושכב מול דלפק האחיות במיון וחובר למוניטור ולמשקפי חמצן. קיבל ANEXATE. טיפלו בו שתי אחיות ותיקות ורופא מתמחה. הוא חובר לנוזלים והוחזרה זונדה לקיבה וקטטר. הוא הוצג לצוות טיפול נמרץ אך לא היה מקום פנוי ביחידה. בהתייעצות עם מרכז רעלים נאמר לצוות כי אין אנטידוט לתרופות שלקח. לא בוצע א.ק.ג. הוא עבר גם הערכה פסיכיאטרית. הוא שכב מול הדלפק אך לא הוצמדה לו אחות מופקדת.

בשעה 2.45, כשעה לאחר הגעתו למיון, נצפתה הפסקת נשימה עם דופק 30. מאמצי ההחייאה לא צלחו ומותו נקבע בשעה 4.27.

על פי גיליון המיון לא בוצע מעקב לחץ דם מהשעה 1.50 ועד 2.50 דהיינו לאחר שכבר הוחל בהחייאה. תרשימי המוניטור אליו היה אמור החולה להיות מחובר לא נמצאו.

דיון

פעולת הפינוי של החולה מביתו הייתה מורכבת והצריכה גיוס צוות אמבולנס נוסף לסיוע – דבר מקובל והכרחי במצבים אלה.

הטיפול בבית החולים: מצב החולה חייב מתן טיפול מיידי כוללני ודחוף על ידי כל גורמי הרפואה בחדר המיון. שילוב התרופות שהוא בלע ידוע כגורם לירידה קשה בלחץ הדם, הארכת קטע QT בא.ק.ג. והתפתחות הפרעות חמורות בקצב הלב מסוג VT ו-VF. אף כי לא נקבעה בוודאות סיבת הפטירה, סבורים חברי הוועדה שהמוות נגרם כנראה מהארכת QT והפרעת קצב קטלנית.

אי ביצוע א.ק.ג. לשם הערכת קטע QT מהווה לדעת הוועדה כשל במהלך הטיפול הרפואי והסיעודי. יתר על כן, למרות הירידה בלחץ הדם כבר בקבלתו, שהעידה על לקיחת מינון גדול מאד של התרופות, לא היה מעקב אחר מצבו ולכן לא הייתה אפשרות לגלות מבעוד מועד את קריסת המערכות. מצבו הקשה של החולה חייב מעורבות מיידית של רופאים בכירים כולל הרופא הכונן אך דבר זה לא קרה.

הרשומה הרפואית לוקה בחסר ואינה מאפשרת שחזור האירוע. חסרים בה מרכיבים חיוניים כגון מעקב סימנים חיוניים, דו"ח החייאה, תרשימים של המוניטור אליו היה אמור להיות מחובר, בדיקות סטוראציה ועדות בכתב שהחולה טופל בפחם פעיל כטענת הצוות.

לא נמצאו נהלים המסדירים את שיטת הטיפול בחולה מורכב ובלתי יציב. לא נמצא נוהל לטיפול בחולה עם הרעלה בתרופות מקבוצת הבנזודיאזפינים ונגזרותיהם.

מסקנות

1. לוח הזמנים של מד"א בהעברת המנוח לבית החולים היה סביר.
2. התנהלות הצוות הסיעודי מרגע קבלת החולה ועד לקריסת המערכות הייתה לקויה. האחיות היו צריכות לוודא ביצוע א.ק.ג.
3. הצוות הסיעודי ידע על לחץ הדם הירוד אך לא עשה דבר כדי לעקוב אחרי מצבו ההמודינאמי. אי ניהול רשומה לא מאפשר לשחזר את מהלך העניינים.
4. הטיפול בתחום הפסיכיאטרי היה על פי אמות המידה המקובלות.
5. הנהלת בית החולים מתבקשת לתקן לאלתר את הפגמים החמורים ברמת התייעוד ברשומות הרפואית.
6. תפקוד הרופא שטיפל בחולה: על הרופא היה לוודא ביצוע א.ק.ג. וביצוע מעקב סימנים חיוניים. החולה הושאר למעשה ללא מעקב. התורן לא התייעץ עם רופא בכיר או עם הכונן. לאור מצבו החמור של החולה מעורבות רופא בכיר בניהול המקרה הייתה חיונית.
7. אין לקבל את המצב שעד היום המשפחה לא קיבלה הסבר על מה שקרה. כמו כן הוועדה התרשמה שעד היום לא בוצע בבית החולים תחקיר יסודי לשם הפקת לקחים, על מנת להבין את מהלך הטיפול וכדי לצמצם את הסיכון של אירועים דומים בעתיד.
8. עם זאת ולמען האיזון הנכון מציינים חברי הוועדה כי לאור חומרת ההרעלה אין ביטחון שתפקוד טוב יותר של הצוות המטפל היה ליכול למנוע את התוצאות הטראגית.

המלצות הוועדה

1. הוועדה ממליצה לבטל את הנוהג לפיו אחיות אינן מבצעות א.ק.ג. בחדר המיון ומבקשת לקבוע באיזה מצבים פעולה זו מחויבת.
2. על הנהלת חדר מיון להכין נוהל טיפול בחולה מורכב ובלתי יציב.
3. על הנהלת המיון ובית החולים לוודא ניהול רשומה רפואית בהתאם לחוק זכויות החולה והוראות משרד הבריאות.
4. ראוי שהנהלת בית החולים תזמן את משפחת החולה כדי לפרוס בפניה בפתיחות ובשקיפות מלאה את נסיבות פטירתו של המנוח.

המלצות הנציב

אני ממליץ לקבל את ההמלצות המערכתיות של ועדת הבדיקה כלשונן. יש לבקש מהנהלת בית החולים לפרט אלה צעדים ננקטו בעקבות האירוע במטרה למזער את הסיכון לאירועים דומים בעתיד. ראוי לעדכן על כך את ראש מינהל רפואה.

3. התאבדות באשפוז בבית חולים כללי (2)

3.1 התאבדות חולה מושגל תוך אי קיום החלטת פסיכיאטר על שמירה מיוחדת

תמצית הסיפור הקליני

המנוח בן 28 במותו סבל מלאוקמיה לימפאטית חריפה ועבר השתלת מח עצם מתורם זר ביחידת השתלות מח עצם בבית חולים כללי באוגוסט. המהלך אחרי ההשתלה היה קשה עם תמונה המחשידה ל- GVHD חריף, איחור בקליטת מח העצם וזיהומים קשים. יום לפני מותו הוא ברח מהמחלקה, הגיע לחוף הים והוחזר במצב פיזי ונפשי קשה. תורן פסיכיאטרי החליט תוך התייעצות עם הכונן להחזירו למחלקה תוך הפקדת שמירה פסיכיאטרית צמודה. משמרת הלילה עברה ללא אירועים דרמטיים אך במשמרת הבוקר קצת אחרי השעה 9.30 הוא ניצל את ההזדמנות שהאחות המופקדת לא הייתה בחדר, פתח את חלון החדר, יצא למרפסת וקפץ אל מותו מהקומה החמישית.

התנהלות הצוות והחלטות האחיות האחראיות והאחיות המופקדות על החולה מתוארת בפרוט רב בגוף דו"ח הוועדה.

במסקנותיהם מדגישים חברי הוועדה את הנקודות הבאות:

1. העובדה שהמנוח היה מסוגל לקפוץ אל מותו נבעה מאי קיום שמירה מיוחדת על פי החלטת הפסיכיאטרים.
2. נהלי בית החולים בעניין שמירה מיוחדת הופרו הן על ידי האחות האחראית והן על ידי האחות שהייתה מופקדת על המנוח.
3. לדעת הוועדה האחות האחראית המשמרת לא נקטה בכל האמצעים הניהוליים כדי להבטיח את מילוי ההנחיות.
4. האחות המופקדת לא טרחה ללמוד את מצבו של החולה ביממה האחרונה ואת משמעות השמירה המיוחדת שהוטלה עליה מבלי להסתייע באיש צוות נוסף.
5. הוועדה גם מבקשת להעיר על התנהגותה של מנהלת הסיעוד בחטיבה, אשר אישרה את הפקדתה של האחות על 3 מטופלים בו זמנית כאשר אחד מהם נזקק לשמירה מיוחדת.
6. הוועדה לא מצאה ליקוי בהערכה ובהנחיות הצוות הפסיכיאטרי.

המלצות הנציב

בכוונתנו לבקש את תגובת בית החולים לדו"ח כדי לברר מה היו הלקחים שהופקו על ידי המוסד בעקבות האירוע.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 49 עם קוים פרפקציוניסטים, הישגיות גבוהה ורודף צדק. מעברו ידוע על שני משברים דכאוניים במהלך השנים. לאחרונה נמסר על הרבה לחצים לקראת מקום עבודה חדש וניסיון אבדני על ידי תלייה כשבוע לפני האשפוז. אושפז בהסכמתו במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי ב- 11.10 בשל מצב דכאוני מגוררי. טופל במהלך האשפוז על ידי שילוב של תכשירים נוגדי דיכאון מקבוצות שונות יחד עם טיפול שינה והרגעה כללית. בתאריך 23.10 המטופל התחמק מהשגחת אשתו והתאבד בתלייה בחצר בית החולים, וזאת לאחר שבימים שקדמו לכך הייתה התרשמות של הטבה הדרגתית במצבו הנפשי.

מסקנות הוועדה

ההתייחסות המקצועית של כל המעורבים בטיפולו של המנוח הייתה בהתאם לחומרת המצב, ובהתחשב בסיכון אבדני אשר נבדק באופן ספציפי בכל בדיקה.

ההתערבות הטיפולית של צוות רב מקצועי נמצאה ברמה סבירה וכללה בדיקות פסיכיאטריות יומיומיות, שינויים תרופתיים בהתאם למצב הקליני, טיפול פסיכותראפי פרטני ומשפחתי וטיפול קבוצתי.

לא נמצאו במהלך האשפוז כשלים או אי סדרים בנוהלי העבודה של המחלקה.

כמו כן לא נמצא קשר בין התנהלות צוות המטפלים במחלקה לבין מעשה ההתאבדות של המנוח אשר היה בלתי צפוי ובלתי נמנע.

הערות והמלצות הוועדה

הוועדה מכירה במורכבותו של המקרה המצער הנבדק, כדוגמה לבעייתיותם של אותם מטופלים המאושפזים בהסכמתם במחלקות פסיכיאטריות פתוחות בבתי חולים כלליים שונים. לחלק מאותם מטופלים מחשבות אובדניות או ניסיונות אובדניים בעבר, אך במהלך הבדיקה לא מתגלים ממצאים הממלאים אחרי קריטריונים חוקיים לאשפוז בכפייה על פי החוק לטיפול בחולי נפש. במקרים מיוחדים, שנשקלים כל אחד לגופו, נשארים מטופלים אלו באשפוז בהשגה צמודה של בני המשפחה.

זאת ההערה היחידה של חברי הוועדה לגבי יעילותה של אותה השגחה משפחתית במקרים של סיכון אובדני פוטנציאלי. דו"ח הוועדה הועבר על ידינו להערותיו של מנהל המערך הקליני של האגף לבריאות הנפש, והוא סבור שהחולה טופל לפי אמות מידה מקצועיות, וממליץ לאמץ את מסקנות הוועדה.

4. פטירה מסיבות אחרות (4)

4.1 חולה סכיזופרני בדליריום שנפטר מדום לב בעת נסיון למנוע את עזיבתו

תקציר האירוע

מדובר בחולה סכיזופרני בן 35 המטופל ב- LEPONEX אשר אושפז בבית חולים כללי באפריל עם כאבי בטן, הקאות ושלשולים וחשד לחסימה בחלק הדיסטאלי של המעי הדק. הוא עבר לפרוטומיה חוקרת ולא נמצאה חסימה. בוצעה דקומפרסיה של המעי. למחרת בשעות הבוקר הופיעו שינויים חריפים בהתנהגותו. הוא התפשט, קם והתחיל לצאת מהמחלקה מבלי להיענות לפניות הצוות אליו. הוזעק פסיכיאטר וגם נקראו אנשי ביטחון. הוא לא היה אלים, אך ממדיו היו מרשימים – גובה 1.95 מטר ומשקל 115 קג, מצב שהפך כל ניסיון לעיכובו בכוח למשימה לא פשוטה. הוא המשיך ביציאתו מהמחלקה ומהבניין בלוי צוות סעודי, רופאה מהמחלקה הכירורגית והפסיכיאטר היועץ. בכוונת הרופאים הייתה להרגיע אותו במתן זריקת הלידול אך לשם כך היה צריך לחזור למחלקה. בינתיים אנשי הביטחון קיבלו אישור לעכב את החולה בכוח מאחר והוא כבר הגיע ליציאה מבית החולים. הוא נעצר והושכב על הרצפה אך אז התגלה כי החולה אינו בהכרה וגם אין לו דופק. פעולות ההחייאה נמשכו 45 דקות אולם ללא הצלחה ובשעה 9.13 נקבע מותו.

מסקנות הוועדה

1. סיבת המוות לא נקבעה.
 2. אין לוועדה הסתייגויות מרמת הטיפול בחולה עד להחזרתו למחלקה הכירורגית.
 3. הוועדה מקבלת את גרסת הפסיכיאטר שהחולה לקה בדליריום ושהדבר אינו נובע מהפסקת התרופה לפונקס.
 4. הוועדה סבורה שתגובת הצוות להתנהגות החריגה של החולה הייתה תואמת את המצב. הוועדה סבורה שיתכן שלוי רציף של המנוח על ידי רופא והשתלטות עליו כמה דקות מוקדם יותר הייתה יכולה להיות נכונה, אך ספק אם זה היה משנה את התוצאה הבלתי צפויה.
 5. ההחלטה למנוע בכוח את יציאתו משטח בית החולים הייתה נכונה.
 6. הוועדה לא מצאה פגם בארגון ההחייאה ולוח הזמנים של פעולות ההחייאה.
 7. הוועדה מבקשת לציין לשבח את התרשומת הרפואית המסודרת ואת דו"ח התחקיר של מחלקת הביטחון.
- לסיכום, לדעת הוועדה למרות שמדובר באירוע חריג ביותר ובלתי צפוי, הצוות הגיב בצורה סבירה ומהירה.

המלצות הנציב

אני מציע לקבל את המלצות חברי ועדת הבדיקה כלשונן.

בנוסף, צורף התחקיר שנערך על ידי ועדה שמונתה על ידי מנהל בית החולים. המלצות אלו, הנוגעות לסידורי אבטחה של חולים פסיכיאטרים המאושפזים במחלקות הכלליות, ראויות לעיון מינהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

חולה בן 57 שסבל ממחלה דו-קוטבית, והשמנת יתר BMI 48.4. היה מועמד לניתוח תיקון בקע בטני והתקנת טבעת. ב- 29.5 עבר הערכה פסיכיאטרית וקיבל גם אישור נוסף ב- 21.7 בכתב. בסמוך לניתוח הייתה החמרה במצבו הפסיכיאטרי וגם דום נשימה בשינה.

ב- 7.3 בוצע ניתוח בבית חולים פרטי אשר כלל תיקון בקע בקיר הבטן אך ויתרו על הכנסת הטבעת בגלל הידבקות רבות באזור הניתוח. הוא שוחרר לביתו ב- 8.3. בבית היו נפילות חוזרות וגם אירוע של איבוד הכרה. ב- 9.3 הגיע לאשפוז חוזר בבית החולים הפרטי בגלל דימום מפצע הניתוח אך שוחרר לביתו "בסיוע" אנשי הביטחון של בית החולים.

ב- 11.3 בשעה 7.19 נפגש עם הפסיכיאטר האישי שלו ובשעה 13.55 התייצב במיון בית חולים כללי בגלל כאבי בטן. נבדק על ידי הפסיכיאטרית ושוחרר לביתו עם כדורי קלונקס.

ב- 12.3 בשעה 23.21 חזר שוב למיון אותו בית חולים עם תלונות על דם בשתן ושלשול דמי, אך הצוות התרשם בעיקר ממצבו הנפשי. הוא היה באי שקט. הוא סירב לאשפוז פסיכיאטרי מרצון ולא הייתה אינדיקציה לאשפוז כפוי על פי התייעצות התורן עם כונן פסיכיאטרי בכיר. אולם למחרת ב- 13.3 הוא אושפז בכל זאת במחלקה הפסיכיאטרית לאחר שנתן את הסכמתו.

להלן לוח האירועים במחלקה הפסיכיאטרית לפי שעות:

- 13.13 : תחילת אשפוז במחלקה הפסיכיאטרית. בגלל אי שקט קיצוני הוא נקשר ב-4 גפיים.
- 15.47 : בעודו קשור הוא נבדק על ידי פנימאי בכיר. הומלץ על חמצן במשקפיים וביצוע צילום חזה וא.ק.ג. הוכנס קטטר בהוראת אורולוג ופרץ שתן 600 סס ללא דם. CPK היה מעל 2000.
- 19.30 : רופא תורן מחליט להתיר את הקשירה לצורך רחצה.
- 20.30 : ירידה חדה בחמצון, סטוראציה 60, דום נשימה. נסיונות אינטובאציה נכשלו.
- 21.30 : נקבע המוות.

דיון

הוועדה החליטה להתרכז בנקודות הבאות :

1. הכשירות לניתוח : הייתה החמרה במצבו הנפשי לקראת הניתוח אך החולה היה מאד מעוניין בניתוח ולא שיתף את הפסיכיאטר או הצוות בבית חולים על מצבו הנפשי.
2. המצב הנפשי אחרי הניתוח והשחרור : המצב הפסיכיאטרי הגרוע חייב יעוץ וטיפול פסיכיאטרי בזמן אמת אך בבית החולים הפרטי לא היו ערוכים לכך. במקום זאת עדכן הרופא המשחרר את הפסיכיאטר הקבוע שלו על מצב החולה.

3. השחרור מבית החולים : בשחרורו השני מבית החולים הפרטי לא קיבל החולה מכתב שחרור ולא הופנה ישירות לקבלת טיפול פסיכיאטרי .
4. ההחלטה על אשפוז כפוי : האם היה מקום להחלטה מוקדמת יותר? מצבו הנפשי החמיר תוך כדי השהייה במיון ולבסוף המצב הצדיק אשפוז כפוי.
5. איכות הטיפול באשפוז הפסיכיאטרי- הוועדה סבורה שהיו מספר ליקויים :
 - א. לנוכח השימוש המוגבר בסמי הרגעה היה צורך בחיבור החולה למד סטוראציה לשם התרעה מוקדמת על דיכוי נשימתי אפשרי
 - ב. הצוות במחלקה הפסיכיאטרית לא היה מיומן בביצוע החייאה . מאידך גם לא היה צוות החייאה מיומן ומצויד כראוי שניתן היה להזעיקו בשטח בית החולים.
- סיבת המוות לא ידועה, אך בנוסף לאירוע קרדיאלי קיימת גם סבירות גבוהה לאפשרות של תסחיף ריאתי מאסיבי אצל חולה שלא קיבל טיפול נוגד קרישה אחרי הניתוח בגלל חשש לדימום מסוכן בדרכי העיכול ובשתן.
6. האם צריך להעביר חולה המתדרדר במחלקה הפסיכיאטרית למיון או לזמן סיוע אל המחלקה : השיקול העיקרי אינו טופוגרפי אלא הצורך שהסיוע יינתן במהירות המרבית. אם מעבירים למיון, זה צריך להתבצע תוך ייצוב החולה ומלווים מיומנים.
7. יש צורך בהפעלת צוות החייאה מיומן בשטח המרכז הרפואי אשר ייתן תשובה לבעיה האובייקטיבית של ריחוק המחלקה הפסיכיאטרית מבניין האשפוז.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. לא ניתן לקבוע את סיבת המוות.
2. החולה היה במצב מאני בעת הניתוח אך בגלל חשיבות הניתוח בעינינו הוא לא שיתף במידע זה את הפסיכיאטר האישי ואת הצוות בבית החולים הפרטי.
3. ההחלטה לא לבצע את הכנסת הטבעת הייתה נכונה.
4. יש לוודא כי חולים פסיכויטריים המאושפזים בבית חולים פרטי יזכו לטיפול הפסיכיאטרי הנחוץ בזמן אמת בעודם מאושפזים.
5. שחרור חולה מאשפוז ללא מכתב שחרור מהוה חריגה מהנהלים הבסיסיים.
6. ההחלטה לא לדרוש אשפוז כפוי ב-11.3 הייתה סבירה.
7. העברת המידע הרפואי מחדר המיון בעת אשפוז החולה במחלקה הפסיכיאטרית הייתה לקויה.
8. הטיפול בדום הלב בוצע על ידי צוות בלתי מיומן.
9. בעת האירוע, לא היה בבית החולים הכללי צוות החייאה ייעודי המסוגל להגיע בדחיפות למחלקה הפסיכיאטרית המרוחקת ממגדל האשפוז, לצורך סיוע בהחייאה. לדעת הוועדה, מצב זה מחייב מציאת פתרון הולם.

המלצות הנציב

במרכז הבעייתיות של פרשת מותו של המנוח עומדת אי היכולת לעמוד בדרישות של טיפול בשתי בעיות חריפות בו זמניות : הטיפול בבעיה הפסיכיאטרית של מצב מאני קשה, יחד עם כיסוי הולם של הבעיות הסומאטיות הכירורגיות-פנימיות.

המוסד הפרטי לא היה ערוך לעמוד בדרישה למתן טיפול פסיכיאטרי מיידי לנוכח הבעיות הנפשיות הקשות שהתעוררו לאחר הניתוח. החולה לא היה זקוק לאיש ביטחון כדי להרגיעו אלא לפסיכיאטר מיומן.

בבית חולים העל הייתה בעיה הפוכה. אי יכולת של הצוות במחלקה הפסיכיאטרית להתמודד כנדרש עם מצב חירום קרדיו-רספיראטורי.

לאור שיקולים אלה אני ממליץ לאמץ את סעיפים 4 ו-9 במסקנות והמלצות הוועדה.

4.3 פטירת חולה נפש בחדר בידוד מסיבה לא ידועה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 52 שאובחן ב- 1981 עם פסיכוזה סכיזו-אפקטיבית עם אשפוזים רבים בבתי חולים פסיכיאטרים. ברקע שחמת כבד מהפטיטיס C, אנצפלופתיה, סכרת וצלוליטיס. התקבל לבית חולים פסיכיאטרי ב- 3.6 ואושפז לסירוגין במחלקות פתוחות וסגורות ותוך כדי כך גם הופנה 7 פעמים לבתי חולים כלליים בגלל מחלותיו האורגאניות. ב- 3.3, 25.3 וב- 5.4 הופנה למיון בית חולים כללי ובוצע בירור עקב ירידה בתפקוד ונטייה לאלימות, צלוליטיס, וחשד ל- DVT. בכל האשפוזים הללו לא נמצאה עדות לאי ספיקת כבד סופנית.

ב- 17.4 במשמרת ערב במחלקה הסגורה הוחלט על ידי הרופא התורן ובהמלצת האחות אחראית המשמרת להעבירו לחדר בידוד לצורך הגנתו מפני נפילות ספונטאניות. הכניסה לבידוד בוצעה בשעה 16.10. ההשגחה על החולה בבידוד בוצעה באמצעות מסרטה, כניסות חוזרות של הצוות, וניטורי מדדים. העברת משמרות בשעה 23.00 בוצעה בעל פה בלבד. בשעה 23.20 בעת סיבוב במחלקה על ידי האחיות אחראית משמרת הלילה מצאו את החולה ללא רוח חיים. מאמצי ההחייאה לא צלחו.

מסקנות הוועדה

מסקנות אלו סוכמו על פי הנקודות הספציפיות הבאות:

1. האם הייתה התייחסות סבירה לבעיותיו הגופניות של המנוח: לדעת הוועדה קשה לקבוע האם הייתה התדרדרות נוספת בשבועיים האחרונים אך נראה שבעיות ההליכה ואי השמירה על הסוגרים החמירו.
2. האם הטיפול התרופתי היה נכון: לדעת הוועדה ההחלטה להפחית במינון התרופות הפסיכיאטריות הייתה נכונה.
3. האם תפקוד הרופא התורן היה סביר: התורן היה רשאי להחליט על פעולת הבידוד על דעת עצמו, אולם היה עליו לבדוק את החולה בעצמו לפני מתן הפקודה, דבר שלא בוצע. הודעתו למשפחה על מות החולה באמצעות מענה טלפוני היא מעשה חמור ובלתי ראוי והוועדה מתייחסת לזאת בחומרה.
4. האם הטיפול הסייעודי היה נכון: בניגוד לנהלי המרכז המחייבים את בדיקת המטופל בבידוד כל חצי שעה, המנוח לא נבדק כלל בין השעות 22.00 ל- 23.20 עד למועד גילוי פטירתו.
5. האם הסגירה בחדר בידוד הייתה מוצדקת: לדעת הוועדה היה עדיף להצמיד למנוח השגחה מיוחדת במקום סגירה בחדר מרופד.
6. האם היה צורך בהעברה למסגרת מחלקתית אחרת: ההחלטה להעבירו למחלקה פסיכו-גריאטרית לרגל הצורך להתמודד עם הבעיות הפסיכיאטריות הקשות של החולה יחד עם השגחה פנימית צמודה הייתה נכונה. ההעברה הייתה מתוכננת למחרת פטירתו.
7. איכות ההחייאה: ההחייאה החלה באיחור.

המלצות הוועדה

הוועדה מנתה מספר המלצות מערכתיות שאינן קשורות באופן ישיר ללקחים שניתן להפיק מהפרשה שנחקרה על ידה.

מסקנות הנציב

השאלה המרכזית בפרשה זו היא האם מותו של החולה היה תוצאה של רשלנות רפואית. לאור מחלת הרקע של שחמת הכבד וסכרת מתעוררת השאלה האם בעיותיו האורגניות לא נבדקו ולא טופלו עקב העדר תשומת לב והעדר טיפול מתאים במסגרת אשפוזו במחלקה פסיכיאטרית סגורה. כדי לענות על שאלה זאת עברתי בעיון על פרטי 3 האשפוזים שלו בחדר מיון בית חולים כללי אליו הופנה החולה בתאריכים 3.3, 21.3 ו- 5.4. בהזדמנויות אלו נבדק החולה הן על ידי רופאים פנימיים והן על ידי פסיכיאטרים. על פי תוצאות בדיקות אלו אכן היו ממצאים המתאימים למחלת כבד כרונית, אך לא נמצאו ראיות לקיום בעיה פנימית חריפה ומסכנת חיים. לאור נתונים אלה, לא מצאתי ראיות לטיפול רפואי רשלני שניתן היה לייחס לו את מות החולה בחדר הבידוד. מאחר ולא בוצעה נתיחה, סיבת מותו נשארה ללא זיהוי ודאי.

לגבי ההחלטה להכניסו לבידוד לשם שמירה מנזקי הנפילות התכופות, אני מסכים עם הוועדה כי עדיף היה להצמיד לו שמירה אישית ואם כבר הוכנס לבידוד, הרופא התורן היה צריך לקיים את ההנחיה של בדיקה אישית לפני מתן הפקודה. כמו כן הצוות הסעודי לא קיים את ההנחיה של בדיקה כל 30 דקות. ייתכן כי בדיקות תכופות יותר או השגחה צמודה היו מקטינות את הסיכויים לתוצאות הטראגיות.

4.4 חולה פסיכיאטרית אשר נפטרה בעקבות דימום מאסיבי מכיבים ברירית הקיבה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה שהייתה בת 58 במוותה. היא סבלה מסכרת עם פגיעה רב מערכתית, כולל גגרנה בעקב. היא נפטרה ב- 17.2 בבית חולים מרכזי במחלקה לכירורגיה ווסקולארית באירוע של הקאה דמית COFFEE GROUND, המוגלובין 6.4 ודום לב. ממצאי הנתיחה מה- 17.2 העידו על מחלת לב כרונית, אנמיה חריפה ודימום מכיבים זעירים ברירית הקיבה. כמו כן נמצאה גגרנה (נמק) ברגל וחשד לאלח דם. הפתולוגים המליצו על הקמת ועדת בדיקה.

בדיקתנו החלה ב- 26.5 בעקבות פנייתו של בא כוח המשפחה בטענת רשלנות נגד 3 מוסדות רפואיים: בית חולים פסיכיאטרי ושני בתי חולים כלליים. בנוסף, הוגשה גם תלונה במשטרה. ב- 4.12 הודיעה המשטרה כי החקירה הסתיימה. בעקבות זאת הוקמה ועדת בדיקה אשר הגישה את מסקנותיה ב- 21.7.

להלן עיקרי המסקנות

1. על סמך הרישומים הרפואיים, דו"ח הנתיחה והעדויות שהובאו בפניה, מצאה הוועדה כי המנוחה סבלה ממחלת לב כרונית. כשל הלב החריף אשר הביא למותה הוא קרוב לוודאי ע"י האנמיה הקשה ממנה סבלה המנוחה בימים האחרונים לחייה.
2. הוועדה מצאה כי הרופא המטפל בבית החולים השיקומי, השרות הסוציאלי והשרות הפסיכיאטרי פעלו כראוי. הליך האשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי היה תקין ומוצדק. המנוחה ובעלה לא הביעו התנגדות ולא נקטו באמצעים החוקיים שעמדו לרשותם על מנת להתנגד לאשפוז הכפוי.
3. הוועדה מצאה פגם בסחבת במימוש רצונה של החולה להפניה להמשך טיפול בבית חולים מרכזי. בפועל, הדבר התבצע רק לאחר קבלת דרישה נוספת מעו"ד ביום 15.2 ובעקבות פניית הנהלת בית החולים הפסיכיאטרי לפסיכיאטרית המחוזית, אשר המליצה למחרת היום (16.2) על היענות לבקשה והעברת המנוחה לבית החולים המרכזי.
4. הבדיקה בחדר מיון בבית החולים הכללי ביום 13.2 בוצעה בצורה שיטתית שמטרתה הייתה לשלול דימום טרי, אשר אכן נשלל. מאידך, לא ניתנה תשומת לב מספקת לתוצאות בדיקות המעבדה אשר הדגימו אנמיה, ירידה נוספת בהמוגלובין ועלייה ניכרת בספירה הלבנה. כמו כן לא נעשה ניסיון להשוואת בדיקות אלה לבדיקות קודמות שבוצעו באותו בית חולים והיו נגישות במחשב.
5. לדעת הוועדה התקשורת בין המחלקה הפנימית בבית החולים הכללי המספקת ייעוצים ובין המרכז לבריאות הנפש אינה מושלמת, וזאת למרות רצון טוב מצד שני הגופים. הייעוץ אשר ניתן לבית החולים הפסיכיאטרי מבוצע ע"י רופאי מחלקה פנימית בבית החולים הכללי בדרך של שיבוץ יומי משתנה מתוך כלל רופאי המחלקה. כתוצאה מכך אין המשכיות בין היעוצים ולא תמיד יודע היועץ מה המליץ קודמו.

6. באשר לאשפוז בבית החולים המרכזי, לדעת הוועדה החולה התקבלה כמקובל, בוצעו הבדיקות הנדרשות ואף הוכנה תכנית להמשך טיפול. עם זאת יש לציין שלמרות ההמוגלובין הנמוך שנמצא ביום קבלתה, את עירוי הדם הראשון קיבלה המנוחה רק למחרת.
7. הוועדה מצאה כי השפעתו של הבעל על המנוחה גרמה להימנעותה מקבלת טיפול רפואי מקובל ולהעדפת טיפול לא קונבנציונלי, אשר העמידה בסכנה. נראה כי התנהלות זו של בני הזוג היוותה את הגורם הראשוני אשר הוביל למהלך האירועים הנ"ל. יתכן והתוצאות היו אחרות לגמרי אם הייתה המנוחה מקבלת את הטיפול התרופתי וההתערבותי שהומלץ ע"י רופא המשפחה והרופאים האחרים.

המלצות הוועדה

הוועדה ממליצה לשפר את העברת המידע הרפואי אודות מטופלים בין בית החולים הפסיכיאטרי לבין בית החולים הכללי, בעיקר במקרים של חולים המופנים פעם נוספת לחדר המיון.

כמו כן רצוי לשפר את שרות הייעוץ הפנימי לבית החולים הפסיכיאטרי על ידי יצירת קביעות בתפקיד היועץ, והקפדה על עדכון והעברת מידע בין היועצים השונים.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית אני מציע לאמץ את המלצות הוועדה לשיפור שיטת ההתייעצות הבין-מוסדית.

לקחים:

12 תיקי ועדות הבדיקה שהובאו לעיל מציפים את הבעיה הגדולה והבלתי פתורה של התאבדויות המהוות את הסיבה המובילה של פטירות חריגות בחולים הפסיכיאטרים. אין דרך להבטיח כי חולה נפש עם נטייה מוצהרת או מוסתרת של כוונות התאבדות לא יבצע את תכניתו. למרות זאת, עיון בחומר שלפנינו מאפשר הפקת כמה לקחים שאולי יאפשרו לזהות ביתר קלות את גורמי הסיכון ודרכים אפשריות לצמצום סיכויי ניסיונות ההתאבדות.

רק התאבדות אחת מתוך 8 התבצעה במסגרת אשפוז במוסד פסיכיאטרי, וכל השאר קרו בקהילה או במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים. במקרים רבים ההתאבדות בוצעה זמן קצר לאחר שהוחלט לא לאשפוז חולה שמסר על כוונות ההתאבדות לפסיכיאטר. עובדות אלו רומזות על כך שאשפוז פסיכיאטרי דחוף הוא אמצעי יעיל להגנה על חולים אלה. כפי שהודגש על ידי אחת מועדות הבדיקה (תיק מס' 8 בחלק זה), הכללים המקובלים של הוריה לאשפוז פסיכיאטרי כפוי אינם מכסים את הצרכים המיוחדים של החולים בסכנת התאבדות אשר לעתים אף אינם מוגדרים כחולים פסיכיאטרים. על רקע זה ראוי להתייחס בחיוב להמלצות הוועדה (תיק מס' 4) כי בחולים עם ניסיון אבדני בעבר השרויים במצב משברי, יש לקבוע מדיניות חדשה תוך התייעצות עם פורום מנהלי בתי החולים והנהלת האגף לבריאות הנפש.

פרק ה': תקלות במסגרות מעבר ארעיות (13)

1. כשל בהעברה בין מוסדית (3)

1.1 העברה למוסד שלא היה ערוך להתמודד עם הבעיות המטבוליות הייחודיות של החולה

קיצור תולדות האירוע

מדובר בנער בן 16 במועד פטירתו. בגיל 4.5 הוא אובחן כסובל מ-Diabetes insipidus ובהמשך התברר שהרקע הוא מחלה נדירה בשם Langerhans histiocytosis neurodegenerative. במהלך השנים חלה התדרדרות אטית בתפקודו שכללה ריור, קשיי בליעה, אטקסיה והרעה קוגניטיבית. על רקע קשיים בבליעה הוא התחיל לסבול מדלקות ריאה משאיפת הפרשות. עקב אירועים חמורים של הפסקת נשימה הוא נזקק להנשמה קבועה. בנוסף, מלבד ה-Diabetes insipidus, שגרם לאבדן מוגזם של נוזלים וסכנת התייבשות הדורשת מעקב וטיפול קפדני בהורמון דסמופרסין, הוא גם פיתח Cerebral salt wasting שדרש מתן כמויות גדולות של Hypertonic saline כדי להעלות את רמות המלחים בדם, טיפול שמטרתו הפוכה מזו של הטיפול בבעיית ה-Diabetes insipidus. כתוצאה ממצב מסובך זה וכדי להגן עליו משינויים קיצוניים ומסוכנים בהרכב המלחים בדם, הוא היה זקוק למעקב קפדני ומדויק אחר רמות המלחים בדם ובשתן.

לאחר אשפוז ממושך בבית חולים כללי, ומבלי שחל שיפור משמעותי במצבו, הועבר החולה להמשך טיפול במוסד סיעודי-שיקומי. לקראת ההעברה ביקרה רופאה בכירה מהמוסד בבית החולים הכללי במטרה לקבל מידע והדרכה, ולבצע חפיפה בתכניות הטיפוליות.

המהלך לאחר ההעברה למוסד, שהתבצעה לקראת סוף השבוע, התאפיין בקשיים גוברים במניעת מאזן נוזלים שלילי מחד, ומאידך קשיים באיזון רמות המלחים בדם. לאור קשיים חמורים בהשגת המאזן הנדרש ביקשו הרופא התורן והמשפחה להחזיר את הילד לבית החולים, אך בקשות אלו נענו בשלילה. בהמשך, הגיעו ערכי הנתרן בדם לרמות קיצוניות של 184 מאק/ל (תקין 136-145). ניתנה פקודה למתן נוזלים בקצב מוגבר אך הפקודה לא בוצעה במלואה. לקראת בוקר הילד נכנס למצב הלם, הועבר לבית החולים הכללי, אך למרות החייאת נוזלים וטיפול תומך מאמצי ההחייאה לא צלחו.

דיון

מחלתו של המנוח התאפיינה בצירוף של diabetes insipidus ו-cerebral salt wasting. הגורמים לשינויים קשים ומהירים בערכי הנתרן, והקושי היה ידוע כבר זמן קצר לפני העברתו. קשיים אלו מציבים בעיה קשה למעקב וטיפול בבי"ח הסיעודי. במקרה כזה יש צורך במעבדה פעילה ובדיקות חוזרות של נתרן בדם ובשתן כדי ששנעשה בבית חולים האם לקראת העברתו, אך לא צוינו בהנחיות ברורות מטעם בית החולים. חרף העובדה כי הרופאה הבכירה מבית החולים הסיעודי נפגשה כשבוע לקראת העברתו של המנוח עם הרופא המטפל עד אז וקיבלה מידע כולל על

מצבו, ספק אם הושם מספיק דגש על הפרעות אלקטרוליטאריות אלה וספק אם הרופאה העריכה נכונה את אפשרות המוסד שלה לתת מענה נכון לכשהמצב יסתבך.

יתר על כן, לא היה זה נכון להעביר את המנוח ביום חמישי אחה"צ כשב"ח הסיעודי יוצא מהשגרה של ימי חול ונכנס לתורנות וכוננות סוף השבוע, כשהמעבדה למעשה מושבתת. לאור שיקולים אלה ולאור קשיים אחרים כגון בדיקת דם שהעידה על זיהום פעיל חדש, נכון היה לעכב את ההעברה. אם כבר הוחלט על ההעברה, היה צורך במתן הנחיות פרטניות לביצוע בדיקות תכופות של נתרן בדם ובשתן.

הרופאה הבכירה שהייתה אחראית על הטיפול במנוח טעתה בכך שלא עקבה בדקדקנות אחר מאזן הנוזלים ולא העריכה שהמנוח נכנס למאזן נוזלים שלילי. הרופאה והצוות היו לכודים בקונצפט שהם חייבים להידבק להנחיות המקוריות מבית החולים הכללי, חרף העובדה שאותן הנחיות כבר לא התאימו למצב הרפואי החדש וזאת מבלי להפעיל לשיפוט הקליני עצמאי. יחד עם זאת, יש לזכור שהבעיות אותן הציג המנוח לא היו בחתך הרגיל של הסיבוכים המוכרים אצל אוכלוסיית החולים המאושפזים בבית החולים הסעודי.

ביום השלישי לאשפוז חשה הרופאה הבכירה כי היא איננה שולטת עוד במצב וביקשה להחזיר את המנוח לבית החולים הכללי. הן הרופאה והן הרופא התורן והורי הילד טענו לפני הוועדה כי אכן הופנתה בקשה כזאת לרופאי בית החולים הכללי אך הם נענו בשלילה. לדעת הוועדה היה על ביה"ח הכללי לקבל חזרה את המטופל לטיפול בשלב זה, דבר שיתכן והיה מציל את חייו.

מסקנות הוועדה

הוועדה בדעה שלא היה זה נכון להעביר חולה כל כך מסובך לבי"ח שיקומי/סיעודי בשעות אחה"צ של היום החמישי בשבוע. יתר על כן, חברי הוועדה הביעו ספק האם חולה שאיננו מאוזן מבחינה הורמונלית ומראה שינויים קשים ומהירים ברמות הנתרן בדם, היה מתאים מלכתחילה לטיפול בביה"ח שיקומי.

מסקנות הנציב

הפרשה חושפת כשל בחלוקת אחריות על חולה בלתי יציב שהטיפול בו דורש גיבוי קליני ומעבדתי מתוחכם. המוסד השולח לא וידא כי במוסד הקולט קיימת המיומנות והגיבוי המעבדתי הדרוש לשם התמודדות עם מצב מטבולי מסובך המשתנה מרגע לרגע.

העובדה שפניית המשפחה ושל רופאי בית החולים הסיעודי להחזרת החולה לבית החולים הכללי בשלב שבו כבר היה ברור כי ההעברה למוסד הייתה החלטה שגויה לא נענתה, מהווה אחת הנקודות הכאובות בפרשה אשר חייבו בירור נוסף וגיבוש מדיניות שתמנע סיטואציות דומות בעתיד.

למטרה זו נערכה שיחה הבהרה עם מנהלי שני בתי החולים.

מסקנות שיחות ההבהרה

מנהלי שני המוסדות מודעים לעובדה שביצוע ההעברה של החולה ביום חמישי לשבוע היה שגוי. בנוסף לכך, החזרת החולה לבית החולים הכללי הייתה מותנית בהקצאת מיטה ביחידת טיפול נמרץ ופעולה כזאת דרשה התארגנות ברמת הנהלת בית החולים. לא הייתה פניה להנהלה בעניין זה.

כדי למנוע הישנות מקרים דומים הגיעו מנהלי שני בתי החולים להחלטה משותפת כי:

א. בכל מקרה בו מתעורר קושי בהחזרת חולה מבית החולים הסיעודי לבית החולים הכללי יועבר הנושא לטיפולו של מנהל בית חולים הסיעודי והנושא יוסדר באופן ישיר בין מנהלי שני המוסדות.

ב. להימנע עד כמה שאפשר מהעברת חולים מבית החולים הכללי לבית החולים הסיעודי החל מיום חמישי בצהריים ועד תחילת השבוע הבא.

יש לציין כי הנחיות אלו גובשו על ידי שני המנהלים ביוזמתם ועוד בטרם נערכו איתם שיחות ההבהרה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בן 51 אשר הגיע למיון בית חולים כללי בשעה 11.37 במצב של סטופור, אי שוויון אישונים, סטיית מבט וחולשת פלג גוף ימין. נצפה פרכוס שחייב הנשמה ומתן חומרי סדאציה. בדיקת CT מוח העלתה סימני אוטם בפונס. בדיקה נוספת של CT אנגיו העלתה חסימת העורק הוורטבראלי השמאלי. הצוות המטפל החליט כי הטיפול המיטבי במקרה זה הוא ניסיון לפתיחת החסימה על ידי צנתור. תוך התייעצות עם המומחים מבית חולים אחר הוחלט על העברה דחופה לשם טיפול.

למרות שהחלטה על העברה נתקבלה בשעה 13.30 החולה יצא לדרך רק בשעה 16.19, דהיינו באיחור של שעתיים ו-49 דקות. בהמשך בוצע הטיפול המתוכנן אך הנזק המוחי היה כבר בלתי הפיך והחולה נפטר.

סיכום ומסקנות הוועדה

1. הבירור והטיפול הראשוני בחדר המיון בבית החולים הראשון ארכו שעתיים ו-43 דקות. ניצול הזמן בפרק זמן זה היה סביר ביותר, זאת ביחוד בהתחשב בעובדה כי מדובר בשנת 2006.
 2. הצוות הרפואי היה מודע לחשיבות היעילות והמהירות של הבירור והטיפול הראשוני.
 3. האפשרות של טיפול טרומבוליטי תוך ורידי ב-TPA נלקחה בחשבון אך מלכתחילה היו מספר הוראות נגד שכללו פרכוסים ורמת NHSS (דירוג חומרת הנזק המוחי) גבוהה.
 4. הצוות תיפקד ברמה שהייתה גבוהה מהצפוי על פי המצב ב-2006, בכך שביצע את הבדיקות הדרושות לזיהוי חסימה עורקית והפנה לטיפול תוך-עורקי במוסד אחר.
- ועדת הבדיקה נמנעה מלהתייחס לסוגייה של ניצול הזמן לצורך ארגון וביצוע ההעברה החל מהשעה 14.30.

המלצות הנציב

אני מאמץ את מסקנות הוועדה כי רמת התפקוד של הצוות המטפל מרגע הגיע החולה למיון בית חולים ועד להחלטה על העברתו לבית חולים אחר הייתה ברמה סבירה ואף מעבר לכך.

בהתייעצות עם המנכ"ל הוחלט שיש להשלים את עבודת הוועדה על ידי בדיקה נוספת שתתייחס לאספקטים המנהלתיים של ההעברה לבית החולים האחר. לשם כך נערכה שיחת הבהרה עם מנהל המחוז של מד"א באותה עת ועם נהג האמבולנס שביצע את ההעברה. כמו כן נערכה רוויזיה של כל המסמכים הנוגעים להעברה והמאפשרים תיעוד מדויק של עיתוי השלבים השונים של ארגון ההעברה.

בעקבות הבירור הנוסף באמצעות שיחת הבהרה והרוויזיה של החומר הדוקומנטארי מצאנו כי התמשכות הפינוי התחלקה באופן כמעט שווה בין בית החולים לבין מד"א. למרבית הצער, ככל

הנראה הימשכות ההתארגנות במקרה לא הייתה תוצאה של התנהלות חריגה אלא שיקפה את "הסטנדרטים המקובלים" בארגון להעברת חולה באותו הזמן.

הניסיון שנצבר בתחום הטיפול הטרומבוליטי באירוע קורונארי חריף מוכיח כי אפשר לשפר את תוצאות הטיפול על ידי התארגנות יעילה העוקפת את כל המכשולים האדמיניסטרטיביים המקובלים ולקצר עד למינימום את המרחק בין מועד האירוע למועד תחילת הטיפול.

הומלץ לגבש מדיניות ברמה הארצית שתקצר עד למינימום את העיקובים במתן טיפול טרומבוליטי בחולי אירוע מוחי חריף.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בתינוק בן 4 חודשים שהגיע למיון בית חולים כללי עם חום גבוה, שיעול, וקוצר נשימה שהחלו יום קודם. בבדיקה נמצא מתנשם ונאנח עם עור אפרפר דמוי שיש וקרפיטאציות מעל הריאות. הטיפול הראשוני היה מהיר והולם את מצבו וכלל אנטיביוטיקה, סטרואידים, אינהלציה, חמצן, והרצת נוזלים. כעבור כשעתיים וחצי נמצאה התדרדרות במצב עם חמצת מטאבולית קשה. לאור זאת הוחלט בהמשך על העברה ליחידת טיפול נמרץ ילדים בבית חולים על השכן. נערכה התייעצות עם המרדים התורן האם לבצע אינטובאציה והנשמה טרם ההעברה, אך הוחלט שלא מאחר ובדיקת הגזים לא הצביעה על כשל נשימתי, ולאור העדר תשתית של טיפול נמרץ ילדים בבית החולים הראשון, הוחלט להעדיף במקום אינטובאציה, לבצע את ההעברה באופן מיידי. ההעברה בוצעה על ידי צוות נט"ן בלווי תורנית מצוות מיון ילדים ונמשכה 12 דקות. בהגיע התינוק למלר"ד בית חולים העל לחץ הדם היה ירוד, סטוראציה 75%, דופק 212. עם הגעתו נצפתה התדרדרות נוספת. הוזעקו כל תורני הבניין והוחל בהחייאה שנמשכה 40 דקות אך ללא הצלחה.

מסקנות הוועדה

1. לדעת הוועדה למרות טיפול ראשוני מהיר והולם, חלה התדרדרות מהירה ובלתי צפויה. לא ניתן לקבוע בביטחון את סיבת המוות, אך קרוב לוודאי מדובר בזיהום ויראלי עם זיהום חיידקי משני ומשבר מטאבולי חריף.
2. במהלך שהותו במיון בבית החולים הראשון לא בוצע ניטור הולם, ולא זוהתה בזמן ההחמרה במצב הילד. גם כשהחמרה זוהתה לא היה מעקב מספיק להערכת התגובה לטיפול.
3. ההחלטה להעבירו לבית חולים אחר עם יחידה לטיפול נמרץ הייתה נכונה אך מאוחרת. המידע שנמסר לבית חולים העל בטרם ההעברה לא העיד על מודעות לחומרת המצב ובחירת הרופאה המלווה, עדיף שהייתה של בעלת ניסיון בהחייאת ילדים.
4. בהגיעו לבית החולים השני היה התינוק במצב קריטי וסיכויי ההצלחה בהחייאה היו נמוכים מלכתחילה.

לסיכום: הוועדה מצאה ליקויים בתשתית, בביצוע ניטור הולם, באיוש בעלי התפקידים ובתהליך קבלת ההחלטות. אך למרות זאת, הוועדה סבורה שלא ניתן לומר שהתוצאות היו שונות אלמלא התקיימו הליקויים הללו.

המלצות הוועדה

הוועדה הביעה את דאגתה מהעובדה שבית החולים הראשון הוא מהבודדים בארץ שנותרו ללא יכולת להעניק טיפול נמרץ לילדים. עד להקמת יחידה ייעודית כזאת, המליצה הוועדה על שורה של צעדים קונקרטיים להכשרת כוח אדם וסידורים טכניים מתאימים. כמו כן הצביעה הוועדה על

הצורך להטמיע בקרב אנשי הצוות את הנוהג של תיעוד רציף ומדויק של המהלך במטופלים בלתי יציבים השוהים במיון ילדים.

המלצות הנציב

אני ממליץ לאמץ את ההמלצות המערכתיות של הוועדה כלשונן. כמו כן אני מציע לבקש את תגובת הנהלת בית החולים ושל הנהלת הקופה להערות הוועדה ולבקש פירוט הצעדים המערכתיים שכבר ננקטו או שיינקטו בעקבות הערות הוועדה. ראוי שתשובות בית החולים ושל הנהלת הקופה תועברנה לעיון ראש אגף רפואה כללית.

2. אירועים במכון הדמיה (3)

2.1 מוות כסיבון של בדיקת CT

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 49 ללא מחלות רקע פרט לעישון כבד. אושפזה בבית חולים כללי בגלל כאבי בטן תחתונה, בחילה והקאה. באבחנה של זיהום דרכי שתן הוחל בטיפול אנטיביוטי. לאחר העברה למחלקה פנימית היא התהלכה באופן חופשי. ביום השלישי לאשפוז בוצעו כמה בדיקות הדמיה כולל CT בטן ללא חומר ניגוד שהדגים אבן קטנה בכליה, US בטן שהתאים למחלה בדרכי המרה והוזמן CT חזה עם חומר ניגוד בחשד לתסחיף ריאתי.

לפני ה-CT חזה בוצע תשאול החולה לרגישות לiodine, אסטמה וגורמי סיכום אחרים, והחולה ענתה בשלילה וחתמה על הטפס כנדרש. הוזרק חומר ניגוד אומניפק 300 בכמות של 100 סמק. בעקבות ההזרקה הופיע אי שקט בולט. הדופק עלה ל-140-150. ניתנו חמצן וסטרואידים. הוזעקו רופאי המחלקה והמיון. בגלל אי השקט לא היה ניתן לבדוק לחץ דם. הסטורציה הייתה 95%. אין בגיליון תיאור בדיקה פיזיקאלית.

רופא בכיר ומתמחה מהמחלקה הפנימית ליוו את החולה בחזרה למחלקה הפנימית. ניתנה הוראה לנוזלים וואליום. הם יידעו את התורן על האירוע אך לא ניתנו הוראות טיפול נוספות. האחיות ביזמתן העבירו את החולה לחדר טיפול מוגבר, אך עם ההעברה החולה קרסה, הייתה ללא דופק וללא נשימה. רופאי טיפול נמרץ, מרדים ורופאים רבים אחרים נקראו לעזרה, אך מאמצי ההחייאה לא צלחו.

דיון

באשר לסיבת המוות, לדעת חברי הוועדה לא מדובר בתגובה אנאפילקטית אלא בדום לב משנית להזרקת חומר הניגוד – תופעה נדירה ביותר. לתגובה הקשה לתרופה התווספו גם מחלת ריאות כרונית תת קלינית וגודש ריאתי.

רופאי המחלקה הפנימית לא העריכו את חומרת המצב בעת החלטתם להחזיר את החולה למחלקה הפנימית ללא השגחה מיוחדת.

כתוצאה מהערכה שגויה זאת, לא הושלמו פעולות הנדרשות לניתור צמוד כפי שהתחייב ממצב החולה, כולל בדיקת גזים בדם, א.ק.ג. ופתיחת קו עורקי.

הצוות הרפואי לא שקל את משמעות התופעות שהוצגו לפניו, ונהג במקרה מורכב זה בצורה תת מיטבית: מידע חיוני בהתייחס לאירוע לא הועבר לתורן. הרשומה הרפואית לא התנהלה כנדרש. לא היה רישום בגיליון על ידי הרופאים לאחר ההתדרדרות החמורה במצבה במכון הדימות, ולא נרשם הטיפול שקיבלה בשל התדרדרות זאת.

למרות שהוועדה מסופקת באם תוצאות האירוע היו נמנעות לו איכות ההשגחה על החולה הייתה טובה יותר, היא קובעת שהתנהלות הצוות הרפואי מרגע שהוזעק לטפל בחולה במכון הדימות ועד לפטירתה הייתה לקויה, וקוראת ללימוד לקחי האירוע ויישומם בהקדם.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר ביולדת בת 33 בהריונה הראשון עם תאומים אשר אושפזה בבית חולים כללי בשבוע 33 להריונה בגלל חשד לרעלת הריון שהתבטאה בעליית לחץ דם, חלבון בשתן ועליה באנזימי הכבד. בהמשך הוגדרה כרעלת הריון קשה והתחילה טיפול במגנזיום. ביום השלישי לאשפוז בשעת הצהריים ילדה בניתוח קיסרי. למחרת הועברה להמשך טיפול במחלקת יולדות. ביום השישי נמצאה אנמיה של 7.7 (כנראה חסר ברזל) לאוקוציטוזיס 15.000 ועליה באנזימי כבד: GOT 68 GPT 40. ביום השביעי בשעה 3.53 נצפתה החמרה דרמטית במצבה עם קוצר נשימה וכחלון, רווי חמצן 70, דופק 140 ולחץ דם 216/130. הוזעקו שני מרדמים – תורן ובכיר ודווה לכוון ומנהל המחלקה אשר הגיעו למחלקה. המרדמים מצאו חולה מחוסרת הכרה ובצעו אינטובציה, הרדמה וטיפול דחוף בלחץ דם קיצוני שהגיע עד 300/170. החולה הועברה לביצוע CT ראש וחזה, דווח כי מצבה היה יציב והוחזרה/הועברה ליחידה לטיפול נמרץ נשימתי. בהגיע החולה לטיפול נמרץ נמצא דום לב, עברה החייאה ולאחר כחמש דקות חזר לה הדופק והאישונים שהיו מורחבים חזרו לגודל תקין. המשך האשפוז בטיפול נמרץ התאפיין באפיזודות של חום, ונוקקה לפיוס קנה. CT מוח שבוע אחרי דום הלב הראה בצקת קלה בלבד של המוח. בעת שחרורה כעבור חודש להמשך שיקום נוירולוגי במוסד שיקומי היא עדיין לא דיברה אך הייתה מסוגלת לבצע פקודות פשוטות.

הערות הוועדה

מיום הקבלה ובמשך השבוע הראשון לאשפוז התקיים מעקב צמוד אחרי מצב היולדת שהיה ספיר באופן כללי. אולם, ביום השישי נצפתה הפרעה בתפקודי הכבד שהייתה יכולה לבשר משבר מתקרב. לא נמצא ברשומות סימן לכך שנערך דיון בנושא זה בין הרופא הזוטר לבכיר.

הסיבות האפשריות לאירוע: לדעת הוועדה התרחיש הסביר ביותר לאירוע הוא החמרה בפרה-אקלמפסיה עם עליה קיצונית בלחץ הדם שגרמה לכשל לבבי-ריאתי.

הטיפול באירוע החרף: תגובת הצוות הייתה מיידית ונכונה – אינטובציה וטיפול יעיל להורדת לחץ הדם אשר הגיע לערכים קיצוניים של 300/170.

הצורך בהדמיה ואופן ההשגחה על החולה: מטרת ההדמיה הייתה לשלול תסחיף ריאתי או דימום תוך גולגולתי שמשמעותם הן דבר והיפוכו בהחלטות הטיפוליות. לחולה לא היה קו ארטריאלי ולכן לא התאפשר ניטור לחץ דם בעת ההעברה ל-CT. כמו כן הערכת המרדמים המלווים לגבי כמות החמצן בבלון לא לקחה בחשבון את העובדה של הגעת מלאי החמצן לקו האדום. לאור תנאי המעקב הלקויים בעת ביצוע צילום ה-CT סבורים חברי הוועדה כי נכון היה להעביר את החולה לטיפול נמרץ לפני העברתה לצילום ה-CT.

סיבת דום הלב: הוועדה לא יכלה לקבוע אם דום הלב ארע לפני או אחרי העברתה מהאלונקה למיטת ה-ICU. כמו כן לא ניתן לקבוע אם הסיבה לדום הלב הייתה אוורור לא מספיק על ידי

מכשיר הפראפאק, חסר חמצון בזמן פעולת ההעברה מהאלונקה למיטה, או בגלל אירוע חוזר של כשל לבבי משנית לרעלת הריון קשה. תגובת הצוות לאירוע הייתה מיידית ויעילה.

מסקנות הוועדה

1. ביום האירוע הייתה החמרה בתפקודי הכבד שמשמעותה רעלת הריון קשה. לא מתועד בגיליון שממצא זה הועלה לדיון עם רופא בכיר. מאידך הסטורציה ולחצי הדם באותו מועד לא העידו על החמרה או סיכון של קריסה לבבית ריאתית קרובה.
2. בשל ההתאוששות של החולה למצב של הכרה חלקית זמן קצר לאחר ההחייאה נראה שמשך חוסר אספקת החמצן למוח היה קצר ושהקריסה התרחשה בתוך יחידת הטיפול נמרץ הנשימתי.
3. זוהו מספר בעיות הקשורות לציוד הניטור וההנשמה:
 - א. חסר התאמת המנשם הנייד לחיבור לחמצן בחדר CT גרם לאילוף של השענות על בלון חמצן נייד אשר הגיע קרוב להתרוקנות מלאה עד למועד ההגעה ל-ICU.
 - ב. מכונת ההנשמה הניידת שהשתמשו בה באותו יום דווחה בספרות כקשורה לתקלות הפעלה.
 - ג. היה ראוי לוודא ניטור לחץ דם רציף בטרם ההעברה לביצוע CT. דבר זה היה מתאפשר אילו הועברה החולה קודם ל-ICU ורק לאחר מכן, לאחר ייצוב והשלמת אמצעי ניטור נחוצים, לבצע את ה-CT.
 - ד. היה מקום להחליף את בלון החמצן בטרם היציאה מה-CT ל-ICU.
4. למרות שקיימות כמה גרסאות לגבי מהלך האירועים מרגע כניסת החולה ל-ICU, סבורה הוועדה שלאור ההתאוששות המהירה לאחר ההחייאה, אירוע דום הלב קרה בתוך יחידת טיפול נמרץ ולא לפני כניסתה ליחידה.

המלצות

לוועדה היו מספר המלצות הקשורות לחובת קיום ניטור רציף לחץ הדם ושימוש במנשמים משופרים המותאמים לחיבור גם בחדר CT.

לדעת הוועדה, מסירת המידע למשפחה לא הייתה מיטבית ויצרה רושם בעיני המשפחה של ניסיון לטיוח. למרות זאת, הרשומות הרפואיות במחלקת יולדות מעידות על התנהלות הולמת של הצוות בתחום זה.

הדיווח על אירוע חריג נעשה באיחור רב ושלא בהתאם לנהלים.

הוועדה מתחה ביקורת קשה על איכות הרשומה הרפואית והסיעודית בכל הנוגע למצב החולה בהגיעה ליחידה לטיפול נמרץ.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית, מתעוררת סוגיה חשובה הנוגעת לנוהג הנפוץ של ביצוע CT בחולים הנמצאים בתהליך העברה ממחלקה רגילה למחלקת טיפול נמרץ עקב התדרדרות פתאומית במצבם. בחולים אלה קיימת חשיבות גדולה להבטחת שמירה קפדנית על החולה בעת שהותו במכון ההדמיה. אני מציע לפנות להנהלת בית החולים לקבלת מידע על הלקחים שהופקו מהפרשה הנוכחית ובהמשך, לבקש את עמדת איגוד המרדימים באותו נושא. יתכן שתנאי שמירה נאותים מחייבים את העברת החולה ליחידת טיפול נמרץ (לשם ייצובו, הכנסת קו ארטריאלי וכו') בטרם העברתו למכון ההדמיה.

2.3 פטירה עקב לחץ על חוט השדרה בעקבות הרס חוליות צוואריות

תמצית הסיפור הקליני

בן 51, חולה אסטמה שהיה מטופל במשאפי סטרואידים. חודש וחצי לפני פטירתו ארעה חבלה מינורית לבית החזה וכתף ימין בעת נפילה מכיסא. הוא פנה מספר פעמים לרופא המשפחה בגלל כאבים כולל כאבי צוואר והופנה על ידו לסדרת צילומים, שגילו היצרות דיסקים ב- 3C – 5C והופנה גם לייעוץ אורתופדי. עקב החמרה חריפה במצבו הפנה רופא המשפחה את החולה לחדר המיון בעודו מתהלך. להלן לוח הזמנים של האירועים במיון:

13.58 הגעה למיון אורתופדי.

16.00 בדיקה על ידי עוזר רופא סטודנט והפניה לצילומי ע. שדרה. הצילום בוצע בשעה 18.30 פיענוח בדיעבד: קיפוזיס חדה ב- 4C והרס לוחיות קדמיות 3-5C.

20.00 התייעצות עם רופא פנימי בגלל קוצר נשימה – ללא המלצות.

23.00 הגעת תורן מלר"ד אשר עודכן על ידי הקודם על תוצאות הצילומים.

03.00 תורן המלר"ד בודק את החולה לראשונה, מזמין יעוץ נוירולוגי ומתייעץ עם האחראי על התורנות, אשר הורה לבצע CT אבל לא בדק את החולה.

4.10 בדיקת יועץ תורן נוירולוג אשר מאשר קוודריפארזיס (שיתוק 4 הגפיים) ומאשר את הצורך בביצוע CT.

08.18 ביצוע ה-CT.

9.50 דום נשימה במתחם ה-CT.

10.20 נקבע המוות לאחר החייאה שלא צלחה.

דיון

1. נסיבות העבודה במלר"ד: היה עומס ללא תקדים עקב הגעת נפגעים רבים מתקרית בטחונית, לא רק בגלל הבעיות הרפואיות אלא בגלל התנהגות עוינת של חלק מהמטופלים. אחרי הצהריים רוב הפצועים כבר טופלו אך האורתופדים עדיין היו בחדרי הניתוח.

2. התנהלות רופא המשפחה הייתה ללא דופי.

3. הצוות הרפואי כשל בהבנת דחיפות המצב, פיגר בהפנמת העובדה שהחולה הולך ומשתתק ולא הבין שבהערכה ובטיפול מידיים היה סיכוי להפסיק את ההתדרדרות הנוירולוגית ואולי אף למנוע את מותו. לא ננקטו צעדים מיוחדים לשמירה על חולה מורכב זה כולל

שקילת הצורך בהעברה לטיפול נמרץ, אינטובציה בטרם הפסקת נשימה, ליווי רפואי בעת העברה ממיטה למיטה והשגחה בעת ביצוע ה-CT.

4. התנהלות המחלקה לרפואה דחופה: בהעדר האורתופדים, האחריות על החולים הייתה של רופא תחומי (עולה חדש) שלא מהצוות הרגיל של המלר"ד. המיון האורתופדי התנהל כאזור אוטונומי, אך בהעדר האורתופדים החולה נפל בין הכיסאות. במיון האורתופדי לא התקיימה העברת משמרת מסודרת. לא היה נוהל לחזרה לשגרה לאחר אירוע חרום. לא היה מנהל מקרה. לא הייתה השגחה על החולה לפני ולאחר השלמת בדיקת ה-CT.

מסקנות

1. סיבת המוות הייתה לחץ על חוט השדרה הצווארי. אין ודאות לגבי טיב התהליך ההרסני בהעדר נתיחה שלאחר המוות.
2. התנהלות רופא המשפחה הייתה ללא דופי.
3. נמצאו ליקויים בהתנהלות המיון האורתופדי: בהעדר האורתופדים שהיו עסוקים בניתוחים לא נותר מומחה בכיר סמכותי במיון, לא היה תיאום בין מנהל המחלקה האורתופדית למנהל חדר המיון לשם הסדרת הטיפול במקרים האורתופדים, לא בוצעה חזרה לשגרה, לא בוצעה העברת משמרת מסודרת.
4. במשך שעות רבות החולה היה בהשגחת סטודנט עוזר רופא שמעמדו לא הוסדר ולכן המנוח לא זכה להתייחסות רפואית הולמת.
5. העדר מינוי מנהל מקרה תרם לחסר ההבנה של דחיפות המצב.
6. הצוות הרפואי של משמרת הלילה כשל בהבנת המהלך הפרוגרסיבי של המחלה ובצורך בטיפול מיידי, כאשר ייתכן שעדיין היה סיכוי לעצור את ההתדרדרות ולמנוע את מות החולה.
7. העיכוב בביצוע ה-CT והעיכוב בהחזרתו לאחר ביצוע הבדיקה והעדר ליווי בעת שליחתו לבדיקה תרמו לתוצאה הטראגית.

המלצות הנציב

המלצות מערכתיות:

בעקבות המלצות ועדת הבדיקה קיבלנו מסמך מהמערך לניהול סיכונים של בית החולים המפרט את הצעדים שנקטו על ידי הנהלת בית החולים בעקבות הניסיון שנרכש באירוע הנדון. היה רצוי להעביר מסמך זה לעיון חוזר של מינהל רפואה כדי לבדוק באיזו מידה יושמו השינויים המובטחים.

3. תקלות בחדר מיון (2)

3.1 מוות מאלח דם – הטיפול היה מעט מדי, מאוחר מדי

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 63 מושתל כליה וחולה סכרת. הוא סבל מזיהום בדרכי השתן עם התדרדרות קלינית במשך שהות של כ-7 שעות במלר"ד. בהגיעו למחלקה הפנימית הוא נמצא בחמצת מטאבולית קשה והיפוקסיה, פיתח דום לב ונפטר. במיון בין השעות 16.30 ו-19.30 לא נלקחו לו סימנים חיוניים, לא נבדק על ידי רופא למרות פניות חוזרות של אשתו אשר הזדהתה כרופאה והתריעה על החמרת המצב ולא ניתן לו טיפול תרופתי אותו הוא היה אמור לקבל דרך קבע. יועץ נפרולוגי שראה את החולה זיהה אצלו מצב ספטי ולאחר התייעצות עם מומחה למחלות זיהומיות הורה להחליף את הטיפול האנטיביוטי, אך הדבר לא התבצע עקב הציפיה להעברתו הקרובה למחלקה הפנימית.

בעת העברת המחלקה נמסר לרופא הבכיר שמדובר בחולה עם זיהום דרכי השתן, שכבר היה מטופל ברוצפין. היתה לו ספירה לבנה של 20.000 וצילום חזה תקין. הוא התייעץ ביוזמתו עם נפרולוג כי החולה היה מושתל כליה ורצה לדון בשאלה אם לא עדיף לאשפזו במחלקה הנפרולוגית. הוחלט שהוא יאושפז בפנימית וגם בוצעה התייעצות עם זיהומולוג. הוא לא היה מודע בשום שלב להתדרדרות הדרמטית במצב החולה.

התורנות החלה מהשעה 16.00. אשת החולה פנתה לתורן בין השעות 18.30 עד 19.00 מספר פעמים. ב-19.00 מסרה לו על צמרמורת וקוצר נשימה. הוא ידע על ההמלצה של הזיהומולוג להתחיל ציטרופלוקסצין אך לא כתב פקודה. הוא לא ניגש לחולה למרות מספר פניות של אשת החולה, שהייתה מודאגת וכאשר כן ניגש הוא לא ייחס חשיבות לקוצר הנשימה ולא נקט בשום פעולה. בעת העברת החולה למחלקה הוא לא חשב שיש צורך בליווי רפואי. הוא לא רשם בגיליון שום דבר.

סיכום והמלצות הנציב

על פי הנתונים שבידנו חל מפנה ברור לרעה במצב החולה בשעה שקדמה להעברתו מהמיון למחלקה. בשעה זו הרופא התורן והאח ידעו על החמרת מצב החולה. במשך מרבית השעה הזו הוא לא בדק את החולה, לא נתן את דעתו לסיבות הסבירות להחמרה במצב ולא נקט בשום אמצעים טיפוליים. החולה נפטר בתמונה של אלח דם בלתי נשלט. אין ביטחון שפעולה כלשהיא בשעה קריטית זאת הייתה משנה את התוצאות הסופיות, אולם העדר התייחסות נאותה של הרופא התורן לבעיות שהתעוררו והעדר רישום כלשהוא, המתעד את הערכת המצב שלו ותכניתו הטיפולית, אינם עומדים בסטנדרטים המקובלים של טיפול רפואי אחראי.

תמצית תולדות האירוע

מדובר בילד בן 15 ללא מחלות רקע למעט חרדות וטיפול בפרזימה. התקבל למיון בית חולים כללי בשעה 2.38 עם קושי בבליעה, תחושת נפיחות בגרון, קושי בנשימה וצרדות, ללא חום. נבדק על ידי תורן ילדים שמצא לחץ דם גבוה 156/96, דופק מהיר 132 ואודם בלוע. שוחח טלפונית עם תורן א.א.ג. לשם התייעצות ובקשת בדיקה. בהתאם לבקשת א.א.ג. שלח את החולה לצילום צוואר בדרכו לבדיקת א.א.ג. ורשם: נא בדיקתך וביצוע סיב אופטי בשאלת גורם חסימתי בדרכי האוויר.

בשעה 3.45 פוענח צילום הצוואר והתשובה נרשמה במחשב – אפיגלוטיס מאד מעובה, אך תורנית הרנטגן לא יצרה קשר טלפוני עם רופא הילדים כדי להפנות את תשומת ליבו לממצא חריג מאד. בשעה 3.49 נבדק הילד על ידי תורן א.א.ג. שקבע שמדובר בפרניגיטיס וירלית. ממליץ על טיפול באינהלאציה ומחזיר את הילד למיון ילדים. אין עדות להתייחסות שלו לממצא הרנטגני החריג.

ב-4.24 משוחרר הילד לביתו עם אבחנה של ACUTE PHARYNGITIS. לוועדה אין הסבר מדוע אין התייחסות לממצא הרנטגני על ידי רופא הילדים שהזמין את צילום הצוואר ועל ידי תורן א.א.ג. שביקש את הראשון להזמין צילום זה לקראת בדיקתו.

כשעתיים אחרי הגיעו הביתה התמוטט הילד. בוצע ניסיון הנשמה על ידי אביו ובהמשך צוות נט"ן אשר ביצע אינטובאציה קשה בגלל הנפיחות המקומית. בשעה 8.09 אושפז בטיפול נמרץ מונשם ומורדם אך למרות הטיפול האינטנסיבי נקבע נזק בלתי הפיך של המוח וכעבור 12 ימים ארע דום לב.

מסקנות הוועדה

1. התלונות של קושי בבליעה, קושי בנשימה, נפיחות בגרון ושינוי בקול החלו והחמירו תוך 3 שעות.
2. החולה נבדק על ידי תורני ילדים, רנטגן וא.א.ג. תשובת הרנטגן החריגה נכתבה תוך זמן קצר לאחר ביצוע הצילום.
3. הטעות בזיהוי הבעיה הקלינית ארעה למרות שהממצאים היו מונחים לפני הרופאים, עקב שיטות עבודה ותהליך קבלת החלטות בלתי תקינים. כתוצאה מכך שוחרר החולה לביתו במצב מסוכן ותוך שעותיים משחרורו ארע הסיבוכ הקטלני.
4. הוועדה התרשמה כי במיון אין GUIDELINES בכתב למצבים חריגים כגון הגישה לחולה עם חשד לאפיגלוטיטיס.
5. החשיבה הקלינית של רופא הילדים שראה ראשון את הילד הייתה נכונה, ולא ברור למה בהמשך הוא לא נקט בצעדי זהירות כגון לוו רפואי צמוד והכנת ציוד מתאים להנשמה מהירה.
6. תורן הא.א.ג. בדק את החולה בצורה שטחית, התעלם מהתוצאה המדאיגה של צילום הצוואר שהוא בעצמו הזמין, ושחרר את החולה עם המלצה לטיפול ומעקב שלא התאימו לחומרת מצבו.

7. לדעת הוועדה ראוי היה שתורנית הרנטגן תתקשר לרופא הילדים ותיידע אותו על הממצא בצילום.

סיכום הוועדה

1. יש צורך בקיום נהלים קליניים כתובים וברורים למצבים רפואיים חריגים. עם זיהוי מצב חריג כזה (במקרה הנדון אפיגלוטיטיס) יש ליידע את כל בעלי העניין באותו נושא ולוודא שההודעה נקלטה. יש להתייחס לממצא רדיולוגי חריג באותו אופן כמו לערכי פאניקה מעבדתיים.

2. יש להקפיד על נהלים ברורים ומחייבים של תיעוד וחתימה ברשומה הרפואית.

3. יש להטמיע את הנוהל של מנהל מקרה דהיינו קבלת אחריות על ידי הרופא המסוים על כל מרכיבי הטיפול ומתן ההמלצות בו זמנית.

המלצות נציב הקבילות

ההמלצות המערכתיות של הוועדה ראויות לעיון מעמיק מצד הנהלת בית החולים, ובהמשך לתהליך הפקת לקחים של מינהל רפואה. מהלך האירועים הטראגי ממחיש שוב את הכשל בהעברת מידע כגורם המוביל לתאונות טיפוליות.

4. אירועים בקהילה (5)

4.1 סיבוכ נדיר של מחלה שכיחה – גבולות האחריות של רופא המשפחה

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בצעיר בן 23 ללא מחלות רקע ידועות, אשר שוחרר מצ.ה.ל כחודש לפני האירוע. הוא פנה לראשונה לרופא משפחה לאחר שבוע של מחלת חום ב- 13.7 בתלונות של שלשול, כאבי בטן ושיעול יבש וקיבל נוזלים בהזלפה. פנה שוב למחרת ה- 14.7 בגלל העדר שיפור וחולשה עד להרגשת עילפון, הזעה, שיעול ועקצוץ בידיים. הוא הופנה למלר"ד בבית חולים כללי. בבדיקות העזר במלר"ד נמצאה עליה במספר הלימפוציטים ועליה באנזימי הכבד. לאחר השהייה של יממה נבדק על ידי רופא בכיר אשר מצא הגדלת טחול. הוא שוחרר לביתו ב- 15.7 עם המלצה למנוחה והמשך מעקב בקהילה באבחנה משוערת של מונונוקלאוזיס. אבחנה זו נתמכה בדיעבד על ידי הדגמת נוגדני IGM-CMV בבדיקות הדם. ב- 16.7 התקשר אליו רופא המשפחה ביוזמתו והתעניין בשלומו. כעבור עוד יומיים, ב- 18.7 הגיעה אם החולה למרפאה, דווחה למנהל המרפאה על מצב הבן ותיארה עייפות וחולשה וקושי להירדם. לא הייתה הפנייה נוספת למלר"ד. באותו לילה בין ה- 18 ל- 19.7 נמצא הבן במיטתו ללא רוח חיים.

בוצעה נתיחה אשר גילתה קרומי מוח מעובים וגדושים המכילים תאים מונונוקלארים ודלקתיים. בנוזל השדרה נמצאה עליה בחלבון ובמספר התאים הלבנים. מכלול ממצאים אלה פורש על ידי הפתולוגית כמתאימים לדלקת נגיפית זיהומית של קרומי המוח כסיבוכ של מחלת הנשיקה.

דיון

הוועדה בחרה למקד את הדיון במספר נקודות מרכזיות:

1. מהות המחלה:

מכלול הממצאים כולל התמונה הקלינית, הסרולוגיה וממצאי הנתיחה מתאימים לאבחנה של acute cytomegalovirus infection. דלקת קרומי המוח כסיבוכ של מחלה זאת נדירה מאוד ובסדרה גדולה לא תוארה אף פטירה מסיבוכ זה. הסיבוכ הטרגי שנצפה אצל החולה היה נדיר ביותר.

2. האם הטיפול בחולה היה על פי סטנדרטים מקובלים:

הוועדה התייחסה בפירוט רב לשאלה האם ניתן היה לזהות סימנים המצביעים על דלקת קרום המוח והאם על פי סימנים אלה היה צריך להימנע משחרור החולה מהמלר"ד. לדעת הוועדה לא היו סימנים ספציפיים כאלה. כמו כן הוועדה בדקה את הטענה שהחולה לא נבדק במלר"ד על ידי רופא בכיר. על פי רישומי המלר"ד הכוללים תיאור הגדלת הטחול שנמצאה בבדיקת רופא בכיר, היא שללה טענות אלו. לסיכום, הוועדה קובעת כי קשה להצביע על סימנים ברורים שהיו יכולים לבשר את ההתפתחות הקטלנית והטרגית.

3. האם ההנחיות בעת השחרור מהמלר"ד היו מספיקות :

הוועדה סבורה כי ההמלצות היו כמקובל במחלות כגון מונונוקלאוזיס. רופא המשפחה התקשר ביוזמתו פעמיים ב-15 וה-16 לחודש ותיעד בכתב שדווח לו על חולשה קיצונית, והמליץ למשפחה לחזור למיון במקרה של החמרה ברורה. לטענת המשפחה הם לא קיבלו הנחיות ברורות מרופאי הקהילה והמיון לגבי החזרת בנם למלר"ד

4. התנהלות מנהל המרפאה :

מנהל המרפאה היה הרופא האחרון אתו התייעצה האם בהקשר למצב בנה ב-18 לחודש. גרסאות האם והרופא סותרות בעניין השאלה האם הרופא התבקש לבצע ביקור בית. רישום המרפאה מציג עייפות, חולשה וקושי להירדם. הוועדה מתקשה להכריע בין שתי הגרסאות. לדעת יו"ר הוועדה, על רקע המהלך בקהילה ובמיון נהג מנהל המרפאה על פי אמות המידה המצופות מרופא משפחה במצב הנתון. לדעת אחד מחברי הוועדה, למרות עומס העבודה הרב כרופא בודד במרפאה, ניתן היה לצפות ממנו לדאוג לכך שהמנוח לא יישאר בביתו ללא בדיקת רופא.

מסקנות הוועדה

1. החולה פיתח סיבוך נדיר של מחלת ה-CMV, דלקת כרום המוח נגיפית שגרמה למותו.
2. הוא טופל כראוי על ידי רופאי המשפחה שהפנו אותו למלר"ד ועקבו אחריו טלפונית ביוזמתם.
3. במלר"ד הוא נבדק על ידי מספר רופאים. תיעוד בדיקות אלו היה חלקי, דבר שאינו חורג מהפרקטיקה המקובלת היום בישראל. הוועדה ממליצה לאמץ את הנוהל המקובל בארה"ב לפיו רופא בכיר מוסיף את הערותיו בכתב בצמוד לרישומי המתמחה כדי לתעד את מעורבותו ולהקנות לרישומים משנה תוקף.

המלצות הוועדה

1. יש צורך בקביעת קריטריונים והנחיות לביצוע ביקורי בית על ידי רופאים בקהילה.
2. יש צורך בקביעת נהלים ברורים בקופות החולים לביצוע טריאג' על ידי רופאים בקהילה ללא נוכחות פיזית של המטופל.

המלצות הנציב

ההמלצות המערכתיות של הוועדה ראויות לעיון מעמיק על ידי מינהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בילדה בת 4, בריאה בדרך כלל, אשר הגיעה למרפאת ילדים ביום חמישי בשעה 12.00 בגלל הקאות בצבע ירוק מיום לפני ושלשול מיום הגעתה. הבטן לא הייתה רגישה והרופאה הניחה שמדובר במחלה ויראלית של דרכי העיכול. הילדה שוחררה עם הנחיות למניעת התייבשות אך ליתר בטחון צוידה בהפניה למיון למקרה שכאבי הבטן יחמירו. ממועד זה ועד לפטירתה מדלקת והתנקבות התוספתן ביום שבת התקיימו התייעצויות טלפוניות אך היא לא הובאה לבדיקת רופא.

רשימת ההתייעצויות :

יום שישי בבוקר- האם הגיעה למרפאה בלי הילדה ושוחחה עם רופא. השיחה לא תועדה.
יום שישי בשעה 23.00- האב משוחח עם מוקד טלפוני של קופ"ח. מדווח על הקאות, שלשולים חום וכאבי בטן. נשימות מהירות וישנוניות. הוא הונחה על ידי הרופאה לפנות למיון או למוקד. המלצה זאת לא מומשה.

יום שבת 5.00 לפנות בוקר- האב פונה טלפונית למוקד אחיות. מתאר נשימות מאד מהירות, חיוורון ושפתיים כחולות. האחיות מבינה שהמצב קריטי ומזמינה אמבולנס לפינוי. צוות מד"א מצא את הילדה ללא רוח חיים. מבוצעת החייאה על ידי צוות מד"א והיא מפונה למיון בית חולים כללי שם נקבע מותה. בבדיקה לאחר המוות נקבעה דלקת תוספתן עם התנקבות וסימני אלח דם.

מסקנות הוועדה

לדעת חברי הוועדה בעת בדיקת המנוחה ביום ה' בבוקר הסיפור של הקאות מרתיות היה צריך להעלות באבחנה המבדלת חסימת מעיים, אולם הרופאה פעלה באופן סביר כאשר ציידה את ההורים בהפניה למיון, במידה וכאבי הבטן יחמירו. לגבי שאר הרופאים לא הועלו שום הערות ביקורתיות.

מבחינה מערכתית, הוועדה מנתה שורה של הצעות לשם שיפור היעילות של התייעצויות טלפוניות כולל נגישות למאגר המידע על פניות קודמות של המטופל, ומעקב אחרי תוצאות הייעוצים כדי לוודא קיום ההמלצות.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 57 עם רקע של השמנת יתר של 130 ק"ג, יתר לחץ דם ואסטמה, אשר פנתה לראשונה למוקד קופת חולים בגלל כאבים בחזה ימין המתגברים בנשימה ורגישות בגב העליון.

במשך 50 הימים שלאחר מכן הלכו והתגברו כאבי הגב והיא צרכה כמויות גדולות מאד של נוגדי כאבים ונרקוטיקה שקיבלה כטיפול סימפטומטי בכאבים. במשך תקופה זו היא הזעיקה חברה פרטית לשירותי רפואה לביתה 8 פעמים, ביקרה במוקד הקופה 3 פעמים, ביקרה אצל מספר רב של רופאים מקצועיים וכלליים והופנתה 4 פעמים לחדרי המיון של 3 מרכזים רפואיים גדולים. לבסוף, התקבלה תשובה של מיפוי עצמות שגילה קליטה פתולוגית בחוליות 7-8D ובאותו יום אושפזה בבית חולים. ב-3 הימים שקדמו להשלמת בדיקות ההדמיה פיתחה פראפליגיה – שיתוק של הגפיים התחתונות. לאחר השלמת בדיקות ההדמיה נותחה ונמצאה מורסה אפידוראלית ואוסטאומיאליטיס (זיהום מוגלתי של העצם) מחיידקי STAPH AUREUS אשר נוקזה, הוכנסו מקבעים לעמוד השדרה והוחל בטיפול אנטיביוטי. לאחר הניתוח היא סבלה ממספר סיבוכים נוספים, עברה טיפול שיקומי ממושך ושוחררה על כיסא גלגלים. היא נותרה מרותקת לכיסא גלגלים עד למועד הגשת הדו"ח.

דיון ומסקנות הוועדה

הוועדה קובעת כי היה חוסר תיאום וכשל בהעברת מידע בין הגורמים השונים שטיפלו בחולה. בנוסף לכך, הודבקה לחולה סטיגמה של סף כאב נמוך, דהיינו הגזמה בתלונות לנוכח העדר ממצאים אובייקטיביים כביכול. לא הייתה התייחסות לשימוש בכמויות מוגזמות של נוגדי כאבים שהיה מחייב מאמצים מזורזים ומרוכזים לזיהוי סיבת הכאבים. הפניה לרופא המשפחה הייתה בשלב מאוחר של מהלך המחלה והדבר פגם ביכולת רופא המשפחה לתפקד כמנהל מקרה. בשום שלב של המחלה לא הייתה התערבות מצד הנהלת הקופה והתרעה על צורך במאמץ דיאגנוסטי מרוכז לזיהוי הרקע לתלונות החולה. היה שימוש מוגזם בשירותי החברה הפרטית והעדר דווח מסודר על כך לרופא המשפחה.

הוועדה זיהתה שתי נקודות כשל עיקריות במסגרת התנהלות חדרי המיון בעת פניות החולה לבתי החולים השונים:

1. בפניה השנייה שלה למיון בית חולים נשלחה החולה לביתה למרות עוצמה מקסימלית של הכאבים, שימוש בכמויות גדולות מאד של נרקוטיקה וממצא חשוד בצילום עמוד שדרה, שלא זוהה על ידי התורן. התורן גם לא התייעץ עם רופא בכיר. לדעת הוועדה מכלול הנתונים בשלב זה היה מחייב אשפוז וביצוע דחוף של צילום CT לחוליות הגביות.
2. בעת הפניה למלר"ד בית חולים אחר, החלטת האורתופדיה שהחולה "משוחרר מבחינה אורתופדית" הייתה בגדר שגיאה גסה והתעלמות מהעדות לתהליך פתולוגי בחוליות 7-D

8. לעומת זאת, תפקוד הצוות הפנימאי שהביא לאבחנה של מורסה אפידוראלית זכה לשבחים רבים מצד חברי הוועדה.

המלצות הנציב

החולה פיתחה נזק נוירולוגי חמור ובלתי הפיך בגלל מורסה אפידוראלית אשר זוהתה באיחור. למרות שהחולה פנתה לגורמים רבים ושונות בתכיפות יוצאת דופן, דבר אשר החמיר את הקושי בתאום יעיל בין גורמים אלה, התנהגות זו לא זוהתה ולא טופלה על ידי בירור מזורז של מחלתה. הלקחים ממקרה זה מצביעים בראש וראשונה על הצורך בהבטחת העברת מידע יעילה בין הגורמים המטפלים השונים, שימוש יעיל יותר ברופא המשפחה כמנהל מקרה וביצוע דחוף של בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שההמתנה השגרית עבורם עדיין ממושכת. מנהל רפואה כבר התייחס בהנחיותיו לחובת האשפוז של חולים בפניה חוזרת למלר"ד במצבים בלתי מאובחנים. ראוי שתינתן תשומת לב גם לצורך במסלול מקוצר של בירור אבחנתי אמבולטורי במקרים יוצאי דופן בחומרתם כגון חשד לממאירות או מחלה זיהומית חריפה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בגבר בן 56 עם השמנת יתר חולנית BMI 45, דום נשימה בשינה, יתר לחץ דם, סכרת ועישון כבד. נבדק על ידי רופא שיניים במרפאתו ונקבעה תכנית טיפולית שכללה עקירת כל 15 השיניים, ביצוע 16 שתלים ושיקום על ידי כתרים. 3 ימים לפני יום הניתוח בוצעה הערכה קדם הרדמתית. המרדים ציין בגיליון כי יהיה קושי בצנרור הקנה DIFFICULT INTUBATION. הוא גם כתב שהחולה סובל מדום נשימה בשינה ומטופל ב-CPAP.

ביום הניתוח שוב העריך המרדים שיתכן קושי בצנרור הקנה ודאג לגיבוי בציוד מתאים ומרדים נוסף זמין.

להלן תיאור לוח הזמנים בשעות של האירועים באותו יום:

10.45- תחילת ההרדמה כולל שימוש במרפה השרירים טרקרים. עקב אי יכולת לבצע צנרור הוזעק מרדים נוסף מנהל שרותי הרדמה של רשת המרפאות אשר הצליח בביצוע הצנרור תוך כדי המשך פעולות ההחייאה.

10.58- הוזעק צוות מד"א.

12.32- פינוי מהבניין על ידי צוות מד"א באיחור גדול. בשל לחץ הדם הנמוך לא הייתה אפשרות להושיב את החולה אך גם לא ניתן היה להכניס מיטה למעלית. לבסוף הסתייעו בצוות מכבי אש והורידו את המיטה במדרגות בעזרת 6 כבאים.

12.39- הגעה לאיכילוב. ללא הכרה, אישונים מכווצים לא מגיבים, טופל בפרוטוקול קירור והועבר לטיפול נמרץ.

החולה נפטר במצב של נזק מוחי אנוקסי בלתי הפיך.

דיון

1. חוזר מנהל רפואה 53/2013 קובע כי חולים עם BMI מעל 35 בקטגוריה של ASA 3 מחייב הרדמה אך ורק בבית חולים
2. רישיון לניתוח: לא היה רישיון לביצוע הרדמה כללית במוסד זה. הסכם שכירות עם מוסד בעל רישיון אינו מקנה גרירה של הרישיון למקום המושכר.
3. שלבי ההערכה והתכנית הטיפולית: לא הייתה התעמקות במצב הרפואי של המטופל. לא הוצגו חלופות לטיפול בהרדמה כללית.
4. הערכה קדם הרדמה: הייתה הערכה שגויה של מדדי הסיכון בהרדמה. לא נמדד רוויין החמצן ולא הייתה התייחסות לתוצאות מעבדת השינה.
5. מוכנות להרדמה ותהליך ההרדמה: הרופא המרדים לא ביצע הערכת סיכונים מחודשת. לאחר מתן מרפה שרירים מסוג טרקרים לא הצליח לצנרר את החולה וקרא לעזרה לרופא

אחר, אשר הצליח לצנר בפעם הראשונה. תיעוד המדדים הפיזיולוגיים והתרופות בוצע באופן ידני. מסך המוניטור לא צולם. העדר התיעוד המלא מקשה על תחקור מהלך ההרדמה. מינון תרופות ההרדמה לא הותאם למשקל החולה. אחות ההתאוששות אינה בוגרת קורס על בסיסי כנדרש.

6. פינוי החולה לבית חולים כללי: תפקוד הפראמדיקית היה מעל ומעבר למצופה. לא הייתה אפשרות לפינוי במעלית במצב שכיבה במיטה. לא התלווה רופא מרדים מצוות המוסד לתהליך הפינוי.

7. הסכמה מדעת: לא הוצגו לחולה ומשפחתו הסיכונים הריאליים של הרדמה כללית לאור בעיותיו הרפואיות הכלליות. רופא השיניים ועוד אישה שהוצגה למשפחה כד"ר לפסיכולוגיה העובדת בתפקיד ניהולי למרפאה, מופיעים במספר סרטונים ב-YOUTUBE בהם המרפאה ממתגת את עצמה כמרפאה המתמחה בטיפול שיניים בסיכון גבוה. רופא השיניים נעדר מהארץ. לגבי האישה מתברר כי היא איננה בעלת רישיון לעסוק בפסיכולוגיה.

8. פרסום והטעייה לעידוד ביצוע הרדמה כללית: המרפאה פרסמה את עצמה כמרכז המיועד לטיפול בחולים בסיכון גבוה למרות שלרופאיה לא הייתה הכשרה או כלים מיוחדים לטיפול בחולים בסיכון גבוה, ובוודאי לא בהרדמה כללית.

9. העדר הצדקה רפואית לביצוע הרדמה כללית במקרה הנדון: אין פירוט ברשומה ממרפאת השיניים לסיבות לביצוע הרדמה כללית פרט לציון הכללי DENTAL PHOBIA, למרות שבעבר ביצע טיפול שיניים מורכב ומקיף ללא סדאציה.

10. האחריות הרפואית להחלטה על הרדמה כללית: לדעת הוועדה האחריות הסופית מוטלת על המרדמים ועל רופא השיניים.

11. בנוסף, גם למנהל הרפואי של המרפאה היה אחריות למרות שבפועל יכולת הפיקוח שלו הייתה מוגבלת ביותר.

12. גיל המרדים: המרדים היה בן 82 בעת האירוע. למרות שהוועדה אינה סבורה שלעובדה זו הייתה חשיבות בגרימת האירוע החרגי, היא ממליצה שמשרד הבריאות ינקוט בצעדים כדי לוודא את מצב בריאותם של רופאים קשישים.

13. פנוי חולה בשכיבה: המרפאה קיבלה רישיון של תאגיד להפעלת מרפאת שיניים לביצוע הרדמה כללית, למרות חוסר אפשרות להורדת המטופל במעלית בשכיבה. הוועדה ממליצה לתקן מפרט זה לאלתר.

מסקנות הוועדה

מדובר בהרדמה בסיכון גבוה בחולה עם השמנת יתר חמורה (BMI 45). אסור היה לבצע את ההרדמה הנ"ל בתנאי מרפאת השיניים, אלא אך ורק בבית חולים.

רופא השיניים שכנע את המטופל לבצע תכנית טיפולית תוך הצגת מידע שגוי ומטעה. הוא התחזה כמומחה לטיפול במצבי מחלות סיסטמיות מורכבות מבלי שיש לו התמחות מעבר לרישוי ברפואת שניים בסיסית. הוא נושא באחריות לחריגה מנוהל מינהל רפואה 53/2013.

המרדים שביצע את ההערכה הטרור הרדמתית לא מסר למנוח מידע מלא על סיכוני ההרדמה, לא מדד רווי המוגלובין בחמצן, לא התייחס לממצאי מעבדת השינה ולא הכיר את ההגדרות המעודכנות בספרות לסיכוני המטופל ASA 3 ונוהלי מנהל רפואה 53/2013. הוא היה מודע למורכבות המקרה ואף ציין בכתב שהוא מצפה לקושי בצנרור הקנה – DIFFICULT INTUBATION.

המרדים ביום הניתוח לא ביצע הערכה טרום הרדמתית מחודשת להשלמת המידע החסר. מינוני התרופות להרדמה לא הותאמו למשקל החולה. הוא לא תיעד את המידע במוניטור לקראת העברתו לבית החולים. הוא שותף לאחריות לאי קיום הנחיות מנהל רפואה 53/2013 בדבר הגדרת החולים החייבים הרדמה בבית חולים בלבד.

המנהל הרפואי של המרפאה אחראי לטיפולים חריגים שלא על פי הרישיון שניתן לו ולאי יישום נוהל מינהל רפואה 53/2013. הוא שותף לאחריות להעסקת אחות התאוששות ומסייעת למרדים שאינה בוגרת קורס על בסיסי.

המלצות הוועדה

1. לדעת הוועדה על משרד הבריאות לפקח על פרסומות מרפאות שיניים המעודדות טיפולי שיניים בהרדמה כללית מבלי להתחשב בסיכונים ובסיבוכים.
2. מומלץ כי במוסדות המבצעים טיפולים בהרדמה כללית מחוץ לבית חולים יובטחו תנאים מתאימים לפינוי בשכיבה ודרכי גישה, שיאושרו על ידי מד"א.
3. לקבוע כללים מפורטים לאינדיקציות לביצוע טיפולי שיניים בהרדמה, ולהסביר למטופל חלופות טיפוליות, הסיכונים, המגבלות החלות על הטיפול במרפאה וכל זאת ברישום אשר יהווה חלק מההסכמה המודעת החתומה על ידי החולה.
4. לקבוע במפורט את המנגנונים המבטיחים את מעורבותו של הרופא האחראי בניהול מקרים בסיכון גבוה, כולל נושא ההרדמה, ואישורה לביצוע.
5. לקבוע כללים לבחינת תפקודם של רופאים קשישים.

המלצות הנציב

במישור המנהלי יש לבקש את המשך הטיפול בפרשה על ידי מינהל רפואה של משרד הבריאות לשם הפקת לקחים מערכתיים, והחלטה האם החריגות החמורות בהתנהלות המוסד מחייבות את שלילת הרישיון להמשך הפעלתו.

המוקד

תקציר האירוע

המנוחה, ילדה בת 3.5 ללא מחלות רקע ידועות. היא החלה לסבול מכאבי בטן והקאות במהלך הלילה. מאחר ושירותי רפואת חירום של הקופה היו סגורים, התייצבה עם הוריה במשרד הקבלה של בית חולים לילדים בשעה 2.00 בלילה.

בתהליך ההרשמה למיון הוסבר למשפחה על ידי פקידת הקבלה כי בדיקה במיון ללא הפניית רופא עולה כסף אך ניתן להיוועץ ברופא באמצעות מוקד טלפוני ואכן כך נעשה. בשיחה עם רופא המוקד (תמליל השיחה המוקלט עמד לרשות הוועדה) מסר האב כי הילדה סובלת מכאבי בטן עזים החוזרים בגלים, ושהיא חיוורת וקרה. רופא המוקד אבחן מחלה ויראלית ויעץ להורים לתת לה שתיית נוזלים מרובה וכדורים נגד כאבים. לא נמסר לרופא באותה שיחה טלפונית כי הילדה נמצאת בכניסה לחדר מיון. בשעה 6.38 נערכה שיחה שניה עם הרופא. הפעם מסרו ההורים כי הילדה מקיאה ולא נותנת שתן ושנשימתה כבדה. הרופא הורה להם להגיע לחדר המיון אולם תוך הכנות לנסיעה איבדה הילדה את הכרתה. היא פונתה על ידי אמבולנס מד"א ובהמשך אמבולנס אט"ן אשר בצע פעולות החיאה, אך בהגיעה למיון אובחן דום לב ולמרות מאמצי החיאה ממושכים מצבה לא התייצב. בשעה 8.10 נקבעה פטירתה.

מסקנות

1. הוועדה לא מקבלת את הטענה של הורי המנוחה שעזיבת חדר מיון נבעה מהמלצת הפקידה.
 2. לדעת הוועדה נמסרו לרופא בהתייעצות הטלפונית מספיק נתונים על ידי אבי הילדה בעת שיחתם הראשונה, שיחייבו אותו להפנות לבדיקה רפואית פיזית. הוא שגה בשיקול דעתו בהמליצו על המשך טיפול והשגחה בבית.
 3. בכוונתנו לבקש את התייחסות הקופה הן באשר למדיניות הפעלת המוקדים הטלפוניים עד לקרות האירוע הנדון, הן באשר ללקחים שהופקו על ידי הקופה בעקבותיו, והן באשר לצעדים שנקטו בעקבות הפצת חוזר מנהל רפואה 15/2012 המפרט את אמות המידה להפעלת שירותי בריאות מרחוק.
- במסגרת שיחה עם הרופא במשרדנו, עברנו שוב על תמליל השיחה הטלפונית הראשונה עם האבא. הרופא היה מודע לעובדת החיורון והקור אך יחס זאת לגירוי ווגאלי של ההקאות. מאחר ומשך הסיפור היה כמה שעות בלבד, הוא לא שיער שהמצב יכול להיות מסוכן. לפיכך הרופא נהג על פי המקובל של המלצה על שתיית כמויות קטנות בתכיפות גבוהה ומעקב אחרי השתן כדי לשלול מצב התייבשות. הוא גם הורה להורים ליידע אותו על כל הרעה. לטענתו, אילו היה מודע לעובדה שהשיחה נערכה מבית החולים, לא היה מעלה על דעתו ליעץ לחזור הביתה ללא בדיקת רופא.
- לדעתנו, הרופא נהג על פי המקובל כאשר יעץ להורים לדאוג לשתייה תכופה ולבצע בקרה של התייבשות אפשרית על פי מתן שתן. הוא לא הקדיש מספיק תשומת לב לסימנים שרמזו על בעיה

שמעבר לזיהום ויראלי של דרכי העיכול כגון החיזיון, הקור והכאבים לסירוגין בעלי אופי קוליקי.

לקחים:

בקבוצה זו של חולים התאונה הטיפולית קרתה בעת חילופי משמרות. בניגוד לחולה המאושפז במחלקה מוגדרת היטב מבחינה טופוגראפית ומבחינת חלוקת האחריות, בחולה במעבר קיימת סכנה מוגברת של "נפילה בין הכסאות". ב-3 המקרים הראשונים ההעברה למוסד אחר לא תוכננה היטב, לא התבצעה בזמן סביר או שלא התבצעה ברמת הליווי שהתחייבה מחומרת המצב. 3 המקרים שאירעו במכון ה-CT מדגימים היטב את העובדה, שבחולים המגיעים לבדיקה במצב בלתי יציב יש לדאוג מראש לליווי צוות הערוך להתמודד ביעילות עם כל אירוע של החמרה פתאומית. החולה השביעי מדגים את הסכנה של חסר רציפות בין אחריות צוות המיון לחולה במצוקה שכבר הוחלט לאשפזו, לבין העברתו הפיזית למחלקה שטרם קיבלה אחריות עליו. 5 המקרים האחרונים מתארים אסונות בקהילה בחולים שנותרו על קו התפר בין אשפוז בבית חולים לבין הרצון להתמודד עם מצבם בביתם או במסגרת שלא הייתה ערוכה מראש להתמודד עם החמרה נוספת בלתי צפויה.

אירועים אלה מדגימים את הצורך לקבוע שהאחריות על המטופל בעת העברתו חלה על הגורם המעביר. במקרים הכוללים התייעצות טלפונית יש לשאוף לשכלול העברת המידע באמצעות תקשורת אלקטרונית הכוללת תמונות, סרטונים ואמצעי עזר מתקדמים אחרים.

פרק ו': תקלות בקטגוריות נוספות (10)

1. תסחיף ריאתי (5)

1.1. חשד לתסחיף ריאתי – סיבת הפטירה אינה ודאית

תמצית הסיפור הקליני

מדובר באישה בת 58 עם רקע של היפרליפידמיה, אסטמה וסכרת אשר אושפזה בבית חולים כללי עקב קוצר נשימה במאמץ ללא כאבים במשך 3 ימים. הבדיקות הצביעו על עליה קלה בטרופונין ולאור הקשר בין הסימפטומים למאמץ הועלה חשד לקיום תסמונת קורונארית בלתי טיפוסית. ב-3.1 בוצע צנתור אשר הדגים עורקים קורונארים תקינים.

ביום הרביעי לאשפוז בעת שהותה בתחנת אחות מסרה כי היא עומדת להתעלף, נפלה, נחבלה בחלק האחורי של הראש ואיבדה הכרה למספר שניות. נמצא דופק 64, לחץ דם 119/90 וסטוראציה 86%. בהתעוררה התלוננה על בחילה והייתה קצת מבולבלת. CT מוח פורש כתקין למעט המטומה תת עורית עורפית. התלוננה על סחרחורת וכאבי ראש. בהמשך אותו יום ולמחרת (שבת) המשיכה להתלונן על סחרחורות. בלילה שבין יום האשפוז ה-5 ל-6 ישנה ללא תלונות.

ביום א' ה-6 לאשפוז בבוקר לאחר סיבוב במחלקה התלוננה שלא מרגישה טוב וחזרה למיטתה. בהמשך שוב התלוננה כי אינה מרגישה טוב, נצפה חיוורון ודופק איטי, לחץ דם לא נמדד והסטורציה הייתה נמוכה. נצפו התכווצויות של שריר הפנים ויד ימין. לאחר התאוששות קצרה היא איבדה הכרה, החלו שוב התכווצויות והופיע דום לב. במהלך ההחייאה בוצע אקו לב שהראה חדר ימין מורחב וחדר שמאל בגודל תקין. מאמצי ההחייאה שנמשכו יותר משעה לא צלחו. לא בוצעה נתיחה.

חוות דעת קרדיולוג

תוך כדי עבודת הוועדה ביקשו חברי הוועדה לתגבר את הדו"ח בחוות דעת קרדיולוג מומחה כאשר השאלה המרכזית הייתה האם היה צידוק לביצוע הצנתור. חוות דעת של יועץ מומחה מנהל יחידה מחלקה הקרדיולוגית קובעת כי לאור קיום גורמי סיכון רבים למחלת לב איסכמית, תופעה של קוצר נשימה במאמץ שיכולה להתאים לתסמונת כלילית חריפה אצל אישה סוכרתית, ושתי בדיקות טרופונין עוקבות בערכים גבוהים, הייתה אינדיקציה מוחלטת לביצוע הצנתור.

דיון

לדעת הוועדה האירוע הראשון של איבוד הכרה היה על רקע וואזו-וגאלי. בדיקת ה-CT לאחר הנפילה לא הראתה נזק מוחי. הוועדה מניחה כי הסחרחורות שהופיעו בהמשך האשפוז לאחר הנפילה היו ביטוי של תסמונת פוסט טראומאטית בעקבות החבלה באזור העורפי של הגולגולת. לגבי סיבת המוות, הוועדה מניחה כי המוות נגרם מתסחיף ריאתי מאסיבי ויתכן שהשכיבה הממושכת במיטה תרמה לכך, אולם בהעדר נתיחה אין ביטחון שאבחנה זאת נכונה.

סיכום

1. ההתוויה לביצוע הצנתור הייתה סבירה.
2. הוועדה מעריכה שסיבת המוות הייתה תסחיף ריאתי מאסיבי.
3. התנהלות הצוות הרפואי במהלך האשפוז הייתה בהתאם לסטנדרטים המקובלים.
4. הוועדה מצאה פגם בעובדה שקיים חסר בתיעוד הרפואי של המהלך ביום ה- 5.1.13 ושלא תועדה בדיקה נוירולוגית על ידי התורן או הכונן באותו יום.

תמצית המהלך הקליני

מדובר בצעירה בת 19 בשבוע ה- 36 להריון אשר הגיעה למלר"ד בית חולים כללי ב- 3.3 בשעה 8.02 בבוקר לאחר נפילה במדרגות ביתה באותו יום. נמצאה רגישות ביד ורגל ימין ובצוואר מימין. בוצעה תפירה וחבישה של חתך בראש. לבקשתה לא בוצעו צילומים. ב- ECG נצפו שינויי גלי T בלתי ספציפיים. המוניטור העוברי היה ריאקטיבי ללא צירים. השתחררה לביתה ב- 4.3 במצב שהוערך כמצב כללי טוב.

ב- 5.3 שוב פנתה למיון בגלל כאבים בבטן התחתונה. אושפזה במחלקת יולדות להשגחה. נצפתה רגישות למישוש בזרוע ורגל ימין עם סימני חבלה. כאבי הבטן חלפו והיא שוחררה לפי בקשתה עוד באותו יום כעבור 9 שעות.

ב- 8.3 בשעה 19.53 היא הגיעה שוב עם קוצר נשימה, כחלון, הזעה וכאבים ברום הבטן. תוך זמן קצר היא קרסה עם איבוד דופק ולחץ דם. בא.ק.ג. נצפה RBBB. הוחל בהחייאה בהשתתפות 3 מרדמים ורופאי נשים רבים. ב- US נצפה עובר ללא דופק וללא הפרדות שליה. בעקבות התייעצות טלפונית עם מנהל מחלקת נשים בוצע ניתוח חרום קיסרי בחדר הלם של המלר"ד וחולץ תינוק ללא רוח חיים, אולם מצבה של היולדת לא השתפר. באקו לב נצפה חדר ימני מורחב מאד המתאים לתסחיף ריאתי מאסיבי. החדר השמאלי היה קטן וריק, דחוק על ידי חדר ימין ענקי. בהמשך החמיר מאד הדימום הנרתיקי וה- PTT לא נקשר. ההמוגלובין צנח ל- 5.3. הבטן נפתחה שוב ונמצא רחם אטוני אשר נכרת. נערך דיון על אפשרות של טורקוטומיה חפוזה אולם במקום זאת העדיפו להזמין צוות ECMO מבית חולים מרכזי אשר הגיע בהרכב מלא, כולל מנתח לב בכיר. בינתיים נגמר מלאי הדם בבית החולים המקומי והצוות החליט למרות זאת לצאת בדרכו לבית החולים המרכזי כדי להגיע במהירות המרבית לטיפול דפנייטיבי בתסחיף הריאה.

ב- 9.3 בשעה 2.31 הגיעה החולה לבית החולים המרכזי מחוסרת הכרה עם אישונים רחבים ולא מגיבים. המוגלובין 3. החולה יוצבה עם דם ומוצרי דם. ב- CTA נראה חומר תסחיפי באזור פיצול עורקי הריאה. בגלל דימום מאסיבי מתמשך נפתחה שוב הבטן, נקשרו עורקי האיליאק וגם טופלו נקבים מרובים בעורק והוריד הפמוראלי מימין. ניתן פקטור 7 ונצפתה התאוששות של שני חדרי הלב. בוצעה פתיחת חזה וחולצו קרישי דם משני עורקי הריאה. בגלל הימשכות הדימום בוצעו שוב פעולות כירורגיות לאיתור מקורות הדמם. סך הכל נמשכו ניתוחים אלה כ- 12 שעות. כעבור מספר שעות אובחנה בצקת קשה מאד של המוח ואוטם נרחב של ההמיספרה השמאלית עם הרניאציה. בדיון רב משתתפים נקבע שהנזק המוחי היה בלתי הפיך. למרות זאת, הומשך הטיפול התומך עד ה- 11.3 שעה 21.40 מועד קביעת המוות מדום לב.

מסקנות הוועדה

1. האשפוז ב 3-4 : השינויים בגלי T יכלו אולי לרמוז על תהליך התהוות תסחיף ריאתי, אך לא ניתן היה להסיק מסקנות מהשינויים הקלים שנצפו.

2. האשפוז ב- 5.3 : הוועדה לא מצאה פגם בהתנהלות הצוות.
3. האשפוז ב- 8.3 : רישום פרטי ההחייאה לוקה בחסר ולא ברור מי היה הרופא שניהל את ההחייאה.

הוועדה מצדיקה את ההחלטה על ביצוע הניתוח הקיסרי ואת ההחלטה על פתיחת הבטן בנוכחות DIC ואת ההחלטה על כריתת הרחם וקשירת עורקי הרחם לאור כישלון ניסיון עצירת הדם. הוועדה גם מצדיקה את ההחלטה שלא לבצע בשלב זה קשירת עורקי הכסל ולא לבצע פתיחת חזה במלר"ד, ואת ההחלטה להזמין צוות ECMO מבית החולים המרכזי.

הוועדה גם מצדיקה את אי המתן של תרופה תרומבוליטית בנוכחות DIC. הוועדה סבורה שיתכן והיה מקום להמתין עם ההעברה לבית החולים המרכזי עד שיושגו מנות הדם ומוצריו.

4. האשפוז בבית החולים המרכזי 9-11.3 : הוועדה מציינת לשבח את המקצועיות והמסירות הרבה של צוות רופאי המרכז הרפואי ובראשם מנהל מחלקת ניתוחי לב ושל צוות ECMO.

הוועדה מצדיקה את ההחלטה לנסות קודם לייצב את הדימום הבלתי נשלט לפני הניתוח להוצאת הקרישים מעורקי הריאה. הניתוח לשליפת הקרישים מעורקי הריאה היה מוצדק ואמנם אחריו חזר הלב לתפקד, אולם החולה נפטרה מנזק מוחי אנוקסי בלתי הפיך.

5. אירוע התסחיף הריאתי : הוועדה סבורה שיתכן ואירוע הנפילה ב- 3.3 והנזק הרקמטי שבעקבותיו שיחק תפקיד ביצירת קרישי הדם. אולם לדעתה התסחיף הריאתי לא היה ניתן לחיזוי. כדי לטפל בקריש ביעילות היה צורך קודם להרחיק את העובר המת. לאחר הניתוח הקיסרי הופיעה הפרעה קשה בקרישה DIC (מצב פראדוקסאלי שבו קרישיות יתר הנובעת מנוכחות עובר מת גורמת להעלמות גורמי הקרישה מהדם ולנטייה לדמם בלתי נשלט). במצב כזה הדם אינו נקשר, ואין אפשרות לטפל בחומרים הממיסים קרישים כגון ה-TPA). הסיבה למות העובר : חסר אספקת חמצן לעובר עקב מצב ההלם של האם.

סיכום ומסקנות הוועדה

הוועדה לא מצאה פגם בהתנהלות הצוותים הרפואיים בשני בתי החולים. הוועדה מתחה ביקורת על הנוהג להוציא תשובה לבדיקת ECG מבלי לראות את החולה. כמו כן, מתחה הוועדה ביקורת על התייעוד הלקוי של פעולות ההחייאה בבית החולים הראשון, ועל העובדה שלא מונה מנהל מקרה בעת פעולות ההחייאה.

המלצות הנציב

מבחינה מערכתית, בדומה לוועדות קודמות, עולה שוב הנושא של מינוי מנהל מקרה בכל מצב מורכב שבו מבוצע מאמץ חרום רב משתתפים. יתכן שניתן להגדיר מראש מי יתפקד כמנהל מקרה כזה על פי ההתמחות הרלוונטית לאירוע ודרגתו בהיררכיה של המשתתפים.

מבחינה פרסונאלית, נראה לי שכל המשתתפים עשו כמיטב יכולתם להציל את המטופלת גם בשלבים שסיכויי ההצלחה היו אפסיים.

לגבי האפשרות שהועלתה על ידי הוועדה שהשינויים ב- ECG ב- 3.3 היו אולי סימן מבשר לתסחיף, מאחר ועברו רק כשעתיים בין מועד הנפילה להגעה למלר"ד, אפשרות כזאת היא רחוקה ביותר.

תמצית הסיפור הקליני

בת 42 ללא מחלות רקע. אושפזה ב- 27.11 בבית חולים שיבא בגלל שבר בימלאולארי בקרסול שמאל. ב- 3.12 יום ו' היא נותחה בהרדמה כללית תוך שימוש בחוסם עורקים לשעתיים. היא קיבלה נוגדי קרישה מניעתיים כמקובל. כ- 10 שעות אחרי הניתוח היא חשה ברע ונצפה חסר תגובה לכמה דקות. תורן המחלקה, בדק אותה אך לא תיעד את ממצאיו. מאחר והוא עזב את הארץ ונותק הקשר איתו, לא הייתה לוועדה אפשרות לראיין אותו. לפי דווח סעודי של אותו אירוע, לחץ הדם שלה נמצא ירוד 76/43, דופק 140 וסטורציה 88. בהמשך נצפה שיפור ספונטאני לאחר הרמת הרגליים. הא.ק.ג. דווח כלא אבחנתי. לא ניתן לה טפול ולא נערכה אבחנה מבדלת.

למחרת, שבת 4.12 בבוקר הסטורציה הייתה תקינה והדופק היה 114. היא התלוננה על כאב דרגה 7 ברגל המנותחת. בשעה 22.06 היה לה אירוע חוזר של סחרחורת אולם הסימנים החיוניים היו תקינים והא.ק.ג. פורש כתקין. הועלתה הנחה כי מדובר בהתקף וזו-וגאלי. כמו כן, הייתה ירידה בהמוגלובין מ- 11.9 ל- 9.1 שלא נמצא לה הסבר.

ביום א' ה- 5.12 בשעה 9.05 בבוקר ארעה קריסה פתאומית. תוך כדי פעולות ההחייאה נצפתה באקו לב הרחבת חדר ימני המתאימה לתסחיף ריאתי מאסיבי. פעולות ההחייאה לא צלחו. לאחר הפטירה לא נערכה נתיחה לקביעה ודאית של סיבת המוות בגלל אי הסכמת המשפחה.

מסקנות הוועדה

1. הטיפול האורתופדי עמד בסטנדרטים המקובלים. הדחיה החוזרת של הניתוח משקפת את המציאות העגומה של לחץ העבודה במחלקות האורתופדיות, אך היא לא הייתה גורם מרכזי בהחמרת הסיכון לאירוע התרומבוטי. ניתן טיפול מונע קרישתי כמקובל.
2. התורן בעת האירוע הראשון ב- 3.12 לא ערך רישום, לא ביצע מעקב ולא יזם שום בירור נוסף. הכשל ברישום הרפואי פגע בסיכויים להתייחסות מספקת לאירוע על ידי שאר אנשי הצוות ובהשקעת מחשבה באבחנה המבדלת.
3. היה כשל בהעברת אינפורמציה.
4. מאפייני האירוע שכללו אובדן הכרה, תת לחץ דם וירידה ברווי החמצן הצביעו בסבירות גבוהה על תסחיף ריאתי והיו סימנים מבשרים לקטסטרופה שארעה בהמשך.
5. למרות שתי אפיזודות חולפות שטיבן לא היה ברור לצוות, לא נערכה שום התייעצות עם מומחים פנימאים או קרדיולוגים שהיו יכולים להעלות הסברים וליזום בדיקות וטיפולים בעלי חשיבות גורלית לחולה. ככל הידוע לא נערכה גם התייעצות עם כונן המחלקה.

המלצות הנציב

מדובר באשה צעירה ובריאה אשר נפטרה בגלל אירוע חריף אשר על פי כל הסימנים נגרם מתסחיף ריאתי מאסיבי, סיבוך מוכר של ניתוחים אורתופדיים.

המוות היה בר מניעה לאחר אירוע מקדים יום וחצי לפני הפטירה שלא אובחן ולא טופל כראוי. הרופא התורן שנקרא לעזרה לא ערך רישום וגם לא העביר את המידע לכונן או לתורנים האחרים שנכחו במשמרת.

מבחינה מערכתית הפרשה מעוררת שאלות נוקבות לגבי נהלי העבודה במחלקה.

1. האם אירוע כזה מדווח על ידי האחיות לרופא הכונן בהעדר התייחסות של הרופא התורן?

2. מה שיטת העברת המידע בין התורנים בעת חילופי משמרות?

3. מה הנהלים להזמנת יועץ במקרה של אירוע בלתי רגיל ובלתי מוסבר?

ראוי שהמוסד הנילון יספק תשובות לשאלות אלו לשם הפקת לקחים וגיבוש הנחיות על ידי מינהל רפואה.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 66 לאחר כריתת שד עקב ממאירות המטופלת בטאמוקסיפן ובתרופות סכרת. התקבלה למיון בית חולים כרמל ב- 7.2 עקב תחושת חולשה, פרה-עלפון, קוצר נשימה ובחילות. לחץ דם ירוד 100/62 וסטורציה של 88%. בדיקת א.ק.ג. הראתה עומס על חדר ימין. בדופלר הודגם DVT בורידי הרגל הימנית ולפיכך הוחל במתן קלקסאן 80 מג' פעמיים ביום. למחרת בוצע CTA שהראה תסחיפים גדולים דו צדדיים בעורקי הראה הראשיים והלובאריים. נערכה התייעצות קרדיולוגית ובוצע אקו לב נייד שלא הראה עדות לעומס על החדר הימני. על בסיס ממצאים אלה הוחלט להסתפק בטיפול בקלקסאן ולא הומלץ על טיפול טרומבוליטי או הכנסת פילטר. ב- 8.2 התקבלה למחלקה פנימית ונמצא לחץ דם 160/90 וסטורציה 98%. למחרת הרגישה בטוב אם כי עדיין נמצאה נפיחות ורגישות ברגל ימין. ביום א' ה- 10.2 בבוקר הועברה לאסלה בשירותים כשהדלת פתוחה. היא איבדה את הכרתה, אך חזרה שוב להכרה והוחזרה למיטתה. התלוננה על קוצר נשימה והייתה חיוורת. קיבלה חמצן ומצבה התייצב. כעבור 15 דקות הופיעה ברדיקציה, לא נמוש דופק ובוצעה החייאה אשר לא צלחה.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. למרות שלא בוצעה נתיחה, הוועדה קובעת בסבירות גבוהה שהמוות נגרם על ידי תסחיף ריאתי חוזר על רקע פקקת בוורידי רגל ימין ועומס על חדר ימין על פי א.ק.ג., הגם שזה לא אושר על ידי בדיקת אקו שבוצעה בתנאים תת אופטימליים.
2. הוועדה לא מצאה דופי בתהליך הבירור, האבחון, והטיפול הרפואי במיון ובמחלקה, למרות שלא ברור אם הרופאים היו מודעים לבדיקת האקו ותוצאותיה.
3. הוועדה ממליצה על קביעת נוהל מחייב לביצוע מעקב אקו שיתבצע בתנאים אופטימאליים ושיאפשר מעקב מיטבי אחרי מצב החולה המאובחן עם תסחיף ריאתי מאסיבי.
4. הוועדה הקדישה תשומת לב מיוחדת לסוגיה של מדיניות הורדה מהמיטה של חולים עם בעיות טרומבו אמבוליות. היא צרפה לסיכום שלה מבחר של מאמרים מדעיים המוכיחים כי סוגיית ההורדה מהמיטה אינה מוכיחה יתרון של איסור או חופש ירידה בחולים אלה.
5. יש להקפיד על מתן הסבר מפורט לחולה ומשפחתו לגבי הסכנות האפשריות של מצב עם פקקת ורידית ותסחיף ריאתי.
6. הוועדה מדגישה את הצורך ברישום ותיעוד מדויקים בתיק החולה ואת החובה לפרט בצורה ברורה כל שינוי בדיעבד הנערך בגיליון, כדי להסיר כל ספק לגבי השקיפות ולהגביר את האימון ברשומה הרפואית.

מסקנות והמלצות הנציב

מדובר באירוע חמור של מות בר מניעה אצל חולה עם אירועים תרומו-אמבוליים חוזרים. בדיעבד, אין ספק שטיפול טרומבוליטי או הכנסת פילטר לוריד הנבוב התחתון היה מקטין מאד את הסיכון של מוות כתוצאה מתסחיף ריאתי חוזר. הדבר נלקח בחשבון ואף נערכה התייעצות עם

קרדיולוג אשר ביצע אקו לב ליד מיטת החולה, לא מצא עומס על החדר הימני, וקבע שאין אינדיקציה לטיפול טרומבוליטי תוך ציון המאמר מה- 2008 EUROPEAN HEART JOURNAL. הערכה זאת לא הצליחה למנוע את התוצאות הטרגיות אך אין להתייחס אליה כרשלנות רפואית.

לגבי סוגיית ההורדה מהמיטה, אני מקבל את מסקנות הוועדה שהקפדה על אי ירידה או חוסר הקפדה כזאת אינה משנה את מצב הסיכון של החולה (ראה ספרות מצורפת).

לגבי המלצת הוועדה על שימוש מוגבר בבדיקות אקו חוזרות לשם מעקב אחרי חולים עם תסחיף ריאתי מאסיבי, אני ממליץ להעביר לעיון מינהל רפואה לשם נקיטת עמדה תוך התייעצות עם האיגוד הקרדיולוגי הישראלי.

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בחולה בת 64 שהופנתה לבית חולים סורוקה לשם ניתוח עם גידול נרחב באגן המתפשט בחלל הבטן והחשוד לסרטן ממקור שחלתי. הסמנים האונקולוגיים תמכו באבחנה הנ"ל. ב- 4.11 בוצע ניתוח להסרת המאסה הגידולית. נמצא גוש גדול ופריך המדמם בקלות. בוצעה כריתת הרחם, הטפולות, וחלק מהאומנטום. הייתה הפרשה דמית מתמשכת מאזורי החיתוך אשר הצריכה מתן דם. נשארו שאריות גידול דבוקות לסיגמה.

תוך כדי ניתוח חלה התדרדרות פתאומית שהתבטאה בדופק אטי, לחץ דם נמוך, וסטורציה נמוכה. לאחר תגובה זמנית למאמצי החייאה נצפתה התדרדרות נוספת ששוב דרשה החייאה. נשללה אפשרות של תסחיף ריאתי או איבוד דם מאסיבי. הניתוח הופסק והיא הועברה ליחידה לטיפול נמרץ. בשלב זה התמונה הקלינית הייתה בצקת ריאות קשה. לא הייתה עדות לדימום פעיל לאחר שקיבלה סך הכול 5 מנות דם. בהמשך מצבה המשיך להיות קריטי והיא נפטרה למחרת בתמונה של קריסת מערכות כללית.

דיון

הוועדה אינה סבורה שההתדרדרות הקשה נגרמה מאיבוד דם מאסיבי. המשבר התפתח תוך כדי מתן דם וגם ההתאוששות לאחר ההחייאה לא דרשה מתן כמויות גדולות מאד של דם. איכות התמיכה ההמודינמית במשך הניתוח הייתה גבוהה ולא סביר שהמשבר היה בגלל איבוד דם.

לדעת הוועדה, אפשרות סבירה יותר היא אירועים חוזרים של תסחיף ריאתי אצל חולה שמחלת הסרטן שלה הייתה גורם סיכון לאירועים תרומבוטיים. התמונה הריאתית התאפיינה בבצקת ריאות ואבדן חלבונים לתוך הריאות.

מסקנות הוועדה

1. הוועדה לא יכלה לקבוע בוודאות מה הייתה סיבת המוות.
2. ההתדרדרות הפתאומית לא נגרמה מאיבוד דם מאסיבי, ויותר סביר להניח שהמדובר בתסחיפים ריאתיים.
3. התנהלות מערך ההרדמה הייתה ללא דופי.
4. התמונה הקלינית הסופנית הייתה של בצקת ריאות עם בריחת אלבומין מאסיבית לריאות.
5. סיבוך זה היה בלתי צפוי ובלתי נמנע.

המלצות נציב הקבילות

מדובר בסיבוך בלתי צפוי של ניתוח אצל חולה עם מחלה ממארת מאסיבית. אין ודאות לגבי סיבת המשבר הסופני והוועדה התלבטה בין דימום לבין תסחיף ריאתי. שוחחתי עם חברי הוועדה

והחלטנו להוסיף אפשרות שלישית של תגובה נדירה ובלתי ניתנת לחיזוי לערוי דם בשם TRALI המתאפיין בבצקת ריאות לאחר עירוי דם (ראה ספרות מצורפת).

, Stowell SR, Hillyer CD Transfusion-related acute lung injury: from Shaz BH bedside to bench and back. . Blood. 2011 Feb 3;117(5):1463-71.

2. מיוקרדיטיס חריפה (2)

2.1. פטירת חולה מדלקת חריפה וקטלנית של שריר הלב

עיקרי הסיפור הקליני

מדובר ברופא ילדים בן 64 עם רקע של מחלת סכרת. הוא אושפז בבית חולים כללי בשבת ה 16.7 בשעה 11.15 אחרי יומיים של חום, כאבי בטן, שלשול ושעול, וכאבי חזה בנשימה עמוקה. צילום חזה הדגים חשד לתסנין בריאה. בא.ק.ג. נראתה סינוס טכיקרדיה עם צניחות קלות ב-ST ב-V-5. 6. רמת הטרופונין הייתה 0.74. הוא נבדק על ידי הקרדיולוג הכונן אשר ביצע אקו לב שהראה תפקוד טוב, והתרשמותו הייתה שמדובר בתסמונת קורונארית חריפה. החולה אושפז ביחידת טיפול נמרץ לב.

הכונן מסר את אבחנתו לתורן היחידה וסוכם על טיפול תרופתי עם תכנית לצנתור למחרת. לחץ הדם שהיה 130/90 בהגיעו ירד במקצת ל 99/60 בשעה 16.00 והדופק שהיה 126 בהגיעו נשאר 115. מהשעה 18.00 חלה החמרה במצבו ההמודינמי. התורן הקרדיולוגי החל במתן נוזלים וייחס את הירידה בדופק עד 83 לחוסמי ביטא. בשעה 20.30 התלונן החולה על קוצר נשימה, פיתח אי ספיקת לב חריפה ותוך כדי בדיקת הרופא התמוטט. הוחל בהחייאה אך ללא הצלחה, ובשעה 21.50 נקבע מותו. בוצעה נתיחה אשר גילתה הסננה של שריר הלב באאוזינופילים בלווי תאי ענק ודיסקולורציה נרחבת של שריר הלב בצבע צהוב - אדום – ממצאים אבחנתיים ל- SEVERE ACUTE FULMINANT MYOCARDITIS.

דיון הוועדה

1. חברי הוועדה סבורים שלאור השילוב של חום, שלשולים, כאבי בטן וקוצר נשימה היה מקום להעלות מלכתחילה באבחנה המבדלת אפשרות של מיוקרדיטיס אשר בהמשך הערב הפך ל ACUTE FULMINANT MYOCARDITIS. בפועל, הקרדיולוג הבכיר לא חשב כלל על אבחנה מבדלת והעביר את אבחנתו שהמדובר בתסמונת קורונארית חריפה, לתורן הקרדיולוגי. הוועדה מטילה ספק בכך שבמידה והאבחנה של מיוקרדיטיס הייתה מועלית במועד מוקדם יותר זה היה משנה את המהלך הקשה בהמשך.
2. התורן שהיה בתחילה התמחותו הקרדיולוגית לא היה בעל מספיק ניסיון כדי לחלוק על קביעת הקרדיולוג הבכיר הכונן.
3. הוועדה חושבת שעד לשעה 18.00 הטיפול שניתן היה סביר. מרגע זה, לאור ההתדרדרות במצב החולה היה על התורן לפנות לרופא הכונן ולהתייעץ אתו על הערכת המצב והתכניות להמשך הטיפול.
4. לאור התחושות הקשות של המשפחה לגבי צורת התבטאויותיו של התורן, הוועדה סבורה כי על הצוות הרפואי לשקול היטב את התבטאויותיו כדי למנוע אי הבנות ופגיעה ברגשות בני המשפחה. אי הבנות אלו מצערות במיוחד לאור המהלך הטראגי בהמשך אותו ערב.

מסקנות והמלצות הוועדה

1. על פי המתועד ברשומה הרפואית ודו"ח הנתיחה, החולה נפטר מדלקת חריפה של שריר הלב ACUTE FULMINANT MYOCARDITIS.
2. האבחנה הראשונית של הכוון שהמדובר באירוע כלילי חד הייתה סבירה אך שגויה. לאור העובדה שהחולה הגיע עם תסמינים של מחלה זיהומית חריפה, אפשרויות דיאגנוסטיות אחרות, כגון מיוקרדיטיס חריפה היו צריכות להילקח בחשבון באבחנה המבדלת.
3. כאשר חל שינוי חד במצבו של החולה, על התורן היה להתייעץ עם הכוון הבכיר ולדון אתו באבחנה ובתכניות להמשך הטיפול.
4. לנוכח העובדה שהתורן היה בעל ניסיון קרדיולוגי מוגבל, ותיפקד כרופא בודד ביחידה לטיפול נמרץ לב, על הכוון היה לגלות ביוזמתו יתר מעורבות בניהול המקרה.
5. למרות שהצוות המטפל לא אבחן את המיוקרדיטיס מבעוד מועד, המחשבה שהמדובר באירוע כלילי הייתה סבירה, הטיפול היה סביר, ולא חרג מהסטנדרטים המקובלים.

המלצות הנציב

מיוקרדיטיס פולמינינטית היא מחלה נדירה וקטלנית. הטיפול בו הינו תומך בעיקרו ובמידה והתנאים ולוח הזמנים מאפשרים זאת ניתן לנקוט בצעדים הראויים כגון חיבור למכונת לב ריאה במוסדות שבהם טיפול זה זמין באופן מידוי. במקרה הנידון צעדים כאלה לא באו בחשבון כלל.

בעיני, השאלות שנשארו צריכות להתייחס לא לטיב הטיפול התומך, אשר ניתן בצורה סבירה בהתאם לתנאים הניתנים, אלא לטיב התקשורת בין המשפחה לבין הצוות המטפל. לנוכח העובדה שהיה מדובר במשפחה מודאגת שלנגד עיניה החולה הלך ודעך, טוב היה עושה התורן אילו קרא לעזרת הכוון הקרדיולוגי הבכיר, גם אם המטרה הייתה אך ורק כדי לשכנע את המשפחה שהטיפול הניתן הינו אופטימאלי.

תיאור הרקע הקליני

בת 24 ללא מחלות רקע ידועות אשר פנתה למיון בית חולים מרכזי ב- 23.5 בבוקר עקב חום, שלשול, הקאות, כאבי בטן וחזה. לאחר יעוץ קרדיולוגי וביצוע אקו לב אובחנה כסובלת ממיוקרדיטיס. בשעה 17.27 אושפזה בטיפול נמרץ קרדיולוגי עם דופק 170 לחץ דם 74/55 ורווי חמצן 80%. בדיקת אקו הדגימה נוזל פריקרדיאלי בכמות ניכרת. בשעה 18.30 בוצע ניקור פריקרדיאלי ונשאבו 140 סמ"ק נוזל. בעקבות פעולה זו נצפה שיפור בדופק ולחץ הדם. ניסיון להחדרת קטטר פיג-טייל כדי להבטיח המשך ניקוז מהפריקורד לא הצליח. בשעה 2.30 התעוררה עם כאבים בחזה ולאחר מספר דקות חל מפנה חד לרעה במצבה כולל דופק איטי והלם. הוחל בהחייאה שנמשכה מ 02.40 ועד לקביעת מותה ב- 05.04.

דיון

הוועדה התמקדה בדו"ח שלה על הנקודות הבאות: איכות הטיפול בחדר המיון, איכות המעקב והטיפול ביחידה לטיפול נמרץ קרדיולוגי, איכות הטיפול התומך ביחידת טיפול נמרץ, וסיבת המוות.

הטיפול בחדר מיון:

הוועדה סברה כי נעשו כל הבדיקות הדרושות לביסוס אבחנה של פרי-מיוקרדיטיס. נקראו היועצים הרלוונטים. ההחלטה לא לבצע ניקור פריקרדיאלי בשלב זה לאור הכמות הקטנה של נוזל פריקרדיאלי ולאשפז אותה בטיפול נמרץ לב הייתה נכונה. ההשתהות לצורך בירור אבחנה ותכניות טיפוליות הייתה בגדר הסביר.

הטיפול ביחידת טיפול נמרץ קרדיולוגי:

נצפתה התדרדרות מהירה ובולטת כבר בתחילת האשפוז ביחידה. גילוי סימני הטמפונאדה שנגרמה מהצטברות נוספת של נוזל פריקרדיאלי והניקור שבוצע בעקבות גילוי ממצא זה הביא לשיפור במדדים החיוניים של החולה. הניקור היה מוצדק ובוצע בעיתוי סביר. העדר החדרת נקז קבוע היה בגלל קושי טכני. למרות עובדה זאת לא ניתנו הוראות לביצוע בדיקות אקו חוזרות תכופות או מעקב ספציפי.

איכות הניטור ביחידה

לדעת הוועדה, הניטור במהלך האשפוז ביחידה לא היה מיטבי. במצב החולה היה דרוש ניטור פולשני רציף (arterial line) אך ניטור כזה לא בוצע. בין השעות 19.32 עד 21.42 נמדדו סימנים חיוניים מידי שעה, אולם בהמשך בוצעו רק שתי מדידות נוספות: בשעה 00.50 ובשעה 2.37 במועד שהיה כבר בתחילת ההחייאה. הוועדה מצאה שבמהלך התקופה הנ"ל לחץ הדם הסיסטולי ירד באופן עקבי מ-101 ל-85 ותפוקת השתן ירדה מ-400 ל-40 לשעה.

בהעדר ניקוז פריקרדיאלי מתמשך היה צורך בניטור אקו תכוף כדי לוודא העדר הצטברות חוזרת מסכנת חיים של נוזל בפריקורד. אולם לא ניתנו הוראות לביצוע בדיקות אקו תכופות. למרות זאת, בעת ההחייאה לא נמצא נוזל פריקרדיאלי ולכן ניתן לקבוע כי ההחלטה לא להשאיר נקז קבוע בפריקורד לא גרמה לנזק.

בדיקת האקו בעת ההחייאה הראתה פגיעה קשה מאוד בהתכווצות הלב, כסימן לפגיעה קשה בשריר הלב אך ללא הצטברות נוזל פריקרדיאלי.

השיקולים לגבי טיפול תומך חודרני

לגבי השאלה של שימוש בטיפול תומך חודרני כגון בלון תוך וטיני, ECMO או Ventricular assist device סבורה הוועדה כי בשלב שקדם לדום הלב ובהעדר סימני הלם קרדיוגני לא היה הכרח להשתמש בהם.

בשלב ההחייאה לאור העדר תפקוד לבבי השיקול שלא לבצע פעולות נוספות וההחלטה להסתפק בעיסוי לב, הנשמה, קוצב לב ומתן תרופות הייתה החלטה סבירה. קביעה זו של הוועדה עומדת בסתירה לסיכום הספרות שהובא על ידי הוועדה (מאמר מס 4) הקובע ש"במקרים שאינם מגיבים לטיפול פרמקולוגי, יש מקום לבלון תוך-וטיני ובמקרים של הלם קרדיוגני יש מקום לשימוש ב-ECMO או Ventricular assist device.

סיבת המוות

להערכת הוועדה סיבת המוות הייתה Acute peri-myocarditis ולאור האאוזינופיליה בנוזל הפריקורד כנראה שהמדובר ב-Acute necrotizing eosinophilic myocarditis, צורה קטלנית ביותר של מיוקרדיטיס המופיעה בסמוך למחלה ויראלית.

סיכום הוועדה

1. הוועדה לא מצאה פגם בשיקול דעת הרופאים ובהחלטות הרופאים לאורך הטיפול בחולה.
2. המעקב הקליני בתקופה שבין הניקור להופעת דום הלב היה תת-מיטבי. למרות סימנים העלולים להצביע על הרעה במצב החולה, חומרת מצבה של החולה לא באה לידי ביטוי בהוראות שניתנו על ידי הצוות המטפל.
3. למרות ביקורת זאת, סבורה הוועדה כי לא היה ניתן לנבא את ההתמוטטות הפתאומית האופיינית למיוקרדיטיס חריפה. ההחייאה בוצעה על פי הסטנדרטים המקובלים תוך גיוס מרבי של הרופאים הבכירים בבית החולים.

ועדת הבדיקה אשר הגישה את מסקנותיה ב-01.04 לא מצאה פגם בשיקול דעת הרופאים ובהחלטות הרופאים לאורך הטיפול בחולה. אולם היא ציינה שהמעקב הקליני בתקופה שבין הניקור להופעת דום הלב היה תת-מיטבי. למרות סימנים העלולים להצביע על הרעה במצב

החולה, חומרת מצבה של החולה לא באה לידי ביטוי בהוראות שניתנו על ידי הצוות המטפל. למרות ביקורת זאת, סברה הוועדה כי לא היה ניתן לנבא את ההתמוטטות הפתאומית האופיינית למיוקרדיטיס חריפה. ההחייאה בוצעה על פי הסטנדרטים המקובלים תוך גיוס מרבי של הרופאים הבכירים בבית החולים

בהערותיו לדו"ח הוועדה כתב נציב הקבילות כי לא ניתן לשלול את האפשרות שניטור טוב יותר היה מאפשר זיהוי מוקדם יותר של נקודת מפנה לרעה שבה ניתן היה להפעיל טיפול תומך חודרני, למרות שסיכוייה לשרוד היו מזעריים.

חברי הצוות בנציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים הגיעו אף הם למסקנה כי הם מקבלים את מסקנות צוות ועדת הבדיקה כי למרות הביקורת על כך שניטור החולה לא היה מיטבי, לא ניתן היה לנבא את ההתמוטטות הפתאומית שנבעה ממחלת שריר הלב החריפה. בשלב הביניים לא הייתה הצדקה להפעלת ה- ECMO ובשלב ההחייאה הדבר היה בלתי מעשי ובלתי אפשרי.

3. אירועים באשפוז במחלקות ילדים

3.1. פטירת תינוק בעקבות זיהום בוירוס הרפס

תמצית הסיפור הקליני

מדובר בתינוק בן שנה, שאושפז בבית חולים כללי בלילה של ה 18.6 עם מחלת חום במשך 5 ימים, בשל מצב כללי ירוד עם סימני התייבשות וישנוניות. בבדיקה בקבלתו נמצאו סימני דלקת בחלל הפה עם אפטות ופריחה מקולו-פפולארית בעור. מאז קבלתו תואר בכל הרישומים בגיליון כישנוני, אפאתי ואינו מגיב. בספירות דם חוזרות נצפתה ירידה הדרגתית ומתמדת בנאוטרופילים ובהמשך גם בתרומבוציטים. הוא טופל בנוזלים ובצפטריואקסון.

ב- 20.3 בערב נצפתה החמרה נוספת במצבו שהתבטאה בחוסר תגובתיות, פריחה פטכיאלית מפושטת, לחץ דם ורווי חמצן ירודים, חמצת מטאבולית, DIC ואי ספיקת כבד. CT מוח שבוצע ללא חומר ניגוד היה ללא ממצא פתולוגי. לאור המצב החמור תואמה העברה במסוק לסורוקה אך הילד נפטר לאחר החיאה ממושכת. לא בוצעה נתיחה. בבדיקת PCR מהדם נמצאו שני זני הרפס: HSV1 ו-HHV6.

דיון

מאחר ולא בוצעה נתיחה, אין ודאות לגבי סיבת המוות אך לדעת הוועדה ברשימת האבחנות בסבירות גבוהה מופיעה האבחנה של פגיעה רב מערכתית בוירוס HERPES SIPLEX ובהמשך מהלך המחלה זיהום חיידקי משני עם אלח דם ו-TOXIC SHOCK SYNDROME.

לדעת הוועדה היה חוסר התייחסות של הצוות לישנוניות של התינוק כסימן מחשיד למנינגיטיס ואנצפליטיס. כתוצאה מכך, לא בוצע LP ולמרות התמונה הקלינית שהתאימה לזיהום הרפטי לא הוחל בטיפול באציקלוויר כבר בסמוך לקבלתו. לדעת הוועדה יתכן שטיפול זה לא היה מונע את התוצאה העגומה אך הטיפול היה צריך להינתן.

לוועדה היו הערות מרובות לגבי איכות הניטור לאורך האשפוז, התייעוד, הטיפול התומך, והשימוש באנטיביוטיקה לאורך האשפוז. כמו כן נמצאו ליקויים בניהול ההחייאה.

סיכום והמלצות הוועדה

1. לדעת חברי הוועדה, חומרת מצבו של הילד לא הוערכה מספיק והיה צורך בניטור קפדני יותר ומתן טיפול נוסף זמן ניכר לפני האירוע הסופני ב 20.6.
2. התנודות במצב הילד כנראה תרמו לשיקול דעת מוטעה בניהול המקרה.
3. מאחר ובבית החולים מועסקים שני רופאי ילדים בלבד, ברוב שעות היממה המענה לבעיות דחופות ניתן על ידי צוות שאינו מיומן בתחום רפואת הילדים.

4. הוועדה מצאה לנכון להמליץ על שורת צעדים שמטרתם לשפר את מיומנות הצוות בתחום הטיפול בבעיות חרום בילדים. כמו כן הובאו המלצות לגבי תכיפות ואיכות הניטור של מדדים חיוניים בחולים המאושפזים בכלל, ובילדים בפרט.

המלצות הנציב

בית החולים המעורב במקרה זה ממלא תפקיד חיוני שמטרתו להביא את הסיוע הרפואי קרוב ככל האפשר לאוכלוסיית המטופלים המקומיים. בגלל מגבלות המסגרת של בית חולים קטן אין לצפות ממנו אותה רמה של מיומנות ומומחיות כמו בבתי החולים הגדולים במרכז הארץ. לפיכך קיימת סוגיה ייחודית של הפעלת שיקול הדעת בהחלטה על העברה דחופה לבית חולים מרכזי כאשר נצפה מהלך קשה וסיכוי גבוה להתדרדרות. לפי כל הסימנים, במקרה טראגי זה ההחלטה על העברת החולה נעשתה מאוחר מדי.

לעניות דין, הלקחים מפרשת פטירתו של התינוק צריכים להתמקד בשני תחומים :

- א. קביעת נהלים שיבטיחו תיעוד קפדני ותכופ של סימנים חיוניים וממצאים בסיסיים אחרים אשר יאפשר זיהוי מוקדם של התדרדרות משמעותית במצב החולה.
- ב. נהלים ברורים להגדרת מצבים המחייבים העברה דחופה.

מבחינה מערכתית דו"ח הוועדה הועבר להמשך הטיפול למינהל רפואה והתבקשה תגובת הנהלת בית חולים להמלצות הקונקרטיות של ועדת הבדיקה בסיפא של דו"ח הוועדה. בהמשך, נראה לי שרצוי לגבש נהלים ברורים בשיתוף הנהלת בית חולים לשיטת המעקב ותיעוד המעקב לחולים מאושפזים, וקביעת קריטריה להעברה דחופה לבית חולים מרכזי.

תמצית הסיפור הקליני

האם אושפזה בעקבות ירידת מים בשבוע 36.

נולד לידת תינוק במשקל 2344 גרם. בשל קשיים בנשימה אושפז להשגחה בפגייה.

לאחר הוצאתו מהאינקובאטור בוצעה רחצה בגיגית כשחום המים נמדד באמצעות גב כף יד של אחות. בסיום הרחצה נצפה קילוף עור בשתי הרגליים שנגרם מכוויות עקב חשיפה למים חמים. בעקבות זאת הוזעק הצוות כולל רופאה בכירה ונקראו הפלסטיקאים. מנהלת המחלקה שוחחה עם המשפחה ובהמשך התקיימו עדכונים שוטפים של המשפחה. התינוק שוחרר לביתו כעבור 20 יום עם שיפור במצב הכוויות ברגליים.

מגיל חודש ועד גיל 9.5 חודשים הוא היה במעקב המכון להתפתחות הילד. במסגרת זאת נצפה איחור מסוים בהתפתחות.

מסקנות הוועדה

הוועדה לא מצאה פגם בטיפול הרפואי כולל הטיפול בכוויות על ידי הפלסטיקאים.

האיחור ההתפתחותי של התינוק אין לו ולא כלום עם האירוע המצער (הכוויה) שהתרחש לאחר הלידה. לגבי סיבות האיחור בהתפתחות, הוועדה ממליצה על המשך בירור גנטי והערכה אובייקטיבית כדי לשלול גורמים סביבתיים.

מאחר והבדיקה הידנית של המים אינה אמינה, הוועדה ממליצה שמשרד הבריאות יקבע סטנדרטים אחידים למדידת חום מי הרחצה, ובתכנון תשתיות המחלקה, ומניעת כל אפשרות לחשיפה למים בטמפרטורות מסוכנות.

תמצית הסיפור הקליני

ילידת 2007. בפברואר 2012 נמצאה רגישות לא כואבת ליד אוזן ימין. בהמשך התבצע בירור דיאגנוסטי בבית חולים כללי. ב-29.3 בוצע FNA שהיה בלתי אבחנתי. ב-5.4 בוצעה ביופסיית מחט שהעלתה חשד ללימפומה. ב-18.4 התבצעה ביופסיה פתוחה וב-24.4 מתקבלת האבחנה הפתולוגית של DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA. רופא המטו-אונקולוג ילדים מתאם עם המטו-אונקולוגית ילדים מבית חולים לילדים (בית החולים השני) העברה.

התקבלה בבית החולים לילדים ב-29.4. היא ביקשה סליידים מבית החולים הראשון לצורך רויזיה פתולוגית. בוצע STAGING מלא שהעלה נגעים בפרוטיס מימין ובאזור התוספתן.

הוחל בטיפול ב-COP וב-6.5 כבר תועדה תגובה על פי בדיקות הדמיה חוזרות ובעקבותיה בוצע טיפול שני ב-COPADEM וב-10.5 התקבלו הסליידים מבית החולים הראשון וב-14.5 התקבלה תשובת הרויזיה הפתולוגית מבית החולים השני: נאמר שהביופסיה מאד בעייתית והיא לא מתאימה ל-HIGH GRADE LYMPHOMA אלא ל-Lymphoepithelial sialadenitis, or marginal zone lymphoma. בינתיים נצפה שיפור ניכר נוסף בבדיקות ההדמיה. ב-13.6 נערכה התייעצות שהסכים עם האבחנה המבדלת אך העדיף תהליך תגובתי שפיר. ב-20.6 נערכה התייעצות עם פרופ' ELAINE JAFFE מה NIH, מגדולי המומחים בהמטו-פתולוגיה שהסכימה עם אותה אבחנה מבדלת עם העדפה ללימפומה. ב-3.7 התקבלה תשובה סופית: MARGINAL ZONE LYMPHOMA.

ב-28.6 נערכה פגישה בין המשפחה למנכ"ל המרכז הרפואי, וב-1.7 פגישה נוספת בנוכחות עו"ד. בהמשך הילדה עברה להמשך טיפול בבית חולים אחר על פי רצון המשפחה.

מסקנות הוועדה

1. שלב האיבחון: תשובתו של הרופא המכון הפתולוגי בבית החולים הראשון מה 24.4 של LARGE CELL LYMPHOMA הייתה שגויה ולא התאימה לתוצאות ה-PCR שהיו פוליקלונאליות ואשר היו כבר זמינות בעת מתן האבחנה. הטעות יכלה להימנע אילו נערכה התייעצות עם פתולוג נוסף באותו מועד.

2. שלב ההעברה: הרופא בבית החולים הראשון שתאם את ההעברה לבית החולים השני לא בדק את הילדה ולא דאג לצירוף סליידים פתולוגיים לקראת ההעברה. הרופאה אשר קלטה את הילדה בבית החולים השני ציידה את האם במכתב ביום קבלתה בבקשה לקבל את הסליידים לרויזיה. ניתנו לילדה שני קורסים כמותראפיים בטרם התקבלו הסליידים ב-10.5. נאמר לוועדה כי מקרה של העברה מבית חולים אחר בארץ, המחלקה אינה נוהגת לעקב את הטיפול עד לבדיקה חוזרת של הפתולוגיה אלא לבצע רויזיה של הפתולוגיה תוך כדי הטיפול וכך נעשה גם במקרה זה.

שלב גילוי הטעות: לא ברור כיצד הועבר המידע על הטעות לאמה. בשלב ראשון היה צורך בשיחה בין הצוות המטפל והאמה וגם עובדת סוציאלית. לא ברור אם שיחה כזאת התקיימה. התגובה לשיחה עם המנכ"ל והשיחה בעקבותיה בשיתוף עורך דין של המשפחה הייתה הנתקות מידית של האם ובתה מבית החולים השני ומעבר לבית חולים שלישי.

מסקנות נציב קבילות הציבור

ועדת הבדיקה עמדה במשימה החשובה של הגשת תשתית עובדתית על פרטי הפרשה, אולם מבלי לגבש המלצות. לפיכך תפקיד הפקת הלקחים נותר בידי נציב קבילות הציבור.

מהות המחלה: האבחון הפתולוגי במקרה זה היה קשה ביותר ועד היום לא הוגדר באופן חד משמעי. גם לאחר התייעצות עם גדולי הפתולוגים בארץ ובארה"ב נותרה אבחנה מבלבלת בין תהליך תגובתי בלתי ממאיר, לבין לימפומה ברמת אגרסיביות נמוכה, MARGINAL ZONE LYMPHOMA. האבחנה הראשונית שנעשתה בבית החולים הראשון של DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA הייתה שגויה ואינה מקובלת על אף אחד מהפתולוגים המנוסים שראו את החומר בהמשך. שגיאה זו הייתה יכולה להימנע אילו הפתולוג היה טורח לקבל את תוצאות בדיקת ה-PCR ולהתייעץ עם פתולוג נוסף.

העברת החולה לבית החולים השני: הרופא המטולוג הילדים מבית החולים הראשון שתיאם את ההעברה לבית החולים השני היה אמור לראות את הילדה בטרם ההעברה. אילו עשה מה שמקובל ומוודא כי החומר הפתולוגי נמצא בידי המשפחה, היה יכול להימנע העיקוב של 15 יום בין מועד ההגעה לשיבא ועד לגילוי הטעות באבחנה הפתולוגית.

איסוף הנתונים בבית החולים השני בטרם התחלת הטיפול: אין לקבל את ההסבר שבמקרה של העברה בארץ מבית חולים אחד למשנהו אין צורך לוודא את האבחנה הפתולוגית לפני התחלת הטיפול. במחלקה המטו-אונקולוגית מסודרת, לא רק שמוודאים את האבחנה ב"בית" אלא שגם עדיף שהקלינאי יושב עם הפתולוג ויקבל הסבר עין בעין על האבחנה הפתולוגית. הדבר לא נעשה במקרה זה. אמנם קיימים מצבים בהם נאלצים לוותר על תהליך זה, כאשר החולה מתדרדר בקצב המסכן מיידית את חייו, אך זה לא היה המצב במקרה הנדון.

הקשר עם האם ומסירת הבשורה הקשה: הלחצים על המשפחה של ילדה הסובלת ממחלה ממארת קשים מאד, ובמיוחד כשמדובר באם חד הורית. במקרה זה המידע שנמסר לאם היה לקוי בשני השלבים הקריטיים של הקשר עם הצוות:

א. כאשר נמסר לה שמדובר במחלה ממארת אגרסיבית מבלי לוודא את נכונות האבחנה הפתולוגית

ב. כאשר נאמר לה שאין לילדה מחלה ממארת. הרי עד היום קיים חשש שלילדה כן הייתה לימפומה. אילו היה הצוות מסתפק באמירה שמדובר באפשרות של לימפומה פחות אגרסיבית ממה שחשבו תחילה, ושכתוצאה מכך עושים הפסקה בטיפול ומתייעצים עם גדולי המומחים

בעולם, יתכן ואפשר היה למנוע את אבדן יחסי האימון הטובים שהיו קיימים עד אז בין הצוות למשפחה.

סוף דבר

ביקשתי עדכון מצוות בית החולים השלישי ובביקורה האחרון במרפאה ההמטולוגית לילדים ב-14.05 עדיין הייתה ברמיסיה ללא סימני מחלה. בסופו של דבר, הילדה נהנית היום מבריאות טובה ואף לא ניתן לשלול את האפשרות שהטיפול הביא לה תועלת. הרי הקונצפט של טיפול בכימותרפיה אגרסיבית אינו בלתי הגיוני, ומהווה בסיס להשתלת מוח עצם אוטולוגית בלימפומות LOW GRADE לשם השגת הפוגה ממושכת או ריפוי.

הלקחים הם בתחום העקרונות הרפואיים הבסיסיים: הצורך לוודא תמיד את מהות המחלה, ולא להיחפז בהתחלת טיפול לפני שממצים את האמצעים האבחנתיים המתבקשים.

רשימת חברי ועדות

פרופ' משנה עימאד אבו על נאעג'י, כירורגית פה ולסת רמב"ם
ד"ר סמדר אבן טוב פרידמן מנהלת יחידת פגים וילודים בית חולים הדסה עין כרם
גב' אילנה אהרונוביץ, מרכזת תחום סיעוד, האגף לבריאות הנפש משרד הבריאות
פרופ' ג'אן אוורבך מנהל נפרולוגיה אסף הרופא
ד"ר הדי אורבך מנהלת מחלקה פנימית, בית חולים וולפסון
ד"ר עודד אולשה, מחלקה כירורגית, מרכז רפואי שערי צדק
ד"ר דוד אולשוונג מנהל הרדמה בדימוס מרכז רפואי שערי צדק
פרופ' פליקס אומנסקי, מנהל בדימוס, המחלקה הנירורגית, הדסה
פרופ' אוסלנדר רון, מנהל מחלקת נשים ויולדות במרכז הרפואי כרמל
גב' טלילה אורגד, אחראית טיפול נמרץ לשעבר מרכז רפואי שיבא
ד"ר דינה אורקין, מנהלת היחידה להרדמה בילדים, המרכז הרפואי שערי צדק
גב' סימה אזולאי, מרכזת הבטחת איכות, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
פרופ' אחמד איד מנהל מחלקה כיר' הדסה הר הצופים
ד"ר מיכאל אילן מנהל יחידת קוצבי-לב ואלקטרו-פיזיולוגיה, המרכז הרפואי שערי צדק
ד"ר גל איפרגן, מנהל המחלקה הנירורגית בית חולים סורוקה
ד"ר סורין אליאס מנהל מחלקת דימות, מרכז רפואי וולפסון
פרופ' ריקרדו אלפיסי, מנהל המערך כהירורגי בית חולים הלל יפה
ד"ר נחום ארליך, מנהל מחלקה אורולוגית, בית חולים הלל יפה
ד"ר מתי ארליכמן מנהל מלר"ד מיון ילדים מרכז רפואי שערי צדק
ד"ר איתמר אשכנזי, סגן מנהל מחלקה כירורגית ב' בית חולים הלל יפה
ד"ר ג'לאל אשקר מנהל המחלקה לרפואה דחופה בית חולים הילל יפה

ד"ר נחום בגלייטר, מנהל היחידה לכירורגיה זעיר פולשנית, הדסה הר-הצופים
פרופ' ג'פרי בונר, מנהל לשעבר המחלקה הנפרולוגית במרכז הרפואי רבין
פרופ' אמנון בזינסקי, מנהל המרכז לבריאות האישה, הדסה עין כרם
ד"ר האני בחוס מנהל יח' טראומה מרכז רפואי רמב"ם
פרופ' דני ביטרן מנהל המחלקה לניתוחי לב, מרכז רפואי ש. צדק
פרופ' יורם בייט, מנהל מחלקת יולדות לשעבר, בית חולים מאיר
ד"ר סרגיו בלומן, מחלקת נירורגיה, מרכז רפואי הלל יפה
ד"ר יונתן בלקין, מנהל טיפול נמרץ לב מרכז רפואי שערי צדק
ד"ר יוסף בן ארי מנהל טיפול נמרץ ילדים בית חולים מאיר
פרופ' עופר בן יצחק מנהל מכון פתולוגי מרכז רפואי רמב"ם
פרופ' אלון בן נון, מנהל מחלקת ניתוחי חזה בית חולים שיבא
ד"ר ענבר בן שחר, מנהל מח' נשים ויולדות בית חולים זיו, צפת

עו"ד שני בצלאל, מנהלת תחום פניות הציבור, משרד הבריאות
פרופ' יעקב בר מנהל רפואת האם והעובר בית חולים וולפסון
ד"ר שמואל בר חיים מנהל המחלקה לרפואה דחופה מרכז רפואי אסף הרופא
פרופ' משנה יצחק ברוורמן מנהל מחלקת א.א.ג. מרכז רפואי הלל יפה
ד"ר שרון עינב ברומיקר טיפול נמרץ כללי, המרכז הרפואי שערי צדק
ד"ר ברנרד ברקוביץ יחידה פסיכיאטרית ביי"ח הלל יפה
פרופ' חיים ברקנשטט מנהל המערך להרדמה מרכז רפואי שיבא

ד"ר סרגיי גודמן מנהל חדרי ניתוח הדסה עין כרם,
ד"ר זאב גולדיק, מנהל יח' התאוששות, מרכז רפואי כרמל
פרופ' אוהל גונן מנהל מחלקת נשים ויולדות, ביי"ח בני ציון
פרופ' שמעון גליק, דיקן לשעבר, המרפאה האנדוקרינית, בית חולים סורוקה
ד"ר נביל ג'ראיסי סגן פסיכיאטר מחוזי מחוז צפון
פרופ' דוד גרוס מנהל היחידה לגידולים נירואנדוקריניים, מרכז רפואי הדסה
ד"ר יואל גרייף, מנהל מכון הריאות, בית חולים לניאדו

פרופ ציפי דולפין לשעבר מנהלת מחלקת יילודים ופגים בבית חולים מאיר
ד"ר מיכאל דור, ראש אגף רפואה כללית וסגן ראש מינהל רפואה, משרד הבריאות
ד"ר דורית דיל נחליאלי, אגף שירותי רוקחות משרד הבריאות
פרופ' אריה דרוגן – מנהל חדרי לידה, מרכז רפואי רמב"ם
פרופ' זאב דרזניק מנהל בדימוס של המערך הכירורגי – מרכז רפואי רבין
פרופ' בנימין דרנגר, מנהל יחידה להרדמה אורתופדית, הדסה עין כרם
ד"ר יפה הארון, נציבת קבילות, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
פרופ' שמואל היימן, מנהל מחלקה פנימית הדסה הר הצופים
פרופ' פנחס הלפרן, מנהל המחלקה לרפואה דחופה מרכז רפואי תל אביב
ד"ר יעקב הספל, יועץ נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים
פרופ' אריה הרמן, מנהל חטיבת נשים ויולדות מרכז רפואי אסף הרופא
פרופ' משה הרש מנהל בדימוס, מחלקת טיפול נמרץ כללי, מרכז רפואי שערי צדק

ד"ר אגנס וואש סגנית פסיכיאטר מחוזי ירושלים
פרופ זאב וינר מנהל יחידת האולטרה-סאונד מיילדותי, מרכז רפואי רמב"ם
פרופ' יורם וייס מנהל בית חולים הדסה עין כרם
גב' נינה וויס אחות אחראית חדרי ניתוח בית חולים הלל יפה
ד"ר אבי וייסמן, מנהל יחידה להרדמה סב-ניתוחית, מרכז רפואי רמב"ם
פרופ' יחזקאל וויסמן מנהל המחלקה לרפואה דחופה ביי"ח שניידר

גב' ויקי וקסלר, ממונה ארצית על יישום סטנדרטים ברפואה קהילתית
פרופ' יצחק וירגין, מנהל המחלקה הנורולוגית בסורוקה,
פרופ' דוד ורון, מנהל יחידת הקרישה, המכון ההמטולוגי, הדסה עין כרם

ד"ר אנדריי זבורוב, מנהל היחידה לנזעי חשמל, מרכז בריאות הנפש שלוותה
דר' שושנה זווין, מנהלת מחלקה פנימית ב' ומנהלת השרות לפרמקולוגיה קלינית, שערי צדק
ד"ר טוד זלוט מנהל מלר"ד מרכז רפואי שערי צדק
דר' אורלי זליג מנהלת בנק הדם, הדסה עין כרם
ד"ר יהודית זנדבנק, מנהלת מכון פתולוגי מרכז רפואי אסף הרופא

עו"ד פיראס חאיק, רכז בכיר לאירועים מיוחדים, מינהל רפואה, משרד הבריאות
פרופ' ציון חגי מנהל חטיבת נשים ויולדות ב"ח קפלן
ד"ר עאמר חוסיין מנהל המחלקה לרפואה דחופה, בית חולים זיו
ד"ר ביביאנה חזן, מנהלת המחלקה למחלות זיהומיות ב"ח העמק
ד"ר אמיל חי, סגן מנהל המרכז הרפואי ברזילי
פרופ' מוטי חלק מנהל מחלקת נשים ויולדות בית חולים הילל יפה
עו"ד שני חסון. נציבות קבילות הציבור, משרד הבריאות
עו"ד אייל חקו, נציבות קבילות הציבור, משרד הבריאות

ד"ר חנן טאובר, מנהל בדימוס, מחלקה אורתופדית בית חולים קפלן
ד"ר יוסי טובבין מנהל חדרי לידה, בית חולים אסף הרופא
גב' ורדה טוחנר, אחות בקרת סיעוד ודיאליזה אגף רפואה כללית מנהל רפואה משרד הבריאות
עו"ד רפי טויזר, נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים, משרד הבריאות
ד"ר ג'לאל טרביה – מרכז תחום, היחידה לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת מרכז רפואי סוראסקי

ד"ר יודיץ אריה – מח. כירורגית א' בית חולים וולפסון
פרופ' ג'וני יונס מנהל היחידה להפריה חוץ גופית במרכז הרפואי, פוריה
פרופ' עוזי יזהר, כירורגית חזה ולב, מרכז רפואי הדסה
פרופ' עמוס ינון מנהל האגף הפנימי מרכז רפואי שערי צדק
ד"ר אייל יעקבסון, מ"מ סגן לראש מינהל הרפואה
פרופ' חיים יפה, מנהל חטיבת נשים ויולדות לשעבר בבית חולים ביקור חולים בירושלים
ד"ר אייל יצחיאק, רופא בכיר, מחלקה נירוכירורגית הדסה עין כרם
ד"ר מנחם יצחקי ז"ל, מנהל שעבר, מחלקה אורתופדית מרכז רפואי שערי צדק
ד"ר שלומי ישראלית, מנהל לשעבר המחלקה לרפואה דחופה מרכז רפואי רמב"ם

ד"ר אבי כהן מנהל נירוכירורגית ילדים בית חולים סורוקה

ד"ר עדינה כהן אדר סגנית פסיכיאטר מחוזי, מחוז מרכז

ד"ר מרים כץ מנהלת מכון הדמיה, בית חולים קפלן

ד"ר נחום כץ מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש גהה

ד"ר ישי לב מנהל מח' נהלים וסטנדרטים ברפואת הקהילה

פרופ' יעקב לביא מנהל היחידה להשתלות לב, מרכז רפואי שיבא

פרופ' עופר לביא מנהל היחידה לכירורגיה גינקולוגית ב"ח כרמל

פרופ' חיים לוטן מנהל מערך הלב מרכז רפואי הדסה עין כרם

ד"ר יורם לוטן, מנהל האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, משרד הבריאות

עו"ד סימה לוי מובשוביץ, נציבות קבילות הציבור במקצועות רפואיים

גב' צביה לוי, מנהלת אגף הסיעוד ומקצועות פרא. רפואיים. בית חולים הרצוג

ד"ר שרה לוי, אחראית ארצית על הסיעוד בגריאטריה, אגף גריאטריה משרד הבריאות

ד"ר פיליפ לוי, מנהל מחלקת טיפול נמרץ כללי, מרכז רפואי שערי צדק

ד"ר ישראל לוינשטיין, מומחה לשיקום הפה ופרוסטודונטיה

ד"ר סיגל ליברנט טאוב, ראש אגף רפואה כללית

ד"ר איריס לייטרסדורף, מ"מ ראש האגף לרפואה קהילתית, משרד הבריאות.

ד"ר ג'ורג' ליכטמן, שרות גסטרואנטרולוגי בית חולים מאיר

פרופ' פסח ליכטנברג, מנהל מחלקה פסיכיאטרית, ב"ח הרצוג

ד"ר זהר לנדאו מנהלת השירות לאנדוקרינולוגיה של ילדים, בית חולים וולפסון

ד"ר אירית לקסר, מנהלת המחלקה לסטנדרטים ואכיפה, אגף גריאטריה משרד הבריאות

ד"ר דיב מאהר מנהל היחידה לניתוחי חזה המרכז הרפואי שערי צדק

פרופ' אלון מוזס, מנהל המחלקה למחלות זיהומיות, מרכז רפואי הדסה

פרופ' יורם מור, מנהל השרות לאורולוגיה ילדים בבית החולים אדמונד ולילי ספרא

ד"ר אבי מזרחי, מחלקת טיפול נמרץ, המרכז הרפואי אסף הרופא

פרופ' שלומי מטצקי מנהל טיפול נמרץ לב תל השומר

פרופ' הילטון מילר, המערך הקרדיולוגי, מרכז רפואי איכילוב

פרופ' אלדד מלמד ז"ל מנהל לשעבר, המחלקה הנורולוגית בבית"ח בילינסון

ד"ר אסתר לי מרקוס מנהלת היחידה להנשמה כרונית בית חולים הרצוג

ד"ר עדי נמרוד מנהל היחידה לטיפול נמרץ כללי, בית חולים קפלן

פרופ' רוג'ר סבי, מנהל מחלקה אורתופדית בית חולים הלל יפה

ד"ר ערן סגל, מנהל מחלקת הרדמה וטיפול נמרץ, בית חולים אסותא

פרופ' יעקב סוסנה, מנהל מערך ההדמיה, המרכז הרפואי הדסה עין כרם
פרופ' שאול סופר, מנהל היחידה לטיפול נמרץ ילדים, בית חולים סורוקה
ד"ר יעקב סטרכילביץ מח' מיקרוביולוגיה קלינית ומחלות זיהומיות, מרכז רפואי הדסה עין כרם
ד"ר דוד סימנסקי, המחלקה לכיר' לב חזה שיבא

פרופ' עימנואל סיקולר, לשעבר מנהל מחלקת פנימית ב', מרכז רפואי סורוקה
פרופ' ג'אן איב סישל מנהל מחלקת א.א.ג. מרכז רפואי ש. צדק
פרופ' צ'רלס ספרונג, מנהל לשעבר של היחידה לטיפול נמרץ כללי, הדסה עין-כרם

ד"ר פזית עזרי דיקן בית הספר למדעי הסיעוד במכללה האקדמית תל אביב יפו
פרופ' טיבריו עזרי, מנהל מחלקת הרדמה, בית חולים וולפסון
פרופ' שאול ענתבי, יועץ לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, משרד הבריאות

ד"ר חיים פארן מנהל מ. כירורגית א' בית חולים מאיר
ד"ר רפאל פולק, מנהל יחידת עלקול ומנהל רפואי לשעבר, בית החולים ביקור חולים
גב' הילה פיגל מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, מינהל הסעוד
פרופ' בנימין פיורה, מנהל היחידה לגינקולוגיה אונקולוגית, מרכז רפואי סורוקה
ד"ר בוריס פינקל מנהל מחלקת פסיכוגריאטריה בב"ח לב השרון
ד"ר רחל פיקאר, מח' נשים ויולדות הדסה עין כרם
פרופ' אלון פיקרסקי, מנהל המרכז לכירורגיה קולורקטלית בהדסה עין כרם
ד"ר צבי פישל מנהל מחלקה, המרכז לבריאות הנפש גהה
פרופ' עמי פישמן מנהל אגף לגינקולוגיה ומיילדות ב"ח מאיר
ד"ר מורשיד פרחאט מחלקת נשים ויולדות, הדסה הר הצופים
ד"ר יורי פרליץ - מנהל יחידת הריון בסיכון גבוה, בית חולים פורייה

עו"ד גדעון צוריאלי, נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים, משרד הבריאות
ד"ר חנה צפירי, אחראית לפיתוח, יישום ובקרה של בחינות הרישוי, מינהל הסיעוד
ד"ר יעקב צ'רנס סגן פסיכיאטר מחוזי ת.א.

ד"ר אלי קובי מנהל מח' בריאות השן לשכת הבריאות ת.א.
ד"ר לב קולטון, סגן מנהל מח. כיר. א. בית חולים העמק
פרופ' דורון קופלמן מנהל מ. כירורגית ב', בית חולים העמק
פרופ' ערן קוצר, מנהל המחלקה לרפואה דחופה ילדים אסף הרופא
פרופ' שלמה קייזר מנהל המחלקה הכירורגית בית חולים לניאדו
ד"ר צבי קירש, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל
פרופ' אהוד קליין מנהל מחלקה כירורגית בדימוס בית חולים מאיר

ד"ר יורם קליין מנהל היחידה לכירורגיה דחופה, מרכז רפואי שיבא
פרופ' מיכאל קראוס, מנהל מחלקה כירורגית, בית חולים הלל יפה

פרופ' מיכה רבאן, מנהל בדימוס היחידה לטיפול במחלות המעי הגס והרקטום בבית-חולים איכילוב

ד"ר לואיס ריבקין, מנהל היחידה לאשפוז כירורגי א', המרכז הרפואי שערי צדק

ד"ר אלין רוזנצוויג, סגן פסיכיאטר מחוזי, חיפה

ד"ר נסים רוזן, מנהל המחלקה הנורוכירורגית בבית חולים איכילוב,

ד"ר רונית רחמילביץ, מנהלת מח. פנימית מרכז רפואי הלל יפה

ד"ר שושי ריבא, אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד

ד"ר סימה רייכר, מנהלת המחלקה להנחיות מקצועיות, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות

פרופ' פתחיהו רייסמן, מנהל האגף הכירורגי, מרכז רפואי שערי צדק ירושלים

ד"ר נילי רמון, אונקולוגית ילדים, מרכז רפואי הדסה עין כרם

ד"ר אילת רמון, מנהלת מיון ילדים בביה"ח דנה-דואק

פרופ' משה שבתאי מנהל המרכז לכירורגיית השד מרכז הרפואי שיבא

ד"ר איוון שוורץ, מח כירורגית א' בית חולים מאיר

ד"ר אלכס שולקין, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל

פרופ' אבי שטיין, מחלקה אורולוגית ב"ח כרמל

ד"ר מיכל שטיין מנהלת היחידה למחלות זיהומיות, בית חולים הלל יפה

פרופ צבי שטיינר, מנהל המחלקה לכירורגית ילדים המרכז הרפואי מאיר בכפר-סבא.

פרופ' דוד שטרית, מנהל מערך הראות, בית חולים מאיר

ד"ר טומי שיינפלד לשעבר מנהל מחלקת טיפול נמרץ ב"ח שניידר

ד"ר שמואל שילה מומחה לרפואה פנימית ואנדוקרינולוגיה,

פרופ' מיכאל שימל, מנהל טיפול נמרץ ילודים מרכז רפואי שערי צדק

פרופ' יחיאל שלזינגר, מנהל מערך ילדים מרכז רפואי שערי צדק

ד"ר מיכה שמיר, מחלקת הרדמה, מנהל שירות ובי"ס להחייאה, הדסה עין כרם

פרופ' דוד שניידר, מנהל אגף נשים והיחידה הגינקו-אונקולוגית אסף הרופא

ד"ר רמי שפירא, מנהל יחידת ניתוחי השמנה, מרכז רפואי שערי צדק

גב' קרן שפר, אחות ראשית, מחלקת ילדים, מרכז רפואי הדסה עין כרם