

פרופ' מוטי רביד
רישיון מס' 6724
מומחה ברפואה פנימית(4021)
מומחה במנהל רפואי(10308)

בוגר הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה
התמחות ברפואה פנימית ביה"ח תל השומר
רופא בכיר במחלקה פנימית המרכז הרפואי שיבא
1974 – 1972 מנהל בית החולים ע"ש רבקה זיו, צפת
1978 – 1974 מנהל בית החולים יפן(וולפסון)
1978 – 1974 מנהל מחלקה פנימית, בי"ח יפו
1994 – 1978 מנהל מחלקה פנימית א', בי"ח מאיר כ"ס
1980 – 1970 חתם רפואי ויועץ בחברות ביטוח
1995 – 1994 סגן מנהל רפואי, מכבי שירותי בריאות
1998 – 1993 יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה פנימית
2001 – 1980 יו"ר ועדה לתוארי מומחה, המועצה המדעית של הר"י
2002 – 1998 נשיא האיגוד האירופי לחקר יתר לחץ דם בסכרת
2004 – 1995 מנהל מחלקה פנימית ד', בי"ח מאיר כ"ס
2004 – 1993 חבר הפנל להערכת תרופות, ארגון הבריאות העולמי
2006 – 1997 יו"ר ועדת התרופות המרכזית, שירותי בריאות כללית
2006 – 1990 יועץ מחקר, ארגון הבריאות העולמי
2013 – 2009 יו"ר האגודה הישראלית לסכרת
2018 – 1998 חבר מערכת *European J. Internal Medicine*
2021 – 2005 מנהל רפואי, המרכז הרפואי מעיני הישועה
2022 – 2002 חבר המועצה הלאומית לדימוס
חבר המועצה הלאומית לסכרת

חבר באיגודים המקצועיים ליתר לחץ דם, אנדוקרינולוגיה, סכרת ורפואה פנימית.
פרופסור מן המניין (אמריטוס) לרפואה פנימית, אוניברסיטת תל-אביב

===== =
13.05.2025

חוות דעת רפואית

בעניין: שאול יחזקאל דובער גרינפלד ת.ז. 7-20107539

לבקשת עו"ד אריאל פרייברג עיינתי במסמכים הרפואיים שהועמדו לרשותי כדי לתאר את מהלך האירועים הרפואיים שהתרחשו ב- 23.12.2023 כאשר שאול יחזקאל גרינפלד (להלן החולה) חלה במחלת חום והופנה למלר"ד המרכז הרפואי תל אביב ועד לאשפוזו, למחרת, ביחידה לטיפול נמרץ כשהוא במצב של הלם ספטי קיצוני ממנו החלים לאחר אשפוז ממושך ובמחיר קטיעת רגליו, קיצור אצבעותיו, פגיעה בכליות ובעיות נוספות שהפכו את המשך חייו למסע חתחתים רצוף סבל, וקשיי תפקוד.

בכוונתי להבהיר כי לו ננקטה כלפי החולה גישה רפואית סבירה וזהירה, כמתחייב מהנתונים שהיו בפני רופאי המלר"ד בעת קבלתו של החולה, היה סיכוי סביר ביותר כי היה מחלים מהזיהום ללא הסיבוכים שהתרחשו בפועל.

עיכוב בלתי מוסבר של קרוב ל-12 שעות במתן הטיפול הדחוף, שהיה אמור להתחיל מיד לאחר קבלתו, אפשר לזיהום להתפתח לכדי ספסיס אשר כמעט עלה לחולה בחייו והותיר אותו נכה ומוגבל לשארית חייו.

המסמכים שהיו לפני:

רשומה רפואית מהמרכז הרפואי תל אביב:

גיליון מלר"ד - 23-24.12.23

רישום קבלה רפואית, היחידה לטיפול נמרץ - 24.12.23

סיכום ביניים, מערך השיקום - 18.07.24

סיכום ביקור המרפאה לנפרולוגיה 11.02.24

פרשת המקרה

רקע – יליד 1989. לאחר הלידה אובחנה מחלת דם גנטית Congenital Spherocytosis. (במחלה זו כדוריות הדם הן אכן בצורת כדור, לעומת הצורה התקינה שהיא דיסק שטוח לכן הן נהרסות בטחול. כריתת הטחול היא חובה במחלה זו). הטחול נכרת בילדותו ומאז חוסן כנדרש בכל שנה. ב-2023 לא קבל חיסון נגד דלקת ריאות.

בגיל 18 חלה בדלקת כפורת הלב (Pericarditis). המחלה הייתה, ככל הנראה, חיסונית. הגיבה לטיפול בסטרואידים. החולה קיבל טיפול זה לתקופה ממושכת. כדי לאפשר הפסקת הטיפול בסטרואידים הוחל בטיפול ביולוגי (Anakirna) אשר הופסק במאי 2023. הצירוף של העדר טחול עם טיפול ביולוגי וטיפול בסטרואידים מתייג את החולה כמי שמערכת החיסון שלו פגועה במידה ניכרת והוא חשוף לסיכוני זיהום שעלולים לסכן את חייו.

האירועים נשוא הדיון -

ב-23.12.23 :

בשעה-20:30 החולה התקבל במוקד חירום של קופת חולים מאוחדת וסיפר על חולשה ושיעול ליחתי. הרופא שקבל אותו רשם כי החולה הוא לאחר כריתת טחול, חולה בפריקרדיטיס וטופל בסטרואידים. התקבל עקב חום 38.9 ודופק מהיר מאד 150- לדקה. הרופא לא שמע ממצאים מעל לריאות אך בספירת הדם נמצאה עליה במספר הכדוריות הלבנות (14,000) וריבוי יחסי של תאים גרנולוציטיים (רמז לזיהום חיידקי). הרופא הפנה את החולה למחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד), כאשר במכתבו הוא מדגיש כי לחולה נכרת הטחול.

ב-שעה 22:13 החולה התקבל במלר"ד המרכז הרפואי ת"א. האחות שערכה את הטריאז' רשמה: " בן 34, הגיע למיון עצמאי, לדבריו חום ודופק מהיר (אצלנו 114). רמת דחיפות 4. ללא כאב.

האחות רשמה את התרופות הקבועות שהחולה מקבל : Cardiloc 5mg, Micropirin 100mg, Calcium Carbonate 600mg, Lustral 100mg, Omepradex 20mg, Ozempic 0.25 mg inj, Stator 10mg, Vitmain D, **Prednisone 20mg**

הרופא שקבל את החולה במלר"ד רשם: "בן 34, צלול ועצמאי. ברקע פריקרדיטיס כרונית תחת טיפול בפרדניזון, תחת טיפול בקרדילוק. מציין כעת חום וחולשה כללית בחילות והקאה בודדת. בנוסף לשיעול ליחתי ונזלת. לדברי המטופל- יודע על דופק סביב 100. פנה למוקד חירום, נבדק ע"י רופא, היה עם חום 38.9 טכיקרדיה סביב 150. א.ק.ג. במוקד- סינוס טכיקרדיה ללא שינויים בסגמנט ST (ללא עדות למצוקת שריר הלב).

בבדיקה- שוכב במיטתו עירני נינוח ללא מצוקה נשימתית או המודינמית. חום 37.4, ל"ד 161/115, דופק 111 סטורציה 98%. בדיקת הגוף- ללא ממצא חריג.

מעבדה- המוגלובין תקין, לויקוציטים $K 31.3$ (שלושים ואחד אלף), נויטרופיליה 92.5, לימפופניה 0.7. (ספירת דם המעידה בבירור על זיהום חיידקי, החמרה משמעותית לעומת הבדיקה במוקד,

מספר שעות קודם לכן). ה- CRP (מדד דלקת - תקין עד 5) היה 110.

לסיכום, הרופא כתב: מטופל בן 34, ברקע כמתואר, הופנה למיון בשל חום גבוה שנמדד במוקד חירום מלווה בטכיקרדיה 150.

תכנית - נעקוב אחר בדיקות דם. אספירין.

הרישום הבא הוא אחר חצות, ב-24.12.23 בשעה 00:38.

הרופא כתב כך: תמונה זיהומית עם עליית מדדי דלקת מרשימה, חשד, על פי האנמנזה, למקור ריאתי. תכנית: קורונה, תרבויות דם, צל"ח (צילום רנטגן של בית החזה).

החלטה על טיפול אנטיביוטי בהתאם לצל"ח.

(ההחלטה הראשונה של הרופא, לעקוב ולא לעשות דבר, וההחלטה השנייה, כעבור שעותיים, שוב, לא לעשות דבר אלא להמתין לתוצאות של צילום רנטגן של הריאות, חרצו את גורלו של החולה, סיכנו את חייו וגרמו לנכות קשה).

הטיפול התרופתי במלר"ד:

ב-24.12.23 -

ב- 01:36 הותקן עירוי והחולה החל לקבל תמיסת מלח פיסיולוגית (כדי לשמור ווריד פתוח).

ב- 04:50 ניתנו בעירוי 1000 מ"ג פרצטמול (להורדת חום),

ב- 07:52 ניתנו בעירוי 1000 מ"ג אופטלגין (להורדת חום).

ב- 09:22 שוב ניתנה תרופה (שלישית) להורדת חום הפעם פומית (נורופן 400 מ"ג) יחד עם תכשיר חוסם רצפטורים בטא (קרדילוק 5 מ"ג) כדי להאט את קצב הלב.

ב- 09:35 ניתנה בעירוי תמיסת גלוקוז 50% כיון שבבדיקת מעבדה נמצאה היפוגליקמיה (ירידה בריכוז הגלוקוז). בחולה שאינו מקבל אינסולין- סימן מובהק לספסיס קשה).

ב- 10:03 נלקחה דגימת דם לבדיקות מעבדה

ב- 10:47 ניתנו בעירוי 100 מ"ג הידרוקורטיזון.

ב-10:55 (11 שעות ו-48 דקות לאחר קבלתו של החולה למלר"ד) הוחל במתן אנטיביוטיקה (תכשיר פומי Azitromicene, ותכשיר תוך ווריד- Ceftriaxone) (להוראה למתן אנטיביוטיקה לא ניתנה ע"י רופא המלר"ד אלא ע"י רופא מהיחידה לטיפול נמרץ שהוזעק אל החולה לאחר שהתפתח הלם קשה).

ב- 30: 12 החולה הועבר ליחידה לטיפול נמרץ. האבחנה שנרשמה בקבלתו:

“זיהום דוהר לאחר כריתת טחול”.

ב- 53: 12 נערכה קבלה רפואית וכך נכתב ע"י הרופא ביחידה לטיפול נמרץ: "בן 34. רקע- כריתת הטחול עקב ספרוציטוזיס, פריקרדיטיס כרונית שטופלה עד מאי בסטרואידים ובאנקירנה (טיפול ביולוגי). כעת ללא טיפול וללא תסמינים. אלכוהוליזם בעבר-נגמל.

התקבל אמש לפני חצות למיון עקב פרודרום (תופעות מקדימות) של נזלת וחום עד 38.9, אך במיון החל מדרדר. החל משלשל, האפיר, עורו הפך משויש (הכוונה לחיוורון אפור), לחצי דמו שהיו גבוהים תחילה החלו יורדים והופיעו היפוגליקמיות (ירידה בריכוז הגלוקוז). לקטאט נמדד- 8 (מסמן- חמצת מטאבולית קשה), לויקוציטוזיס 30 אלף. טופל באזניל רוצפין, (כזכור- אנטיביוטיקה ניתנו, באיחור של כמעט 12 שעות, בשעה 10: 55, בהנחיית רופא טיפול נמרץ). הוצג ליחידה והתקבל מיד. מחמת קושי בהשגת גישה וורידית במיון- לא קיבל נוזלים רבים.”.

בקבלתו ליחידה לטיפול נמרץ החולה היה בהלם עמוק, חמצת מטאבולית קשה, היפוגליקמיה קיצונית (ריכוז גלוקוז 27 מ"ג%). תמונה מעבדתית וקלינית של DIC (Disseminated intravascular coagulation), התהליך הספטי גורם להיווצרות קרישי דם מיקרוסקופיים, התוצאה היא ירידה בריכוז גורמי הקרישה לכן נטייה לדמם ומצד שני- חסימה של כלי דם רבים במיוחד בקצות הגפיים).

התפתחות DIC הייתה הגורם להתוות נמק ברגליו ובאצבעותיו של החולה. לכן אך שביחידה לטיפול נמרץ הצליחו למנוע את מותו היה הכרח לקטוע את רגליו.

ביחידה לטיפול נמרץ החולה הורדם והונשם והחלה מלחמה על חייו. במהלך מחלתו לקה באי ספיקת כליות קשה שחייבה טיפול ממושך בהמודיאליזה (עד יולי 2024). חייו ניצלו אך הוא נותר נכה קשה. סה"כ החולה היה באשפוז במשך למעלה מ-200 יום.

מצבו כיום : הוא מתנייד אך באמצעות רגליים תותבות ונזקק לעזרה ותמיכה. סובל מאי ספיקת כליות כרונית (פינוי כלייתי נמוך מ-20 מל/דקה - תקין לגילו -מעל 90), נזקק לטיפול תרופתי מורכב, איזון דיאטה ומעקב רפואי צמוד. הוא יזדקק להשתלת כליה תוך שנים ספורות. שיעורי נכותו בגין הליקויים שנגרמו עקב הכשל בטיפול :

מ/א כריתת שתי הרגליים תחת הברך 75% (50+50) לפי סעיף (7)47(ב)

אי ספיקת כליות דרגה 4 - 80% לפי סעיף (7)22(ד)

דיון

אבקש לפתוח את הדיון במקרה מצער זה בציטוט מתוך ההקדמה לפרק על הגישה הרפואית לחולים נעדרי טחול (או תפקוד טחול בלתי תקין) מתוך האתר UpToDate 2024. אתר זה שהוא בפיקוח המכונים הלאומיים לבריאות בארה"ב (NIH) הוא, כיום, אחד המקורות הטובים, המעודכנים והמוסמכים למידע רפואי ולהנחיות טיפוליות.

Fever in a patient with impaired splenic function is a warning sign for possible sepsis and should be treated as a medical emergency.

A-splenic and functionally hypo-splenic patients are at risk for severe and overwhelming infections with encapsulated bacteria. Infection with these pathogens can be rapidly fatal and immediate empiric antibiotic administration is critical to care.

הדגש, במשפטים ספורים ומאוד ברורים אלה, הוא על מתן טיפול אנטיביוטי מיד לאחר נטילת דגימות דם לתרבית ולבדיקות הבסיסיות, ללא המתנה לתוצאות הבדיקות. הסיכון לפתח זיהום דוהר וספסיס, בחולים נטולי טחול, גבוה פי 30 לעומת האוכלוסייה הכללית בקבוצות גיל דומות ושיעור התמותה מספסיס גבוה, בחולים אלה, פי שלושה לעומת ספסיס בחולים שמערכת החיסון שלהם תקינה .

(Kistinssin SY et al. Haematologia 2014;99:392,
Hansen K, Singer BD. Ped Dev Pathol 2001(4);105-21).

להלן ציטוט נוסף ממאמר המסכם את הגישה הטיפולית לחולים נעדרי טחול הפונים לרופא עקב עליית חום :

Post-splenectomy infections are potentially severe with overwhelming sepsis.
This demands prompt antibiotic management with third-generation cephalosporins for any post-splenectomy fever. (Buseie R et al. J Vis Surg 2016;153:277-86)

ספסיס בחולים נעדרי טחול מוכרת היטב ברפואת ילדים, ברפואה פנימית ובמיוחד ברפואה דחופה שם מתרחש לרוב המפגש הראשון בין החולה למערכת הרפואית. זיהומים מפחידים אלה זכו לשם מיוחד **OPSI** (Overwhelming post-splenectomy infection). החיידקים העיקריים הגורמים לזיהומים קשים כאלה הם פנאומוקוקים, מנינגוקוקים והמופילוס אינפלואנזה (האחרון הוא החיידק שגרם לספסיס בתובע). (DiSabatino A et al. Lancet 2011;378:86-97).

הסיכון להתפתחות זיהום קשה ותמונה קלינית של OPSI גבוה במיוחד בחולים בהם הטחול נכרת עקב מחלה לעומת אלה בהם הסיבה לכריתתה הייתה טראומה (למשל -קרע בטחול בתאונת דרכים). בתובע הטחול נכרת בילדותו עקב מחלת דם שחייבה את הכריתתה כיון שכדוריות הדם נהרסו בטחול. לכן הוא היה בסיכון מיוחד לפתח ספסיס. פגיעה במערכת החיסון שלו עקב מחלה כרונית נוספת (פריקרדיטיס כרונית) וטיפול ממושך בתכשיר ביולוגי ובסטרואידים הוסיפו לפגיעה במערכת החיסון. התובע הקפיד לקבל את החיסונים הנדרשים (אם כי החמיץ את החיסון האחרון) והיה מודע לצורך לפנות לרופא מיד כאשר התרחשה עליה חום .

כאשר חומו עלה, ב-23.12.23, הוא פנה מיד למוקד רפואי. הרופא במוקד היה מודע למצבו המיוחד ורשם בביור את עובדת העדר הטחול ולכן הפנה מיד למלר"ד בבית חולים. דווקא במלר"ד במרכז רפואי אוניברסיטאי התרחש ליקוי מאורות. הרופא שקבל את החולה ידע שהוא נעדר טחול, חולה בפריקרדיטיס והיה בטיפול ביולוגי ובסטרואידים. כל אלה לא הספיקו כדי שהרופא יבין שלפניו "פצצה מתקתקת", חולה המפתח ספסיס לנגד עיניו. הוא לא דאג להתקנת עירוי ראוי שיאפשר מתן נוזלים כנדרש, שלח בדיקות, הפנה לצילום ריאות והחליט להמתין לתוצאות ולעכב את הטיפול האנטיביוטי.

כעבור שעתיים, לאחר שראה עליה חדה בספירה הלבנה (מ-14,000 עד- 30,000 תוך מספר שעות) המצביעה בבירור על קיומו של זיהום חיידקי, ראה עליה מרשימה במדדי דלקת וראה (היה אמור לראות) שהחולה החוויר ושלשל - עדיין הרופא לא התעשת ולא הבין מה לפניו. רק כאשר התפתחה היפוגליקמיה ולחץ הדם ירד, כלומר כבר הייתה תמונה מליאה של הלם ספטי, נקרא רופא טיפול נמרץ שהורה מיד על מתן אנטיביוטיקה. הטיפול, שהיה צריך להינתן רבע שעה לאחר כניסתו של החולה למלר"ד (הזמן הנדרש לקריאת מכתב ההפניה, בדיקת הפרמטרים החיוניים בחולה ונטילת דגימות דם) ניתן באיחור של 12 שעות.

הטיפול ניתן כאשר החולה כבר היה בהלם ותהליך ה DIC (קרישת דם תוך כלית) היה בעיצומו. ביחידה לטיפול נמרץ חיו של החולה נצלו אך הוא שילם על האיחור במתן האנטיביוטיקה בקטיעת רגליו ובפגיעה חמורה בכליות ובאצבעות וירידה ניכרת בשמיעה.. אין וודאות כי מתן תוך וורידי של אנטיביוטיקה רחבת טווח מיד לאחר קבלתו של החולה למלר"ד היה בה כדי למנוע את הספסיס. אולם אין ספק כי לטיפול מוקדם באנטיביוטיקה רחבת טווח היה סיכוי גבוה למנוע הדרדרות המודינמית, למנוע או לפחות למתן את ה DIC ובכך למנוע את הנמק ברגליים ואת הצורך בקטיעתן וכן, למתן את הנזק לכליות ולמנוע את והצורך בהמודיאליזה. סיכוי זה ניטל מהחולה עקב אדישותו של הרופא שקבל אותו במלר"ד ועקב העדר נוהל עבודה המחייב דיווח מידי לרופא בכיר על חולה הנמצא בסיכון גבוה להתפתחות קטסטרופלית.

לסיכום - אבקש תשומת לב למשפטים שהודפסו באותיות אדומות בקטע האחרון של פרשת המקרה. דברים אלה לא נכתבו על ידי. הם נכתבו על ידי הרופא שקיבל את החולה ביחידה לטיפול נמרץ לאחר שהועבר אליה מהמלר"ד. די לעיין בקטע זה כדי להבין את חומרת המחדל בטיפול בחולה במהלך 12 השעות הראשונות לאחר קבלתו למלר"ד המרכז הרפואי תל אביב.

הריני מצהיר כי ידוע לי, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בבית משפט, דין חוות דעת זו, כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בבית משפט

פרופ' מ. רביד
312

הרצל רוזנבלום 8 תל אביב 6937952
motiravid38@gmail.com

