

הנחיות קליניות לטיפול בכאב, אגיטציה ודליריום ביחידות לטיפול נמרץ מבוגרים

נייר עמדה של העמותה לקידום סיעוד קרדיאלי וטיפול נמרץ בישראל

שלי אשכנזי, RN MSc, ס. אחות ראשית ט.נ. כללי, מרכז רפואי הדסה, ג'ולי בנבנישתי RN, MA, יועצת אקדמית, מרכז רפואי הדסה, פרופ' פרידה דקייזר-גנץ ממונה על מו"פ, מרכז רפואי הדסה.

רקע

טיפול נמרץ מהווה סביבה מאיימת למטופלים המאושפזים בה. מכשור רב, צינור הנשמה, פרוצדורות חודרניות וכד' גורמים לאי שקט, כאבים, חרדה וחוסר נוחות למטופל. אי נוחות זאת משבשת את מהלך הטיפול ואף יכולה לסכן את חיי המטופל. עם השנים ההתפתחות הטכנולוגית, הקידמה, ההתמקצעות והמיומנות הביאה לעליה בסבירות כי החולה בטיפול נמרץ ישרוד את המחלה הקרטית שבה הוא נמצא (1). כדי להקל על המטופל ולשמירה על בטיחותו ניתנים חומרי הרדמה ומשככי כאבים במהלך האשפוז ביחידה לטיפול נמרץ. למרות זאת, עדיין חולים בטיפול נמרץ סובלים בעיקר מכאב ואי שקט (2). האתגר הגדול בטיפול בחולים מונשמים ומורדמים **שאינם מתקשרים עם הצוות** המטפל, היא לאמוד ולהבין את ההתנהגות החולה, על מנת שנוכל להעניק לו את הטיפול המתאים למצבו, ולקדם את בטיחות ונוחות המטופל (1), כדי לעמוד באתגר הטיפולי עלינו להשתמש בכלי אומדן שונים. כלים אלו מפרידים בין כאב, אגיטציה, ודליריום ובעזרתם נוכל לזהות את הבעיה ולהתערב בהתאם.

התפתחותם של כלים תקפים ומהימנים לאומדן כאב, סדציה, אגיטציה ודליריום בטיפול נמרץ מאפשרת לקליניאים לאמוד את מצבו של המטופל, לטפל טוב יותר ולהעריך את התוצאות הקשורות בהתערבות פרמקולוגית ושאינה פרמקולוגית. אסטרטגית טיפול בה נשמרת בטיחות המטופל ונוחותו בזמן שהוא מורדם קל קשורה לשיפור באיכות הטיפול (3).

בינואר 2013, קבוצה רב מקצועית של 20 אנשי צוות רב מקצועי, שעברו על אלפי מחקרים במשך 6 שנים, פרסמו הנחיות לניהול הטיפול בכאב, אגיטציה ודליריום בחולי טיפול נמרץ מבוגרים.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in adult Patients in the Intensive Care Unit. (Barr, et al., 2013)

כאב בטיפול נמרץ:

רוב החולים בטיפול נמרץ חווים כאב גם במנוחה וגם בטיפול רוטיני, דיווח עצמי של החולה על כאב הוא האומדן הטוב ביותר, אולם יש קושי לאמוד כאב בטיפול נמרץ בחולים שאינם מתקשרים ואינם יכולים לתת תשובה תקפה לרמת הכאב העכשווי שלהם. כיום מומלץ להשתמש ב Behavioral Pain Scale (BPS) או Critical Pain Observational Tool (CPOT) יש לבצע אומדן כאב באופן רוטיני בכל החולים. סמנים פיזיולוגיים כמו ל.ד. וטכיקרדיה בקורלציה נמוכה למדידת כאב (2). בכאב שאינו

נורופטי יש להשתמש בתרופות מסוג אופייטים ולהוסיף תרופות לטיפול בכאב בתרופות שאינן אופייטים.

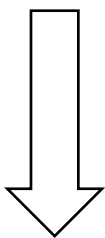
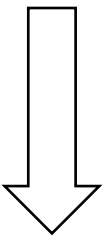
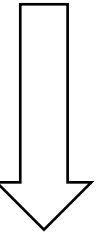
אגיטציה וסדציה:

מחקרים רנדומליים באופן עקבי תומכים בשמירה על רמת הרדמה קלה בחולי טיפול נמרץ. כד לאמוד את רמת ההרדמה מומלץ להשתמש ב Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) או Sedation Agitation Scale (SAS) כלים אלו בעלי רמת תקפות ומהימנות גבוהים. בחולים המקבלים תרופות המשתקות שרירים, ניתן להשתמש בכלים אובייקטיביים כמו ב Bispectral Index למדידת תפקוד המוח כשיטה ראשונית לניטור עומק רמת ההרדמה, ובחולים שאינם מקבלים תרופות מסוג זה (משתקות שרירים), רק בנוסף לאומדני סדציה סובייקטיביים בחולי טיפול נמרץ מבוגרים. נטר את רמת התרופות הסדטיביות או הפסק באופן יומי זמני על מנת לשמור את המטופל ברמת הרדמה קלה.

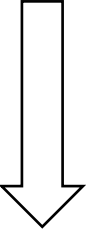
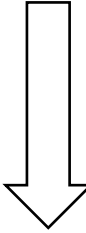
דליריום: דליריום קשור לעליה בתמותה, עליה באורך ימי אשפוז ביחידה ובבית החולים, ושיבוש קוגניטיבי. יש לאמוד באופן רוטיני דליריום. הכלים המומלצים לשימוש הם Confusion Assessment Intensive Care Delirium Screening Checklist, (CAM – ICU) Method for the ICU, (ICDSC). להורדת הארעות של דליריום מומלץ לנייד מוקדם את המטופל (Early Mobilization), לקדם מעגל שינה וערנות ע"י שליטה בגרויים סביבתיים (כמו רעשים אור וחושך). אין המלצה להשתמש בתרופות למניעת דליריום כמו הלופורידול או אנטי פסיכויטיים אטיפיים.

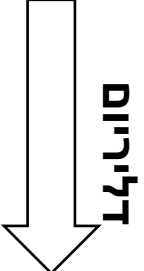
היכולת שלנו לנהל את הטיפול בכאב אגיטציה ודליריום באופן אפקטיבי, מאפשר לנו לפתח אסטרטגיות טיפול היכולות להוריד עליות, לשפר תוצאות ולאפשר לחולה להשתתף בטיפול שלו. פרוטוקולים שונים לניהול הטיפול בכאב, אגיטציה ודליריום משלבים שימוש באומדני סדציה וכאב. פרוטוקולים אלו יכולים להקל בתקשורת בין אחיות ואנשי צוות אחרים ליד מיטת החולה, לעזור בהגדרת מטרות טיפול, ולאמוד את יעילות הטיפול לכל חולה בנפרד.

להלן ההנחיות וההמלצות לכאב, אגיטציה ודליריום אשר קובצו לשתי כרטיסיות כיס, האחת מסכמת את ההנחיות, והשניה מתיחסת לאומדן, טיפול ומניעה.

<p style="text-align: center;">הצהרות והמלצות (*ואיכות הראיה)</p>	<p style="text-align: center;">1. אומדן וטיפול</p>
<ul style="list-style-type: none"> • יש לבצע אומדן כאב לכל מטופל בטיפול נמרץ באופן שיגרתי (B1) • עדיף להשתמש בדיווח עצמי לאומדן כאב, על אומדנים הבודקים התנהגויות הקשורות לכאב במטופלי טיפול נמרץ, אשר מסוגלים לתקשר (B) • ה- BPS וה- CPOT נחשבים לכלים המהימנים והתקפים ביותר לשימוש במטופלים בטיפול נמרץ אשר אינם מסוגלים לתקשר (B) • אין להשתמש בסימנים חיוניים לשמש כמדידה היחידה לאומדן כאב, אך ניתן להשתמש בהם כחלק מאומדן הכאב (C2) • מומלץ לתת תרופות למשככי כאב ו/או טיפול לא תרופתי נגד כאבים לפני הוצאת צינור תוך ריאתי (chest tube) (C1) • מומלץ להציע תרופות למשככי כאב ו/או טיפול לא תרופתי נגד כאבים לפני פעולות חודרניות (procedural pain) (C2) • מומלץ שימוש באופיאטים לטיפול הראשוני נגד כאב אשר אינו נירופטי (C1) • מומלץ שילוב של תרופות נגד כאבים אשר אינם אופיאטים עם תרופות אופיאטים על מנת להפחית את הצריכה באופיאטים ותופעות לוואי של האופיאטים (C2) • מומלץ gabapentin או carbamazepine, בנוסף לאופיאטים הניתנים דרך הוריד לטיפול בכאב נירופטי (A1) • מומלץ לעשות Epidural thoracic לכאב לאחר ניתוח ב abdominal aorta (B1) • מומלץ אפידורל thoracic למטופלים עם שברים בצלעות לאחר טראומה (B2) 	<p style="text-align: center;">כאב</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • יש לאמוד רוטינית את עומק ואיכות הסדציה בכל מטופלי טיפול נמרץ. (B1) • ה- RASS וה- SAS נחשבים לכלים המהימנים והתקפים ביותר לאמוד עומק ואיכות הסדציה בחולי טיפול נמרץ (B) • מומלץ שימוש במדדים אובייקטיביים של תפקוד המוח על מנת להשגיח במקביל על הסדציה במטופלים אשר מקבלים תרופות חסמי עצב-שריר (neuromuscular) (B2) • השתמש ב- EEG לניטור פעילות פרכוסית בחולי טיפול נמרץ שאינם מתכווצים אך בסיכון לפרכוסים, או לנטר תרופות חוסמי פעילות חשמלית על מנת להגיע ל * * burst suppression בחולי טיפול נמרץ עם לחץ תוך גולגלתי מוגברת (A1) • מומלץ שהיעד בטיפול בסדציה היא רמת הסדציה הקלה ביותר ו/או הפסקה יומית של סדציה (B1) • השתמש בפרוטוקולים ורשימות (checklist) להקל על ניהול הטיפול בסדציה בטיפול נמרץ (B1) • מומלץ להשתמש בתרופות משככי כאב לצורך סדציה לפני תרופות לסדציה למטופלי טיפול נמרץ מונשמים (B2) • מומלץ שימוש בתרופות שאינם מקבוצת benzodiazepines לסדציה (כמו: propofol או dexmedetomidine) מאשר benzodiazepines (כמו: midazolam או lorazepam) בחולים מונשמים בטיפול נמרץ (B2) 	<p style="text-align: center;">אגטציה</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • צריך לאמוד באופן שיגרתי את רמת הדליריום בכל מטופלי טיפול נמרץ (B1) • ה- CAM- ICU וה- ICDSC נחשבים לכלים המהימנים והתקפים ביותר לאמוד דליריום בחולי טיפול נמרץ (A) • מומלץ לנייד מוקדם מטופלי טיפול נמרץ על מנת להפחית את ההיארעות ומשך הדליריום, ולשפר רמת התפקוד (B1) • מומלץ לקדם שינה בקרב חולי טיפול נמרץ על ידי שליטה ברמת האור והרעש, ריכוז פעילויות טיפוליות, והורדת גירויים בלילה (C1) • המנע משימוש ב- rivastigmine להורדת משך הדליריום בחולי טיפול נמרץ (B1) • מומלץ להימנע משימוש בתרופות אנטי פסיכוטיות בחולים בסיכון ל- torsades de pointes (B2) • מומלץ להימנע משימוש ב- benzodiazepines בחולי טיפול נמרץ עם דליריום שאינו קשור לגמילה מאלכוהול/ benzodiazepine 	<p style="text-align: center;">דליריום</p> 

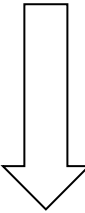
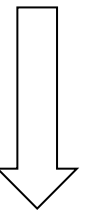
* כל הצהרה והמלצה דורגה לפי איכות הראיה : A – גבוהה B – בינוני C – נמוך/נמוך מאוד. חוזק ההמלצה סומן כ : 1- חזק 2- חלש, +/- בעד/נגד התערבות, 0 – לא מומלץ גם אם חלק היו בעד. ** Burst Suppression – תבנית ב EEG המאופיינת בתקופה של פעילות אקטיבית גבוהה המשתנה לחוסר פעילות של המוח.

סיכום הנחיות לכאב, אגיטציה ודליריום	2
<p>1. מטופלי טיפול נמרץ חווים לעיתים קרובות כאב במנוחה ותוך כדי טיפול (B). נמצא שכאב לאחר ניתוח לב, במיוחד בנשים, לא מטופל מספיק (B). כאב תוך כדי טיפולים הוא שכיח במטופלי טיפול נמרץ (B).</p> <p>2. מומלץ לבצע אומדן כאב באופן שיגרתי לכל מטופל (B1). בחולים אשר התפקוד המוטורי שלהם תקין, אך אינם מסוגלים לדיווח עצמי, עדיף שימוש באומדני התנהגות לכאב, על שימוש בסימנים חיוניים לאמוד כאב (C2). ה- BPS וה- CPOT, נחשבים לכלים המהימנים והתקפים ביותר (B). ניתן להשתמש בסימנים חיוניים כרמז נוסף לאומדן כאב (C2)</p> <p>3. לכאב שאינו נירופטי, השתמש באופיאטים כבחירה ראשונה לטיפול נגד כאב (C1); השתמש בתרופות לא אופיאטיות להפחתת תופעות לוואי של האופיאטים (C1); מומלץ gabapentin או carbamazepine בשילוב עם אופיאטים דרך הווריד לכאב נירופטי (A1). מומלץ מתן טיפול משככי כאב לפני טיפולים חודרניים (Procedural pain), במיוחד בהוצאת נקז בית חזה (C1).</p> <p>5. השתמש ב Epidural thoracic כאב לאחר ניתוח באורטה ביטנית (B1); ולמטופלים עם שברים בצלעות לאחר טראומה (B2). לא נמצאו ראיות לשימוש ב Lumbal epidural לניתוח האורטה אנאוריזמה ביטנית (A0), או ל Thoracic epidural לניתוחים intrathoracic או nonvascular abdominal (B0). לא נמצאים ראיות בהקשר לשימוש בהרדמה מקומית לעומת סיסטמית למטופלים אשר אינם עוברים ניתוח (0).</p>	<p style="text-align: center;">כאב ואנלגזיה</p> 
<p>1. שמירה על עומק רמת הרדמה קלה במטופלי טיפול נמרץ קשורה לתוצאים קליניים טובים יותר (B). צריך לשמור על עומק רמות סדציה קלות יותר במטופלים אלה (B1).</p> <p>2. ה- RASS וה- SAS נחשבים לכלים המהימנים ותקפים ביותר למדידת ההתאמה ועומק רמת הסדציה (B).</p> <p>3. בחולים שאינם מקבלים תרופות לשיתוק השימוש במוניטורים לתפקוד המוח מומלץ בשילוב עם כלים למדידת סדציה סובייקטיביים (B1), אולם מומלץ להשתמש במוניטורים לתפקוד המוח לנטר עומק הסדציה עם מטופלים המקבלים תרופות חסמי עצב-שריר (neuromuscular) (B2)</p> <p>4. השתמש ב- EEG למעקב non convulsive seizure activity בחולי טיפול נמרץ אשר אינם בסיכון לפרכוסים, ולנטר טיפול ב burst suppression therapy בחולי טיפול נמרץ עם עלייה בלחץ תוך גולגתי (A1).</p> <p>5. מומלצת הפסקת סדציה יומית או ניטור תרופות סדציה לשמירה על עומק רמת סדציה קלה (B1). עדיף להתחיל את הסדציה עם תרופות לשינון כאב לפני תרופות לסדציה (B2). עדיף להשתמש בתרופות שאינן מקבוצת benzodiazepines בעירוי סדציה מאשר benzodiazepines (B2). השתמש בפרוטוקולים בסדציה ורשימות checklist לשלב ולהקל על ניהול הטיפול בכאב, סדציה ודליריום במטופלי טיפול נמרץ (B1).</p>	<p style="text-align: center;">טיהור וסדציה</p> 

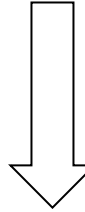
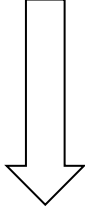
<p>1. דליריום קשור לעליה בתמותה (A), עליה באורך ימי אשפוז ביחידה ובביה"ח (A), ובפגיעה ברמות הקוגניטיביות לאחר אשפוז בטיפול נמרץ (B).</p> <p>2. גורמי סיכון לדליריום כוללים: דמנציה קיימת, יתר לחץ דם, היסטוריה של שימוש באלכוהול, רמה גבוהה של חומרת המחלה בקבלה (B); קומה (B); ושימוש ב-benzodiazepines (B). נמצאה היארעות נמוכה יותר בדליריום בקרב חולים מונשמים עם סיכון לדליריום אשר טופלו ב-dexmedetomidine לעומת benzodiazepines אחרים (B).</p> <p>3. מומלץ ניטור שיגרתני לדליריום בחולי טיפול נמרץ (B1). ה- CAM- ICU וה- ICDSC נחשבים לכלים המהימנים והתקפים ביותר למטרה זו (A).</p> <p>4. עודד לניידות מוקדמת להפחתת הארעות ומשך דליריום (B1)</p> <p>5. עדיף לא להשתמש ב haloperidol או atypical antipsychotics <u>למניעת</u> דליריום (C2)</p> <p>6. קדם שינה במטופלים מבוגרים בטיפול נמרץ דרך סביבה תומכת, ושימוש בשיטות לשליטת רמות האור והרעש, לרכז טיפולים ולהפחית גירויים בלילה על מנת להגן על מחזורי השינה של המטופל (C1).</p> <p>7. הימנע משימוש ב rivastigmine להורדת משך הדליריום בחולי טיפול נמרץ (C1)</p> <p>8. מומלץ להימנע מתרופות anti-psychotics במטופלים עם QT בסיסי מוארך, היסטוריה של torsades de pointes או במטופלים המקבלים תרופות הידועות להאריך טווח ה QT (C2).</p> <p>9. כשחייבים לתת סדציה לחולה עם דליריום בטיפול נמרץ, מומלץ להשתמש ב dexmedetomidine לעומת עירוי עם benzodiazepine למטופלי טיפול נמרץ, אלה אם כן, הדליריום קשור לגמילה מאלכוהול או מב benzodiazepines (B2).</p>	
--	---

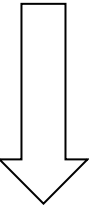
כאב אגיטציה ודליריום בטיפול נמרץ, מקבץ הנחיות לטיפול

1	<u>כאב</u>	<u>אי שקט</u>	<u>דליריום</u>
	<p>בצע אומדן כאב X4 במשמרת ובנוסף PRN:</p> <p>כלים לאומדן כאב: אם לחולה יכולת לביטוי עצמי- NRS (0-10) מחוסר הכרה- BPS (3-12) או CPOT (0-8) ביטוי של כאב הוא משמעותי BPS ≥ 5 או CPOT ≥ 3 ו NRS ≤ 4</p>	<p>לבצע אומדן אי שקט X4 במשמרת ו PRN</p> <p>כלים לאומדן סדציה - RASS (5-)</p> <p>עד 4+ או SAS (1-7)</p> <p>שימוש ב <u>NMB*</u> מומלץ להשתמש במוניטור לניטור תפקוד המוח</p> <p>עומק רמת סדציה ואגיטציה מוגדר כ:</p> <p>אי שקט (אגיטציה) RASS = 1-4</p> <p>SAS = 5-7</p> <p>ער/רגוע RASS = 0 SAS = 4</p> <p>רמת סדציה קלה: RASS = -1 -2</p> <p>SAS = 3</p> <p>רמת סדציה עמוקה: RASS = -3 to -</p> <p>SAS=1-2 5</p>	<p>לבצע אומדן דליריום פעם במשמרת</p> <p>כלים לאומדן: CAM – ICU</p> <p>חיובי או שלילי</p> <p>ICDSC (טווח בין 0-8)</p> <p>החולה סובל מדליריום אם CAM-ICU חיובי</p> <p>ICDSC ≤ 4</p>

<p style="text-align: center;">טיפול</p> 	<p>טפל בכאב תוך 30 דקות ובצע אומדן חוזר. התערבויות ללא טיפול תרופתי - תרגלי הרגעה. טיפול תרופתי: כאב שלא נירופתי מתן אופיאטים דרך הווריד +/- תרופות לא אופיאטיות נוגדי כאבים. כאב נירופטי: Gabapentine או Carbamazepine בנוסף לעירוי אופיאטי. לאחר תיקון AAA, שברים בצלעות כדי להשתמש ב Thoracic Epidural</p>	<p>עומק סדציה רצויה או הפסקת סדציה יומית – חולה מבצע פקודות ללא אי שקט. RASS = -2-0 SAS = 3-4 במקרים שהמטופל מקבל מעט מדיי חומרי הרדמה (Under sedated) RASS>0 SAS>4 אמוד/טפל בכאב טפל עם סדציה PRN (עדיף לא מקבוצת Benzodiazepines אלא אם בגמילה מאלכוהול) אם מורדם עמוק מדיי (Over sedation) RASS < -2 SAS < 3 עצור סדציה עד להשגת היעד, אז חדש ב50% מהמינון הקודם</p>	<p>טפל בכאב לפי הצורך, לספק לחולה אוריינטציה והתמצאות, בסביבה להרכיב לו משקפיים ואביזרי שמיעה לפי הרגליו. טיפול תרופתי: המנע משימוש ב Benzodiazepines אלא אם זה גמילה מאלכוהול או חשד לגמילה מתרופות אלו. המנע מ – Rivastigmine המנע מ אנטיפסיכוטיות אם קיים חשד ל Torsade de Pointes</p>
<p style="text-align: center;">מניעה</p> 	<p>מתן נגד כאבים לפני ביצוע התערבות כואבת ו/או התערבויות לא פרמקולוגית (כמו תרגילי הרגעה) קודם טפל בכאב ואחר כך סדציה</p>	<p>לשקול הפסקת סדציה כל יום, ניידות מוקדמת ופעילות גופנית כשהחולה הגי למטרת הסדציה שלו אלא אם יש התוויות נגד. מעקב EEG: במידה ויש סיכון להתכווצות, ובטיפול ב Burst Suppression כש ICP גבוה.</p>	<p>יש לזהות גורמי סיכון: דמציה, HTN, חומרת מחלה, מחוסרי הכרה, שימוש ב Benzodiazepines המנע משימוש בתרופות אלו בחולים בסיכון. נייד את החולה כמה שיותר מוקדם הקפד על שינה מסודרת התחל מחדש תרופות אנטי פסיכוטיות מהבית, במידת הצורך.</p>

NMB – Neuro Muscular Block*

2	<u>כאב</u>	<u>אי שקט</u>	<u>דיליריום</u>
<p style="text-align: center;">אומדן</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שנעשו אומדני כאב $\leq 4 \times$ במשמרת • משקף הענות ישום והטמעה לאורך זמן בשימוש בכלי לאומדן כאב בטיפול נמרץ 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שמבוצעים אומדני סדציה $\leq 4 \times$ במשמרת • משקף הענות ישום והטמעה לאורך זמן בשימוש באומדני סדציה 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שמבוצעים אומדני דיליריום בכל משמרת • משקף הענות ישום והטמעה לאורך זמן, בשימוש באומדן לבדיקת דיליריום
<p style="text-align: center;">טיפול</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שחולי ICU בכאבים משמעותיים ($NRS \geq 4$, $BPS \leq 6$ או $CPT \leq 3$) • % מהזמן שטיפול נגד כאבים ניתן לחולה תוך 30 דקות מרגע שאובחן כאב משמעותי 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שחולים תחת סדציה אופטימאלי או שהגיעו ליד הסדציה שלהם תוך כדי הפסקת סדציה יומית - RASS = -2-0 SAS 3-4 • % זמן חולים ברמה סדציה לא מספקת (RASS < 0 או $SAS < 3$) • % מהזמן שחולים ברמת סדציה עמוקה מדי או אינם עוברים הפסקת סדציה יומית 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שיש דיליריום ביחידה- חולים עם ציון שמעיד על דיליריום בכלי אומדן (CAM-ICU או ICDSC 4) • % זמן חולים מקבלים תרופות מסוג בנזודיאזפינים עם תופעות של דיליריום (לא שייך ל הרעלת ETOH או גמילה מ Benzodiazepines)

<p style="text-align: center;">מניעה</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • % מהזמן שחולים מקבלים טיפול למניעת כאב לפני התערבות כואבת ו/או טיפול שאינו תרופתי • % הענות עם נוהלי מוסד\משה"ב* על ישום פרוטוקולים וטיפול בכאב <p>*משה"ב – משרד הבריאות</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % ניסיונות כושלים לנשימה עצמונית (SBT) בגלל הרדמה לא מספיקה או יותר מדיי הרדמה • % חולים תחת מעקב EEG- סיכון להתכווציות- טיפולי הרדמה עמוקה בגלל ICP ↑ • % הענות עם נוהלי מוסד\משה"ב על ישום פרוטוקולים למניעה וטיפול בסדציה ואי שקט 	<ul style="list-style-type: none"> • % חולים שמקבל טיפול פיזיותרפיה יומית וניידות מקדם • % הענות עם טיפולי מעודדי שינה • % הענות עם נוהלי מוסד\משה"ב על פרוטוקולים למניעה וטיפול בדיליריום
---	---	--	---

תורגם ע"י ש. אשכנזי, גי. בנבנישתי ופ. דקיינר גנץ. מבוסס על: Barr et. al. *Critical Care Medicine*.2013; 41(1):263-306.

References

1. Puntillo, K., (2007), Managing Pain, Delirium and Sedation. *Critical Care Nurse*.
Supp. 8-15.
2. Reade, M.C., & Finfer. S, (2014). Sedation and delirium in the Intensive Care Unit.
NEJM. 370; 444-454.
3. Barr, J., et. al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain,
Agitation, and Delirium in adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care
Medicine*. 41 (1). 263-306.