

שאלה קלינית גדולה – מס' 1, יום ג', 18/11/2025

כתיבה: ד"ר שורוק עטארי וד"ר איתן גלוסקין

עריכה: ד"ר ליב שדמי

לבוחנ/ת: יש למסור לנבחנ/ת דף מידע מס' 1 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 1:

גבר בן 62 הגיע למרפאתך בפעם הראשונה לפגישת היכרות, מרגיש טוב. אתה מדגים לסטודנט שיושב אתך במרפאה כיצד לבצע בדיקה גופנית מקיפה ולכן בדקת את עורקי הצוואר ושמעת אוושה מעל עורק התרדמה השמאלי, ללא אוושות מימין, ללא אוושות בהאזנה ללב, יתר הבדיקה הגופנית ללא ממצא חריג.

שאלה מס' 1:

מהי האנמנזה הרלוונטית בשלב זה?

תשובה:

אנמנזה כללית בדגש על ג"ס קרדיווסקולריים

- רקע אישי ומשפחתי: מצב משפחתי, עיסוק
- מחלות רקע בדגש על מחלות כלי דם ומחלות הגורמות לקרישיות יתר
- תרופות קבועות ורגישויות
- אשפוזים וניתוחים בעבר
- מחלות במשפחה בדגש על מחלות כלי דם / הפרעות קרישה
- הרגלים: תזונה, פ"ג, עישון, אלכוהול, סמים

אנמנזה מכוונת לתסמינים נוירולוגיים שיכולים להיות קשורים להיצרות:

- האם היו בעבר (לפי המטופל ולפי עיון בתיק) תסמינים של CVA או TIA שהתבטאו בחולשה/בעיות תחושה בצד ימין.

שאלות לגבי תסמינים של מחלות כלי דם אחרות

- האם יש צליעה לסירוגין?
- האם יש כאבים בחזה/קוצר נשימה במאמצים?
- האם יש תסמיני אי ספיקת לב (אורתופניאה, PND, בצקות)

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה:

באיזו מידה ידע להתייחס המטופל לממצא בבדיקה גופנית כמחלה CV ולתשאל על היסטוריה ותסמינים בהתאם?

לבוחנת: יש למסור לנבחנת דף מידע מס' 2 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 2:

המטופל נשוי, אב לשנים, רופא במקצועו. ברקע סוכרת עם ה"ג מסוכרר 7.2 מ"ג/ד"ל, יל"ד עם ערכים בבית סביב 140/90. ללא עבר אשפוזי או ניתוחי, נוטל מטפורמין 850 מ"ג ורמירפיל 5 מ"ג פעם ביום. אין רגישויות ידועות לתרופות. במשפחה, לאביו הייתה מחלת לב איסכמית בגיל 60. הוא לא מעשן, מבצע הליכות של חצי שעה, פעם/פעמיים בשבוע. בתשובה לשאלתך הוא אומר שלא היו בעבר אירועים קבועים או חולפים של חולשה או ירידה בתחושה. אין לו צליעה לסירוגין ואין לא כאבים בחזה או קוצ"נ במאמץ. הוא ישן עם כרית אחת, ללא קוצ"נ לילי התקפי. BMI - 29.

הפנית את המטופל לבדיקת דופלר עורקי התרדמה ונמצאה היצרות של 70% ב LICA (LEFT INTERNAL CAROTID ARTERY)

שאלה מס' 2 :

מה האבחנה של המטופל ? מהו הטיפול והמעקב המומלץ?

תשובה:

מדובר בהיצרות קרוטידית אסימפטומטית בדרגת חומרה קשה (70-99%). איזון ג"ס קרדיווסקולריים (מניעה שניונית) יש לדיין עם המטופל את נושא ההתערבות בהיצרות הקרוטידית. על פי גורול יש לתת טיפול באספירין.

טיפול התערבותי (endarterectomy vs stenting) - יש להבחין בין חולים סימפטומטיים לא-
סימפטומטיים. ולשקול יתרונות מול חסרונות, קיים סיכון לסיבוכים של הפרוצדורה (שבץ, אירועים לבביים):

- בחולים א-סימפטומטיים: (כמו המטופל בשאלה) אין מספיק הוכחות שטיפול התערבותי עדיף על פני טיפול תרופתי, טיפול התערבותי נשקל בחולים עם היצרות ≤ 70 , סיכון ניתוחי נמוך ותוחלת חיים < 5 שנים.
- בחולים סימפטומטיים:

- היצרות ≤ 70 מומלץ טיפול תוך עד שבועיים עדיפות ל CEA
- היצרות 50-69% לשקול CEA בהתאם לגיל, מין, גורמי סיכון ומצב כללי.

CAS (stenting) – נשקל רק במקרים בהם הסיכון הניתוחי גבוה או אנטומיה בעייתית לגישה כירורגית.

המטופל בשאלה נמצא על הגבול מבחינת דרגת ההיצרות, והוא א-תסמיני. ניתן לקבל הפניה למומחה כלי דם לאור היצרות קשה כחלק מהמלצות טיפוליות.

מעקב:

- דופלר קרוטידים חוזר כל 6-12 חודשים.
- מעקב שומנים, לחץ דם, ערכי סוכר והיענות לטיפול תרופתי – מידי 3-6 חודשים.

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :
באיזו מידה ידע הנבחן לזהות את האבחנה ולדון באפשרויות הטיפול השונות?

לבוחנ/ת: יש למסור לנבחנ/ת דף מידע מס' 3 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 3:

כעבור חודש המטופל מגיע אליך בליווי אשתו. הם מספרים שבילילה היה אירוע שבו למטופל הייתה חולשה ביד וברגל ימין שנמשכה כרבע שעה וחלפה מעצמה.
מהי האבחנה הסבירה ביותר? כיצד תעריך את רמת הסיכון ל CVA בימים הקרובים ואיך תנהל את המקרה ומה תסביר למטופל?

תשובה:

האבחנה הסבירה ביותר היא TIA משנית להיצרות ב LICA. דרגת הסיכון ל CVA בימים הקרובים גבוהה, יש היצרות ידועה שיכולה להסביר את התסמינים, זה כלי ניבוי יותר חזק מאשר 2^{ABCD} .
 2^{ABCD} במקרה הזה הוא 6/7 (גיל, יל"ד, סוכרת, 2 נקודות על תסמינים, נקודה אחת על משך), שגם הוא גבוה מאוד.

יש להפנות את המטופל למלר"ד באופן מידי ולהסביר שקיים סיכון מוגבר ל TIA או שבץ חוזר ב 48 שעות הקרובות

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הבין הנבחן את חומרת המצב וידע שיש להפנות את המטופל למלר"ד ? אם הנבחן לא הפנה למיון הציון בסעיף זה לא יעלה על 2

לבוחנ/ת: יש למסור לנבחנ/ת דף מידע מס' 4 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 4:

המטופל אושפז בבית החולים, ללא הישנות של התסמינים. לאחר מספר ימים הוא עבר בהצלחה EDARTERECTOMY ב-LICA במהלך תקין.

שאלה מס' 4:

מהו הטיפול המומלץ בשלב זה ?

תשובה:

איזון ג"ס: מטופל עם מחלה טרשתית מוכחת ולכן מדובר במניעה שניונית

- **איזון סכרת** – יעד הטיפול 7-A1C, מטופל במטפורמין בלבד, לא צוין משך הסכרת. יש לשפר את האיזון ולשקול הוספת תרופות עם יתרון קרדיוסקולרי מוכח (כגון SGLT2, או GLP1).
- **יתר לחץ דם** – יעד הטיפול מתחת ל 130/80 – במטופל זה יש להוסיף טיפול (אם מסתמכים על מדידות מהבית) או להציע מעקב מרפאתי / הולטר לקבלת החלטה לגבי טיפול.
- **LDL** – להוריד לפחות ב-50% מהערך ההתחלתי ולשאוף ליעד $55 > \text{מ"ג/ד"ל}$ לפי ההנחיות הישראליות לדיסליפידמיה – מומלץ סטטינים במינון גבוה, ואם לא מושג יעד המטרה לשלב אזטימיב או PCSK9.
- **המלצה לירידה במשקל** – מטופל BMI-29, ומחלה טרשתית יש מקום לשקול GLP1 כפי שנכתב לעיל.
- **פ"ג 150-300 דקות בשבוע**
- **המלצה על דיאטה ים תיכונית / DASH**
- **יש לוודא היענות לטיפול התרופתי.**
- **מבחינה תרופתית, מדובר ב high risk TIA (2^ABCD מעל 4) ולכן יש התוויה למתן DAPT לתקופה קצובה.** AFP מציין שתי אפשרויות: 21-90 ימים או 10-21 ימים. בכל מקרה לאחר 90 יום לכל היותר יש לעבור לנוגד טסיות אחד. ב AFP מצוין שלא ברור האם במטופל שהיה לו אירוע על נוגד טסיות אחד יש טעם בהחלפת הטיפול לנוגד טסיות אחד.

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הכיר הנבחן את ההמלצות לטיפול בDAPT ומשך הטיפול המומלץ ?

לבוחנת/ת: יש למסור לנבחנת/ת דף מידע מס' 5 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 5:

המטופל מגיע למעקב מסודר לאחר כשנתיים, נוטל את התרופות שלו באופן קבוע, לחץ הדם והסוכרת מאוזנים. LDL מתחת ל 55. הוא מבצע פ"ג סדירה 150 דקות בשבוע ואוכל באופן מסודר. דופלר קרוטידים תקין ללא עדות להפרעה המודינמית משמעותית במעקבים חוזרים. למרות איזון קפדני, הוא עבר אירוע מוחי גדול עם המיפלגיה משמאל ואפאזיה.

שאלה מס' 5:

מה הסיבות האפשריות לאירועים אמבוליים חוזרים במטופל זה על אף איזון גורמי הסיכון? מה הברור האטיולוגי הנדרש בשלב זה ?

תשובה:

מטופל צעיר באופן יחסי, אשר גורמי הסיכון וההיענות לטיפול מצוינים וכעת ללא מחלה קרוטידית ולכן דורש בירור נוסף כמקור לאמבוליות, בחיפוש אחר גורמים נוספים למקורות אמבוליים על מנת להתאים את הטיפול הנכון.

- הערכה בשאלה של OSA
 - בירור בשאלה של מקור קרדיו-אמבולי :
 - PAF- יש להשלים ניטור לבבי רציף – לשקול השתלת Loop Recorder למשך 30 יום, על מנת לאבחן PAF ובמידה וקיים לתת טיפול בDOAC אשר מפחית ב80% אירועים חוזרים במטופל עם פרפור
 - יש להשלים אקו לב TTE ולשקול TEE (יותר רגיש וספציפי) על מנת לאבחן מצבים של:
 - PFO- אקו לב עם Bubble study - (קיים גם ב25% מהאוכלוסייה הכללית גורמים המעלים את הסיכון לכך שהPFO מהווה מקור לאמבוליות הם: PFO גדול / מטופל מתחת לגיל 60. בהינתן PFO ניתן לשקול טיפול באספירין/ טיפול ניתוחי
 - Aortic arch disease – אטרומה בקשת העולה של האאורטה
 - טרומבוס בעליה שמאלית - יצדיק טיפול בקומדין/ התערבות ניתוחית
 - מחלה מסתמית – כגון MS על רקע ראומטי
- בירור קרישיות יתר:

- גורמים מולדים: ככלל ישנה המלצה לבירור מתחת לגיל 50 וסיפור משפחתי או אירועים חוזרים על אף איזון מיטבי של גורמי הסיכון. הבירור יכלול Protein C&S, פקטור 5 ליידן, בירור ל-APLA.
- גורמים נרכשים: בירור אנדוקריני למצבים אשר מעלים סיכון לאירועים אמבוליים, בירור לממאירות

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה ידע הנבחן/ת לתאר סיבות לאירועים אמבוליים במטופל ללא מחלה קרוטידית פעילה כאשר גורמי הסיכון הקרדיווסקולריים מאוזנים

לבוחנ/ת: יש למסור לנבחנ/ת דף מידע מס' 6 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 6:

המטופל אושפז ועבר בירור רחב, באקו לב נצפתה היצרות מסתם מיטראלי (MS) וקריש דם בעלייה שמאל. המטופל השתחרר מבית החולים לאחר שיקום באשפוז, סובל מאפאזיה מוטורית ומהמיפריזיס. הוא שוחרר עם קומדין במינון 7 מ"ג ליום, כאשר INR בשחרור היה 2.6. (תרופות קבועות נוספות: רמיפריל, מטפורמין, ג'ארדיאנס, קרסטור)

שאלה מס' 6:

הצג/הציגי תכנית טיפול כוללנית עבור המטופל, כולל הדרכה מפורטת למטופל לגבי ניטור הטיפול

תשובה:

ביו:

- איזון ג"ס קרדיווסקולריים – כולסטרול, סוכר, לחץ דם.
- הסבר לגבי טיפול בקומדין:
 - מעקב INR מסודר בתכיפות הולכת ויורדת. מתחילים מפעם בשבוע, בהמשך פעם בשבועיים ואז פעם בחודש. ערך מטרה בין 2 ל 3.
 - יש לקחת את הקומדין בשעה קבועה, בעדיפות לשעות הערב (כדי שאפשר יהיה לבצע תיקונים בהתאם ל INR של הבוקר)
 - ירקות ירוקים משפיעים על ערכי INR - מותר לצרוך ירקות ירוקים, במינון קבוע

○ תרופות רבות משפיעות על המטבוליזם של INR ולכן יש לנטר את הערכים בתדירות גוברת במידה ונוטלים תרופה / תוסף מזון חדש.

- מעקב קרדילוג לאור אי ספיקה מיטרלית וקריש בעליה שמאלית - יש לבצע מעקב באקו לב אחר הקריש בעליה שמאלית – במידה והקריש נספג ניתן לשקול מעבר מטיפול בקומדין ל-DOAC
- שיקום: וידוא המשך טיפול מולטי דיסציפלינרי: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול בדיבור
- טיפול בכאב
- התייחסות לבעיות בשליטה על הסוגרים, קשיי בליעה ולבעיות בתפקוד המיני

פסיכו:

- סקירה לדכאון וטיפול בו
- סקירה לחרדה וטיפול בה

*דגש לגבי המטופל שהינו רופא ודרגת התפקוד שלו נפגעה.

סוציו:

- הערכה לפי SCREEEM
- התייחסות למטפל העיקרי
- עירוב עו"ס עבור מיצוי זכויות (קצבת נכות, שירותים מיוחדים)

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה נתן הנבחן תכנית טיפולית רחבה המתייחסת להיבטים השונים? באיזו מידה ידע לתת הדרכה מפורטת לנושא טיפול וניטור הטיפול בקומדין?

קטע מידע מס' 7:

המטופל חוזר שנתיים לאחר האירוע, עדיין סובל מהמיפרזיס. מספר כי הוא משתדל לנהל אורח חיים פעיל, ממשיך ללכת להרצאות ומפגשי חברים, משתמש בהליכון רגיל (ללא גלגלים) שלקח בהשאלה (מיד שרה), לפני כשנתיים, השימוש בהליכון לא נוח לו והוא סובל מכאבים בידים ונוקשות שרירים בעיקר בגפה תחתונה.

שאלה מס' 7:

מהן הסיבות האפשריות לכך, מהן המלצותיך?

תשובה:

מדובר במטופל עם המיפרזיס לאחר CVA, אשר מתאר אורח חיים פעיל יחסית וזקוק לניידות נרחבת, אנו מדברים על שלב מאוחר בשיקום (לאחר שנתיים). השימוש באבזרים משפר יציבות מפחית כאב

ומעלה את הביטחון בהליכה ומוריד את הסיכון לנפילות. **אביזרים שונים יתאימו לשלבים שונים של השיקום**, השימוש בהליכון רגיל פחות מתאים בהמפלגיה/ המיפרזיס כי הוא דורש כוח בשתי הידיים, וכאשר מדובר בהליכון רגיל ללא גלגלים (דורשת את הרמתו בכל צעד) הניידות איטית ומסורבלת ולכן יתאים לאנשים עם ניידות מינימלית וחוסר יציבות משמעותי. עם ההתקדמות בשיקום **כאשר יש חולשה של יד אחת יש להעדיף מקל , Quadripod על פני הליכון (המקל נועד לשימוש ביד החזקה ומשמש להפחתת משקל מהרגל הקונטרה-לטראלית)**, ככל שיש שיפור ביכולת התנועה והיציבות ניתן בהדרגה לעבור לשימוש במקל רגיל. כמו כן המטופל מתאר ספסטיות שעשויה להוביל לכאב ופגיעה באיכות חייו, הטיפול לספסטיות מעבר לפיזיותרפיה הינו – בקלופן במינונים נמוכים עם טיטרציה (מינון התחלתי 5-10 מ"ג*3 ביום), דיאזפם, דנטרולין או גאבפנטין (בשילוב של ספסטיות ונוירופתיה) בכל מקרה ניתן להפנות את המטופל לייעוץ וטיפול פיזיותרפי חוזר במידת הצורך, על מנת לבחון את התאמת אביזרי ההליכה לפי התקדמות המטופל.

לבוזחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה ידע הנבחן לזהות באנמנזה גורמים אפשריים לתלונות של המטופל, ולהציע פתרונות אפשריים ?

מקורות מידע:

- 1) Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 171 - Management of Transient Ischemic Attack and Asymptomatic Carotid Bruit
- 2) American Family Physician - Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: Recommendation Statement (May 2021)
- 3) יתר לחץ דם בישראל: אבחנה, טיפול ואיזון: הר"י, 2019. פרק 4
- 4) הנחיות ישראליות לטיפול בדיסליפדמיה, הר"י, 2020
- 5) American Family Physician - Ischemic Stroke Management: Posthospitalization and Transition of Care (2023)
- 6) Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 83 - Outpatient oral anticoagulant therapy
- 7) American Family Physician - Anticoagulation: Updated Guidelines for Outpatient
- 8) American Family Physician - Mobility Assistive Device Use in Older Adults (2021)
- 9) Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 172 – management of multiple sclerosis (pain & spasticity)