

טיפול פליאטיבי בחולה עם אי-ספיקת לב

הוכן על ידי:

פרופ' אבישי גרופר
פרופ' פסח שוורצמן
ד"ר רון צבר
ד"ר בת שבע ורמן
פרופ' רביע עאסלה
גב' גלניס כץ

בשם:

האיגוד הקרדיולוגי בישראל
האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית

אוגוסט 2025



ניירות עמדה מתפרסמים ככלי עזר לאנשי צוות רפואי ואינם באים במקום שיקול דעתם בכל מצב נתון

מחברי נייר העמדה:

תוכן העניינים

4	מטרות.....
4	רקע
4	טיפול פליאטיבי ואי ספיקת לב.....
5	מרכיבי הטיפול פליאטיבי.....
6	קריטריונים לטיפול פליאטיבי באי-ספיקת לב.....
7	שילוב הטיפול הפליאטיבי במקביל לשלבים השונים של אי-ספיקת לב.....
8	תרופות לשימוש עתידי - Anticipatory Prescribing
9	מקורות.....

מטרות:

לקדם את האיתור המוקדם והנכון של מטופלים המתמודדים עם אי-ספיקת לב, הפוגעת באיכות ונוחות החיים, ובחלקם אף צפויה לקצר את תוחלת החיים. להעניק טפול פליאטיבי במקביל לטיפול הקרדיולוגי תוך דגש על איזון סימפטומים ותמיכה רגשית לחולה ולמשפחתו. תמיכה בהחלטות בצמתי החלטה.

רקע:

אי-ספיקת לב הינה מחלה פרוגרסיבית וברוב המקרים ללא החלמה כשחציון ההישרדות במטופלים לאחר אשפוז ראשון על רקע אי-ספיקת לב הוא כשנתיים וחצי (1). בעשורים האחרונים ישנה התקדמות מהירה והתפתחות דרמטית באפשרויות הטיפול הקרדיאלי הן התרופתי והן ההתערבותי וכתוצאה מכך לאורך ציר המחלה ישנן צמתי החלטה מהותיים מולם עומד המטופל ויש חשיבות לשילוב גישה פליאטיבית שתתאים את הטיפול לעולם הערכי של המטופל. מטופלים עם אי - ספיקת לב מתקדמת נמצאים גם בסיכון מוגבר לסבול מריבוי תסמינים פיזיים, רגשיים וחברתיים ההולכים וגוברים במהלך התקדמות המחלה, וקיים צורך בקבלת החלטות מורכבות המצריכות תקשורת רגישה במהלך ציר ההתקדמות של המחלה (2).

טיפול פליאטיבי ראשוני בחולה עם אי-ספיקת לב יינתן על ידי הצוותים הראשוניים המטפלים כגון רופא/ת המשפחה, הקרדיולוג/ית, ואילו טיפול פליאטיבי על ידי צוות מומחה ניתן במצבים של תסמינים עמידים וקשים לטיפול, ובעזרה בקביעת יעדים ומטרות טיפול במצבים מורכבים. על מנת שלצוותים הראשוניים יהיו כלים מספקים להפעלת גישה פליאטיבית, יש לבצע רוטציות מסודרות ביחידות הפליאטיביות, יחסית בתחילת ההתמחות.

טיפול פליאטיבי ואי ספיקת לב:

טיפול פליאטיבי הנו גישה של טיפול הוליסטי, רב- מקצועי, השואף לשפר איכות חיים דרך הקלה ומניעת סבל ודחק וזאת באמצעות אומדן הצרכים הפיזיים, הפסיכולוגיים והרוחניים של המטופל ומשפחתו העומדים אל מול המציאות של מחלה מאיימת חיים.

ארגון הבריאות העולמי WHO ממליץ על פיתוח הנחיות וכלים בנוגע לאינטגרציה של טיפול פליאטיבי, בכל קבוצות המחלות ורמות הטיפול, תוך מתן מענה לנושאים האתיים הקשורים למתן טיפול פליאטיבי מקיף (3).

במהלך השנים האחרונות, יש הכרה כי הטיפול הפליאטיבי משפר את תוצאות הבריאות של מטופלים עם אי-ספיקת לב מתקדמת וישנם מחקרים המצביעים על כך שטיפול פליאטיבי במטופלים עם אי-ספיקת לב מתקדמת משפר איכות חיים, דכאון, חרדה ושלמות רוחנית (4).

ארגונים שונים, בארה"ב ובעולם כגון American College of Cardiology (ACC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), and European Society of Cardiology (EScC) ממליצים על שילוב מוקדם של טיפול פליאטיבי בניהול מטופלים עם אי-ספיקת לב (5,6).

הרכיבים הספציפיים של טיפול פליאטיבי הינם הקלה על סבל, איזון תסמינים, תמיכה פיזית, רוחנית ופסיכוסוציאלית, הכוונת המטופל למודעות פרוגנוסטית (awareness prognostic) וסיוע בקבלת החלטות מורכבות אודות טיפולים שונים בהתאם ליעדי הטיפול של כל מטופל. על פי חוק החולה הנוטה למות וחוזר מנכ"ל 30/09 (7), טיפול פליאטיבי **ממוקד במטופל, במטפל העיקרי ובני המשפחה**, לאורך כל שלבי ההתמודדות עם המחלה הכרונית: בעת משברים, בעת הפסקת טיפול מכוון הארכת חיים, בעת שיקול לכיבוי דפיברילטורים מושגלים (5,8), ובמצבים של סוף חיים. כמו כן הוא עוסק בהפניית בני משפחה לגורמים מתאימים על פי צורך במהלך תהליך האבל.

מרכיבי הטיפול פליאטיבי (1,2,3,4,5)

- קיום תקשורת, שיח מקצועי רציף והחלטה על מדיניות טיפול מסודרת בין הצוות הפליאטיבי ובין הצוות הקרדיולוגי המטפל.
- זיהוי, אומדן, ניהול, הקלה, ומניעת תסמינים גורמי סבל כגון: קושי נשימה, צבירת נוזלים, יובש בפה, צימאון, כאב, בחילות והקאות, אי-תפקוד מיני, עצירות, תשישות, חרדה ודיכאון.
- ביצוע שינויים בטיפול התרופתי בהתאם למצב המטופל, לרבות הפסקת טיפול תרופתי מכוון להארכת חיים, שקילת כיבוי דפיברילטורים מושתלים או מכשירים אחרים.
- תמיכה פסיכוסוציאלית.
- שיח על המטרות הטיפוליות בשלבי המחלה השונים אל מול האפשרויות הטיפוליות הקיימות, מילוי הנחיות מקדימות/ ייפוי כוח/ אפוטרופסות.
- וידוא איכות המוות - 'A Good Death' על פי בחירות והעדפות של המטופל ובני המשפחה.
- ליווי באבל/שכול מורכב.

קריטריונים לטיפול פליאטיבי באי-ספיקת לב (5,6)

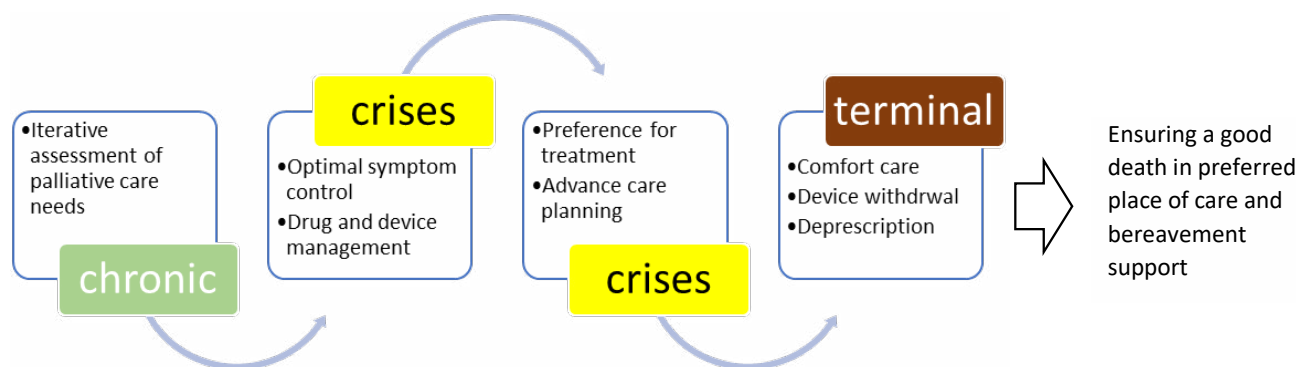
- על פי צרכי המטופל והמשפחה
- מבוסס מדדי מחלה

מדדי המחלה:	צרכי המטופל:
• שלב המחלה הלבבית: - כשל לבבי משמעותי עם פגיעה קשה ובלתי הפיכה בתפקוד סיסטולי או דיאסטולי של חדר שמאל או חדר ימין. - מחלה מסתמית קשה או מום לבבי מולד אצל חולה שאינם ניתנים לתיקון ניתוחי ובהיעדר אפשרויות טיפול נוספות. - רמה גבוהה ומתמשכת של חלבונים נטרורטיים (BNP/NT-pro-BNP). - תסמינים על פי NYHA שלב III או IV, א, AHA/ACC שלב C או D • הידרדרות תפקודית: - ירידה קשה ביכולת לבצע מאמץ גופני עם צריכת חמצן מירבית במבחן מאמץ משולב לב-ריאה פחותה מ 12 מ"ל/ק"ג או פחות מ- 50% מהחזוי לגיל, או מרחק הליכה ב- 6 דקות נמוך מ 300 מטר. • אשפוזים וסיבוכים: - פניות חוזרות למוקדים רפואיים או אשפוזים (2 פניות ב 3 חודשים או 3 פניות ב 6 חודשים). - תלות בתרופות משתנות, אינטרופיות או טיפולים תוך ורידיים אחרים. - אירועי החמרה תדירים למרות טיפול תרופתי אופטימלי (GDMT). • סיבוכים רפואיים של כשל לבבי - הישנות הפרעות קצב חדריות עם מתן שוק על ידי קוצב מושל בתדירות גבוהה. - הידרדרות מתמשכת בתפקוד איברי מטרה (כשל כלייתי או כבדי מתמשך) - תת-לחץ דם עיקש - טכיקרדיה עלייתית עיקשת. - אי סבילות לטיפול תרופתי אופטימלי (Guideline-Directed Medical Therapy). - תסמונת אנורקסיה - כחקציה או ירידה במשקל של יותר מ-10% בשנה • טיפולים לבביים מתקדמים - תמיכה מכאנית זמנית או קבועה בשריר הלב. - הערכה והמתנה להשתלת לב. • סוף חיים - כאשר יש מחשבה על ניתוק ICD או אי-החלפה של סוללת ICD. - הפסקת התערבויות טיפוליות מאריכות חיים. - מטופל מסרב טיפול • לאחר אשפוז בטיפול נמרץ לב או אשפוז בו התקיימה החיאה - תחלואה נלווית משמעותית עם פגיעה חמורה ובלתי הפיכה ברקמה או איבר בנוסף למחלת הלב. • תשובה שלילית של הקרדיולוג/ית המטפל/ת ל"שאלת ההפתעה" - האם תהיה מופתע אם המטופל/ת שלך י/תמות ב-12-6 חודשים הבאים? - אם הקרדיולוג/ית משיב/ה "לא אהיה מופתע/ת", אזי יש מקום ליישם גישה פליאטיבית כוללת	• תסמינים פיזיים או רגשיים: - תסמינים פיזיים: כאבים, תעוקת חזה עמידה, עצירות, בצקות קשות ברגליים, קושי בנשימה, איבוד משקל, תשישות, קשיי שינה, קושי בהליכה, ירידה בתפקוד • תסמינים רגשיים: הפרעות במצב רוח, דיכאון, חרדה, ההשלכות הרגשיות, הסוציאליות והרוחניות כתוצאה מהתמודדות עם התסמינים הפיזיים, הירידה באיכות החיים ובדרגה התפקודית, ולעתים עם ירידה קוגניטיבית • שיח ותמיכה בקבלת החלטות - מטרות טיפוליות, הנחיות מקדימות, הפנייה להוספיס, ניהול טיפול. • היבטים פסיכוסוציאליים - צרכים סוציאליים, יעוץ תמיכתי, דאגות כלכליות - מצוקת מטפל עיקרי ובני משפחה - כאקציה לבבית והפרעה בדימוי גוף - בקשה של מטופל, משפחה, מטפל עיקרי להתערבות של הצוות לטיפול פליאטיבי • סבל רוחני או קיומי • בקשות לסיום חיים (מוות מואץ או אובדנות) • חוסר תובנה או תובנה חלקית של המצב הרפואי וחומרת המחלה על ידי המטופל ומשפחתו, הצבת מטרות טיפוליות לא ריאליזיות על ידם או היעדר מטרות טיפוליות ברורות

שילוב הטיפול הפליאטיבי במקביל לשלבים השונים של אי-ספיקת לב. (5)

INTEGRATIVE PALLIATIVE CARE THROUGHOUT THE HEART FAILURE TRAJECTORY

Supporting patients, families/informal caregivers



Information, communication, shared decision-making

© 2020 The Authors. European Journal of Heart Failure published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of European Society of Cardiology.

טפולים והתערבויות בטיפול פליאטיבי: לא תרופתי ותרופתי. (5)

התערבות תרופתית	התערבות לא תרופתית	תסמין ועומס
• טיוב טיפול לאי-ספיקת לב • לשקול Benzodiazepines להרגעה אם קיים רכיב חרדה • אופיואידים • אין עדות לתועלת במתן חמצן בלבד במחלה מתקדמת, כשהחמצון בדם תקין	• ישיבה במנח זקוף • מאוורר יד • טכניקות הרגעה • תרגולים נשימתיים	קושי נשימה (עד 90% מהמטופלים)
• תרופות משתנות, תוך- ורידי/ תת- עורי • הגבלת שתייה וצריכת מלח. • לשקול מתן תרופות אינטרופיות במסגרת אשפוז יום.	• גרביים אלסטיות • הרמת גפיים תחתונות • נקזים לטווח ארוך לתפליט פליאורלי ולמיימת	צבירת נוזלים/ מיימת (50% מהמטופלים)
• טיוב טיפול תרופתי וטיפול למצבי היפוגליקמיה HYPOGLYCEMIA	• שתייה בתצורה הנמסה בפה כגון קרח כגון מציצת שבבי קרח • רוק מלאכותי • סוכריות מנטה/ לעיסת מסטיק	צימאון (20 - 46% מהמטופלים)
• טיוב טיפול תרופתי • תרסיסים מקומיים • שטיפות פה • טבליות נמסות	• היגיגנת פה מוקפדת • רוק מלאכותי • מציצת שבבי קרח/ סוכריות מנטה/ לעיסת מסטיק	יובש בפה

- כאב נירופתי יטופל עם אופיואידים/ נוגדי פרכוס/ נוגדי דיכאון - אופיואידים במתן פומי/ טרנסדרמלי/ תת-עורי תוך-וריד	- פיזיותרפיה - אקופונקטורה - הפחתת דחק עם Mindfulness - פעילות גופנית - מוזיקה	כאב (90% מהמטופלים NYHA IV)
שינוי טיפול תרופתי, לדוגמה החלפת טיפול ב- ARNi ל- ARB עקב נטייה ללחצי דם נמוכים. נשים - המלצה לשימוש מקומי לנרתיק בטיפולים מבוססי אסטרוגן	- פעילות פיזית - הפסקת עישון	אי-תפקוד מיני
- Metoclopramide (זהירות עקב הארכת מקטע QT) - Promethazine, Prochlorperazine, Ondansetron (זהירות מעצירות), Benzodiazepines (זהירות - סדטיבי)	- הפסקת/ החלפת תרופות רלוונטיות - שינויים תזונתיים מותאמים למטופל: הימנעות מריחות כגורם - טיפול ברפואה משלימה/אינטגרטיבית	בחילות והקאות (נפוץ בכל שלבי המחלה)
לקסטיבים, מרככי צואה תכשירים אוסמוטיים	- פעילות גופנית - שינויים תזונתיים	עצירות
- שינוי מינוני תרופות (משתנות, חוסמי בטא) - מענה לתחלואה נלווית (כגון תכשירי ברזל)	- פעילות גופנית - שינויים תזונתיים - תוספי מזון	תשישות/ עייפות
SSRI, בטוחים יחסית לשימוש עם עדות מוגבלת ליעילות (יש להיזהר מהיפונתרמיה)	- תקשורת פתוחה - שיקום לבבי - פעילות גופנית והתערבויות פסיכולוגיות כגון CBT	דיכאון (מעל 50% מהמטופלים ובאשפוז בין 40-70% עם תסמינים של NYHA III-IV)

תרופות לשימוש עתידי - Anticipatory Prescribing (5)

כל התרופות צריכות לכלול צורת מתן פומי, תוך-וריד, תת-עורי	
מצב	טיפול תרופתי
קושי נשימה	אופיואידים: (Morphine/ Oxycodone)
כאב	אופיואידים: (Morphine/ Oxycodone)
בחילות הקאות	Metoclopramide, Ondansetron, Haldol
גודש ובצקות	Furosemide, Metolazone, Acetazolamide
חרדה	(Benzodiazepines: Lorazepam, Clonazepam)
סדציה פליאטיבית	Midazolam
פצעים דרגה 1-2	חבישות ותכשירים אחרים רלוונטיים

מקורות:

1. Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) Investigators. Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. Solomon SD, Dobson J, Pocock S, Skali H, McMurray JJ, Granger CB, Yusuf S, Swedberg K, Young JB, Michelson EL, Pfeffer MA. Circulation. 2007 Sep 25;116(13):1482-7. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.696906. Epub 2007 Aug 27. PMID: 17724259.
2. Referral Criteria to Palliative Care for Patients With Heart Failure A Systematic Review Yuchieh Kathryn Chang, Holland Kaplan, Yimin Geng, Li Mo, Jennifer Philip, Anna Collins, Larry A. Allen, John A. McClung, Martin A. Denvir and David Hui. Circ Heart Fail. 2020;13: e006881. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.006881
3. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2015. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (1 September 2019).
4. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, . Controlled Clinical Trial. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, et al. J Am Coll Cardiol. 2017 Jul 18;70(3):331-341).
5. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, Di Stolfo G, Lambrinou E, Skibelund AK, Uchmanowicz I, Rutten FH, Čelutkienė J, Piepoli MF, Jankowska EA, Chioncel O, Ben Gal T, Seferovic PM, Ruschitzka F, Coats AJS, Strömberg A, Jaarsma T Eur J Heart Fail. 2020 Dec;22(12):2327-2339. doi: 10.1002/ejhf.1994. Epub 2020 Oct 4. PMID: 32892431.
6. Referral Criteria to Palliative Care for Patients with Heart Failure: A Systematic Review. Chang YK, Kaplan H, Geng Y, Mo L, Philip J, Collins A, Allen LA, McClung JA, Denvir MA, Hui D. Circ Heart Fail. 2020 Sep;13(9): e006881. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.006881. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32900233; PMCID: PMC7494548.
7. .2005-ו"התשס"ו. חוק החולה הנוטה למות, https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Zchuyot_03
8. Prognostic Awareness and Goals of Care Discussions Among Patients with Advanced Heart Failure. Gelfman LP, Sudore RL, Mather H, McKendrick K, Hutchinson MD, Lampert RJ, Lipman HI, Matlock DD, Swetz KM, Pinney SP, Morrison RS, Goldstein NE. Circ Heart Fail. 2020 Sep;13(9): e006502. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006502. Epub 2020 Sep 2. PMID: 32873058; PMCID: PMC7494630.



המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה