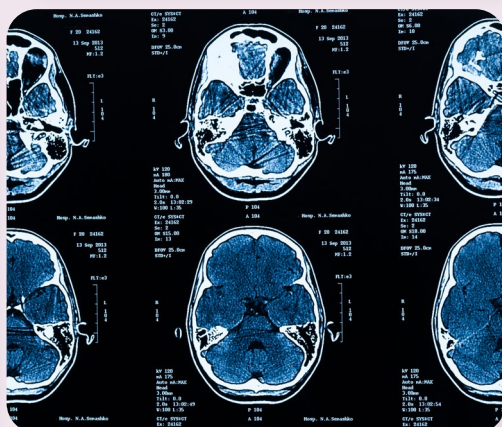
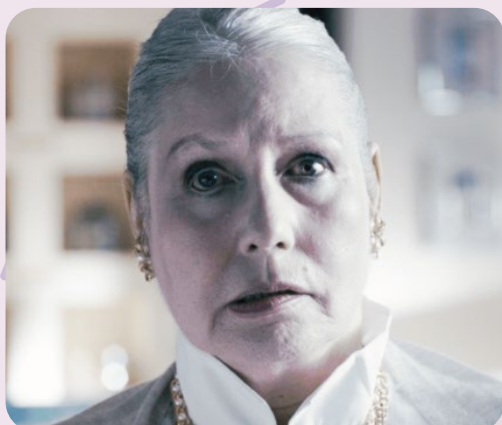


עקרונות הטיפול בשבץ מוחי

טיפול ותמיכה למתמודדים בשבץ מוחי

תוכנית פעולה אירופאית לטיפול בשבץ מוחי 2018-2030



ארגון שבץ המוח האירופאי (European Stroke Organization (ESO), בשיתוף קואליציית ארגוני חולי השבץ באירופה SAFE, הגדירו את תוכנית הפעולה האירופאית להתמודדות עם ההשלכות החמורות של שבץ מוח ועמידה באתגרים העצומים העומדים בפני מערכות הבריאות והרווחה. נטל תחלואת שבץ המוח מושפע מגורמים רבים, החל במודעות לדחיפות הרפואית במצבי שינוי נוירולוגי חד, דרך מערכת פינוי המטופלים והרפואה הראשונית, טיפול אקוטי במרכזים רפואיים, אשפוז אקוטי, וכלה שיקום ומניעה שניונית.

נציגי עמותת נאמן (נפגעי אירוע מוחי) והחברה הישראלית לשבץ מוחי ("חיי"ש") החברה בארגון ESO וארגון SAFE שותפים מלאים להגדרת תוכנית הפעולה האירופית, פועלים להתאים ולהטמיע את עיקריה לצרכי הציבור בישראל ולהגדיר את התוכנית האסטרטגית להתמודדות עם עומס שבץ המוח בישראל שעל ממשלת ישראל לאמץ על מנת לעמוד ביעדיה.

על פי נתוני הרישום הלאומי לשבץ מוח, בשנת 2019 אירעו בישראל 19,244 מקרי שבץ מוח חדשים: שיעורם המתוקנן לגיל היה 3.2 מקרים ל-1,000 איש. הגיל הממוצע של נפגעי שבץ מוח חדשים באותה שנה היה 71.8 שנים, כמעט חמישית מהם מתחת לגיל 60. כ-55% מהחולים החדשים בשבץ מוחי בשנת 2019 היו גברים. כ-17% מכלל מקרי שבץ המוח החדשים בשנת 2019 היו בקרב ערבים (3,342) וגילם הממוצע היה נמוך – 65 שנים, לעומת 73.2 שנים בקרב היהודים. להדגיש כי, שבץ מוחי הינו גורם התמותה השלישי בארץ אחרי מחלות לב וסרטן אך הגורם העיקרי לנכות פיזית, קוגניטיבית והתנהגותית.

על-פי דו"ח מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות בהנחה ששיעורי ההיארעות הינם קבועים עד שנת 2040, מספר המקרים של אירוע מוחי חד צפוי להכפיל עצמו, מכ-19,000 מקרים בשנה לכ-38,500 מקרים בשנה. הגידול החזוי במספר מקרי שבץ המוח נובע משינויים דמוגרפיים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה, ובפרט מגידול משמעותי, מוחלט ויחסי, של האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה, וכן מגידול מוחלט של האוכלוסייה הערבית בישראל, קבוצות אוכלוסייה אשר שיעור ההיארעות של אירוע מוחי חד בקרבן גבוה באופן משמעותי בהשוואה לזה שבקבוצות האוכלוסייה האחרות. לציין כי, הנטל הכלכלי של שבץ מוח על מערכת הבריאות הינו עצום, על פי דו"ח מחקר הערכת עלויות שבץ המוח בישראל משנת 2021, העלויות הישירות של שבץ מוח הסתכמו בסכום מוערך של כ-694 מיליון ₪ מדי שנה. העלויות העקיפות של שבץ מוח הוערכו על ידי צוות המחקר בסכום של כ-1.65 מיליארד ₪ בשנה. סך העלות של מקרי שבץ מוח חדשים בישראל עומד על כ-2.3 מיליארד ₪ בשנה.

אנו קוראים למנכ"ל משרד הבריאות לאמץ את דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה 2022 ולהוביל מהלך משותף שיבטיח את ביצוע התוכנית הלאומית לשבץ מוחי בהלימה עם תוכנית הפעולה האירופאית, להורדת נטל התחלואה והתמותה משבץ מוחי על מנת להציל חיים רבים, למנוע נכות מעשרות אלפי אנשים בשנה בישראל, להקל על הסבל הרב ולחסוך תקציבי עתק מהתקציב הציבורי.

בהוקרה

פיניה רוזנצווייג

מנכ"לית עמותת נאמן, נפגעי אירוע מוחי

פרופ' נתן בורנשטיין

יו"ר "חיי"ש" החברה הישראלית לשבץ מוחי

¹ דו"ח מחקר הערכת עלויות שבץ המוחי, 2021.

"נטל מקרי שבץ מוחי באירופה"; באיזה מחיר? ההשפעה הכלכלית של מקרי שבץ מוחי באירופה

אם לא יינקטו צעדים משותפים מתואמים, מספר בני האדם שסובלים משבץ מוחי ומספר בני האדם שימותו משבץ מוחי צפוי לעלות. בנוסף, יהיו יותר בני אדם שישרדו לאחר שבץ מוחי וייאלצו לחיות עם תוצאות השבץ המוחי, כגון נכות לצמיתות. העלויות הן לפרט והן לכללות הבריאות צפויות לעלות.

אמנם התמותה משבץ מוחי ירדה בעשרים השנים האחרונות, אך הסיכויים למות משבץ מוחי משתנים במידה קיצונית על פי המקום באירופה שבו חי האדם שלוקה בו. נכון לעכשיו, שיעור התמותה משבץ מוחי נע בין 30 מקרים ל- 100,000 נפש (באיסלנד) ל- 170 מקרים ל- 100,000 נפש (במקדוניה הצפונית). שיעור מקרי תמותה נמוך יותר בזכות טיפול טוב יותר ומהיר יותר, פירוש, שיהיו יותר בני אדם שישרדו שבץ מוחי ויחיו עם ההשלכות הנגרמות משבץ המוח. אי לכך, העלות הכוללת המוערכת של מקרי שבץ מוחי באירופה - עלויות שירותי בריאות ועלויות אחרות - צפויה לעלות, מעלות המוערכת בסכום של 60 מיליארד אירו בשנת 2017 לעלות גבוהה ב- 44% עד שנת 2040.

כמו כן, קיים פער עצום באיכות הטיפול בשבץ מוחי הזמין למטופלים בחלקים שונים של אירופה, כאשר באזורים מסוימים מתקשים לספק למטופלים את הטיפול שההנחיות הקליניות ממליצות שיהיה זמין לכולם. מה שיקרה לאדם שילקה בשבץ מוחי יהיה שונה מאוד לפי האזור שבו הוא מתגורר - החל מאבחון האירוע המוחי וטיפול בו כמקרה חירום, ועד קבלת טיפול ביחידה ייעודית המתמחה בשבץ מוחי וטיפול משקם לאחר השחרור מבית החולים.

לדוגמה, "דוח נטל מקרי השבץ המוחי" (The Global Burden of Stroke) מראה, שלמרות שלושים שנים של ראיות המוכיחות את השפעתן הרבה המיטיבה של יחידות לשבץ מוחי, רק 30% מהמטופלים ברחבי אירופה מקבלים טיפול ביחידה ייעודית לשבץ מוחי. שיעור המטופלים שמקבלים טיפול ביחידות לשבץ מוחי נע בין פחות מ- 10% ליותר מ- 80%, תלוי במקום המגורים של החולים. עקרונות הטיפול בשבץ מוחי או הנחיות ברמה הארצית אינם מיושמים באופן עקבי, ומערכת כלל-אירופית מבוססת-ראיות למתן טיפול על ידי מומחים לשבץ מוחי, לא הוקמה עדיין.

זו הסיבה לכך שהארגון האירופי לשבץ מוחי (ESO) והברית האירופית לשבץ מוחי (SAFE) השיקו את תוכנית הפעולה האירופית לטיפול בשבץ מוחי (The Stroke Action Plan For Europe-SAP-E), שכוללת סדרת צעדים מבוססי-ראיות, במטרה לשפר במידה דרמטית את סטנדרט הטיפול בשבץ מוחי באירופה.

התוכנית נתמכת על ידי עקרונות "הטיפול בשבץ מוחי", אשר במונחים רפואיים, מקדמים את הסטנדרט המינימלי למתן טיפול בשלב שלפני ההגעה לבית חולים, בעת האשפוז האקוטי בבית החולים, בתקופת השיקום ובחיים שלאחר שבץ מוחי. יישום סטנדרטים בסיסיים אלה באופן מלא, היה משנה את חיייהם של הלוקים בשבץ מוחי. בהמשך לטיפול מציל חיים בבית החולים חייבים המטופלים לאחר שבץ מוחי לקבל שיקום ותמיכה בקהילה, שיאפשרו להם לחיות את איכות החיים הטובה ביותר שאפשר לחיות עם תוצאות השבץ המוחי.



המדריך "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" נוצר כדי לשמש מדריך לאנשי מקצועות הרפואה ואנשי התכנון הרגולטוריים בנושא שבץ מוחי.

גרסה זו מיועדת לקהל הרחב. 12 מדדי הביצוע מתוך תוכנית הפעולה לשבץ מוחי כלולים גם הם. יחד הם מציינים את שורדי השבץ המוחי (את קרובי משפחתם, את המטפלים בהם ואת כל הפועלים למענם) ברשימה המשמשת להערכת איכות הטיפול שהם מקבלים.

המדריך "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" מכסה את המסלול המלא של הטיפול בשבץ מוחי, ובכלל זה:

מודעות לשבץ מוחי וזיהוי התסמינים של שבץ מוחי.

יחידת טיפול נמרץ, כולל:

- הגעה לבית החולים – קבלה והערכה.
- טיפול מיידי במי שלקו בשבץ מוח איסכמי (שבץ מוחי הנגרם על ידי קריש דם), על מנת להחזיר את זרימת הדם למוח.
- טיפול מיידי כללי וטיפול תומך הן במקרה של שבץ מוח איסכמי והן במקרה של שבץ מוח דימומי.

יחידת טיפול בשבץ מוחי, כולל:

- טיפול ביחידה לשבץ מוחי – קבלה והערכות.
- שיקום וטיפול ביחידה לשבץ מוחי/שחרור מוקדם עם תמיכה.
- מניעת סיבוכים – הערכות צפויות ביחידה לשבץ מוחי.
- ניטור מטופלים שעברו בשבץ מוחי ביחידה לשבץ מוחי.

מניעה שניונית, כולל:

- אפשרויות טיפול, ובכלל זה התחלת מניעה שניונית תרופתית.
- ניתוח או הכנסת תומכן (סטנט) עקב היצרות עורק התרדמה (קרוטיד).
- שינויים באורח החיים – לאורח חיים בריא.

שחרור מבית החולים

- השחרור מבית החולים חייב להיות מתוכנן ולכסות גם שיקום וטיפול מתמשך.
- מעקב וטיפול בגורמי הסיכון למחלות כלי דם.

עקרונות מינימליים אלה לטיפול בשבץ מוחי חיוניים כאשר מתכננים ומעדכנים שירותים, כולל:

- היערכות חירום אזורית לשבץ מוחי.
- הכשרת רופאים מתמחים ואנשי רפואה אחרים קשורים לשבץ מוח.
- ארגון, מימון ופרוטוקולים לטיפול בשבץ מוחי אקוטי.
- מתן הולם של שירותים שיקומיים.

החיים לאחר שבץ מוחי








- הערכה
- שיקום
- בדיקות שנתיות
- תכנון טיפול

אי לכך, מסמך זה חייב להיות חומר קריאה בסיסי, לא רק לצוות מומחים לשבץ מוחי, אלא גם לאנשים בתחום התכנון והניהול בבתי החולים וכן בכל אזור, ולמוסדות פוליטיים האחראים על שירותי הבריאות, ברמה המקומית וברמה הארצית.

להלן הגרסה של "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי"; המיועדת לציבור הרחב, אשר מציגה את הסטנדרט והדרישות המינימליים לטיפול טוב בשבץ מוחי, יחד עם כמה טיפולים התערבותיים חשובים, שאסור לבצע. זוהי רשימה של עשו ואל תעשו לאנשי מקצוע בתחום שבץ מוחי בסביבות שונות.

עשו ואל תעשו | עקרונות הטיפול בשבץ מוחי

מסלול הטיפול בשבץ מוחי הוא כדלקמן, בקצרה:

- שבץ מוחי מטופל כמצב חירום על ידי הציבור, שירותי פינוי מהיר, פרא-מדיקים ובתי החולים. 
- הגעה לבית חולים עם נגישות לצוות מומחים לשבץ מוחי, סריקת מוח וטיפולים התערבותיים מיידיים. 
- טיפול אקוטי, הערכות חיוניות וניטור הכרחיים. 
- יחידה לטיפול בשבץ מוחי על מנת למנוע סיבוכים, לספק הנעה (מוביליזציה) ושיקום מיידים. 
- מניעה שניונית - צמצום הסיכון לשבץ מוחי נוסף. 
- שחרור מבית החולים. 
- החיים לאחר שבץ מוחי. 

שבץ מוחי הוא מצב חירום רפואי

SOS



כן/עשו

- שבץ מוחי הוא מצב חירום רפואי. חייבת להיות תמיכה ממשלתית בקמפיינים לקידום המודעות, כדי להבטיח שכל אדם באירופה יידע לזהות תסמינים של שבץ מוחי ולדעת להזעיק אמבולנס.
- כל צוותי מד"א, צוות הקו הראשון בבית החולים וצוות החירום הרפואי חייבים לקבל הכשרה בשיטה לזיהוי שבץ מוחי המוכחת קלינית, כדי שיהיו מסוגלים לזהות את כל הלוקים הפוטנציאליים בשבץ מוחי.
- בכל אזור חייב להיות פרוטוקול חירום מבוסס לשבץ מוחי, כדי ששיגור אמבולנסים יהיה בעדיפות עליונה, וכדי שהלוקים בשבץ מוחי יילקחו בשיא המהירות לבית חולים הקרוב ביותר עם מומחיות לשבץ מוחי, אשר יקבל הודעה מראש על הגעת המטופל/ת.



לא/אל תעשו

- לתת למטופלים חמצן, אלא אם סטורציה החמצן שלהם יורדת מתחת ל-95%.
- לגרור להיפותרמיה (קירור הגוף).
- לתת אינסולין.



כן/עשו

- אנשים שחשודים שלקו בשבץ מוחי צריכים להילקח לבית חולים שקיים בו צוות מומחים מולטי – דיציפלינארי לשבץ מוחי ומסלול חירום מהיר לטיפול בשבץ מוחי.
- המטופלים חייבים לעבור הערכה יסודית אך מהירה ביותר של תסמינים קיימים, של מצבם הנוירולוגי ושל כל ליקוי שנגרם על ידי השבץ המוחי; זאת על ידי שימוש בכלי מוכר כגון "סולם שבץ מוחי של המכונים הלאומיים לבריאות (NIHSS-<https://neurotoolkit.com/nihss>).
- כל אדם עם תסמינים של שבץ מוחי חייב לעבור באופן מיידי טומוגרפיה ממוחשבת (CT) או בדיקת דימות בתהודה מגנטית (MRI), כדי לבדוק את סוג השבץ המוחי ולהעריך את אפשרויות הטיפול.
- אנגיוגרפיה – סריקת CT או MRI שיכולה לאתר קריש דם בכלי דם גדול, חייבת להתבצע אצל מטופלים שמגיעים בתוך 6 שעות מהופעת התסמינים, כדי לבדוק אם הם מתאימים לתרומבקטומיה (שליפה מכונית של קריש דם מהמוח).
- אצל אנשים שהזמן שחלף מאז הופעת התסמינים אינו ידוע, והם מגיעים בתוך 6 עד 24 שעות, וסביר שהם מתאימים לתרומבוליזיס או לתרומבקטומיה, יש לבצע סריקת מוח מתקדמת, כדי להעריך האם עדיין קיימת חיות של רקמת המוח, ואם ישנו קריש דם בכלי דם גדול.
- בדיקות דם לבדיקת מצבם הכללי של מטופלים וא.ק.ג. לבדיקת קצב הלב, חייבים להתבצע, אך אסור שעקב ביצועם יתעכב טיפול מיידי להחזרת זרימת הדם למוח (טיפול רפרפוזיה).
- אצל מטופלים שהתסמינים אצלם חלפו (כלומר, הם לקו בשבץ מוחי חולף=TIA), יש לשקול ביצוע MRI עם הגעתם.

טיפול חירום לחידוש זרימת הדם למוח



כן/עשו

- אם סריקת CT או MRI מראה שזרימת הדם למוח מוגבלת בשל קריש דם, יש להתחיל בטיפול להחזרת זרימת הדם. טיפולים אלה נקראים תרומבוליזיס תוך-ורידי (בה נעשה שימוש בתרופה כדי להמיס את קריש הדם) ותרומבקטומיה מכונית, שבה שולפים את קריש הדם מהעורק החסום במוח.
- יש לבדוק את רמות הסוכר בדם לפני שנותנים למטופל תרומבוליזיס, מכיוון שרמות גבוהות ו/או נמוכות מאוד של סוכר בדם עלולות להופיע עם תסמינים שמחקים שבץ מוח.
- תרומבוליזיס לווריד יש לתת בתוך 4.5 שעות מרגע אירוע השבץ המוחי ותרומבקטומיה יש לבצע בתוך 6 שעות מהאירוע. ההנחיות הקליניות העדכניות ביותר מסייעות בזיהוי אותם מטופלים מסוימים, שבהם ניתן לטפל גם אחרי 4.5 שעות ואחרי 6 שעות. במקרים מיוחדים אפשר לבצע תרומבקטומיה עד 24 שעות מתחילת התסמינים.



לא/אל תעשו

- לתת אספירין למטופלים המתאימים לטיפול תרומבוליזיס או לתרומבקטומיה.



כן/עשו

- בקרת דילול דם: לאחר ביצוע סריקת מוח ראשונית, יש לתת אספירין למטופלים עם שבץ מוחי איסכמי ולאלה עם שבץ מוחי חולי. בדרך כלל המינון הוא 250-300 מ"ג (אסור לתת אספירין למטופלים שמקבלים טיפול תרומבוליזיס או תרומבקטומיה).
- בקרת לחץ דם: אצל מטופלים עם דימום תוך-מוחי אקוטי (שבץ מוחי שנגרם על ידי דימום במוח), חייבים להוריד את לחץ הדם הסיסטולי ל-140 mmHg או נמוך מזה (130), וזאת מהר ככל האפשר, ובתוך 6 שעות, ויש לשמור על רמה זו עד 7 ימים. לאחר טיפול תרומבוליזיס ותרומבקטומיה מכנית יש לשמור על לחץ דם מתחת ל-110/185 ב-24 השעות הראשונות.
- אצל מטופלים שמקבלים נוגדי קרישה במתן דרך הפה, ואשר לקו בדימום תוך-מוחי אקוטי, יש לשקול הפסקה של הטיפול בנוגדי קרישה בפרק הזמן האקוטי, כדי לעצור את הדימום.
- בקרת פרוקסימ: למטופלים שלוקים בהתקף פרוקסימ בתוך 7 ימים מאירוע השבץ המוחי, יש לתת תרופה נגד אפילפסיה במשך 3 חודשים. יש להתחיל טיפול נגד אפילפסיה לטווח ארוך, אצל מטופלים שלוקים בהתקף פרוקסימ אחרי שחלפו כבר 7 ימים מאירוע השבץ המוחי.
- צוות המומחים צריך לשקול את הפסקת השימוש בנוגדי קרישה במתן דרך הפה, כאשר מטופל סובל מדימום תוך מוחי.



לא/אל תעשו

- להוריד לחץ דם גבוה בשלב האקוטי של שבץ מוחי איסכמי, אלא אם לחץ הדם גבוה במידה קיצונית (גבוה מ- 120/220 mmHg). או כאשר המטופל מקבל טיפול רפרפוזיה.
- להוריד לחץ דם סיסטולי יותר מ-90 mmHg במקרים של דימום תוך-מוחי, אקוטי כדי למנוע נזק כלייתי.
- להשתמש בתרופות נגד אפילפסיה למניעה מוקדמת של פרוקסימ.



כן/עשו

- כל המטופלים חייבים להתקבל עם הגעתם לבית החולים ביחידה לשבץ מוחי. ביחידה זו חייב להיות צוות מדיסציפלינות שונות; שמורכב ממומחים לשבץ מוחי, כולל רופאים/ות, אחים/ות, מרפאים/ות בעיסוק, פיזיותרפיסטים/ות, קלינאים/ות תקשורת, עובדים/ות סוציאליים/ות ודיאטנים/ות קליניים/ות.
- יש לבדוק את יכולת הבליעה של המטופלים מייד עם קבלתם ביחידה לשבץ מוחי, ולפני שנותנים להם מזון, נוזלים או תרופות כלשהן דרך הפה. כאשר יש למטופלים בעיות בבליעה, יש לבצע הערכה על ידי מומחה/ית בתוך 24 שעות, כדי שיוכלו להתקבל החלטות על התאמות תזונתיות או הזנה בצינורית, כנדרש, ולהתחיל בטיפול בבליעה.
- יש לעזור למטופלים לשבת מחוץ למיטה, לעמוד או ללכת, אם הם מסוגלים לכך, וזאת בתוך 24 השעות הראשונות. לאלה אשר זקוקים לעזרה כדי לשבת מחוץ למיטה, לעמוד או ללכת, יש לאפשר מוביליזציה קלה בלבד ב-24 השעות הראשונות.





כן/עשו

כל המטופלים חייבים לעבור הערכה ראשונית על ידי מומחי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, וקלינאות תקשורת), בתוך 48 שעות, תוך שימוש בפרוטוקול תקני. מרכיבים בסיסיים בהערכה חייבים לכלול בליעה, מצב רוח וקוגניציה, חום גוף, תזונה, תפקוד שלפוחית השתן ופעולות מעיים, נזק וכיבים בעור, ניידות, הערכת תפקוד, תכנון שחרור ומניעת פקקת ורידים עמוקים (DVT).

במטופלים שעברו שבץ מוחי הזקוקים לשיקום יש לטפל ביחידת לשבץ מוחי, עם צוות מומחים לשבץ מוחי, אשר חייבים לפעול על פי דרכי הטיפול הטובות ביותר המפורטות בהנחיות הקליניות. המטופלים וקרובי משפחה/מטפלים, חייבים להיות מעורבים בתהליך השיקום, ולקבל הכשרה וכן מידע על השבץ המוחי.

יש להציע למטופלים שעברו שבץ מוחי שחרור מוקדם נתמך (ESD), אם הדבר זמין. שחרור מוקדם נתמך מועיל לשורדי שבץ מוחי עם תסמינים של שבץ מוח קלים עד בינוניים, שגם יציבים מבחינה קלינית, ובעלי משאבים לטיפול ותמיכה בבית. הדרך המומלצת היא שהשחרור המוקדם הנתמך יינתן על ידי הצוות שטיפל בשיקום של המטופל בזמן אשפוזו בבית החולים, ויש להתחיל אותו בתוך 3 ימים מיום השחרור מבית החולים.



לא/אל תעשו

לתת אספירין למטופלים המתאימים לטיפול תרומבוליזיס או לתרומבוקטומיה.



כן/עשו

הפחיתו את הסיכון לפקקת ורידים עמוקים. עבור שורדי שבץ מוחי שאינם מסוגלים להתהלך, הסיכון גבוה ללקות בקריש בווריד (פקקת ורידים עמוקים, או DVT) או בריאות (תסחיף ריאתי). לכן, יש להשתמש במכשיר שמכסה את הרגליים, כולל הירכיים, אשר מספק רצף של דחיסות לסירוגין (דחיסה פנאומטית לסירוגין או IPC). אם מכשירים אלה אינם זמינים, יש להמתין עם שימושם בין 48 ל- 72 שעות אצל מטופלים שלקו בדימום תוך מוחי, לפני מתן התרופה הפרין בעל משקל מולקולרי נמוך (LMWH).

מניעת זיהום בשלפוחית השתן: יש לבדוק את שלפוחית השתן של שורדי שבץ מוחי תוך שימוש באולטרה סאונד, ואם יש צורך בכך, יש להשתמש רק בצנתר (קטטר) לסירוגין, כדי למנוע זיהום בשלפוחית השתן.

מומחים לשבץ מוחי צריכים לפעול על פי הפרקטיקה המקומית, למניעת נפילות.

הזיות: מעקב מובנה, ואם מתעורר חשד, יש לנקוט טיפול התערבותי למניעת הזיות.





לא/אל תעשו

- שימוש בגרביי לחץ עם לחץ הדרגתי.
- שימוש בהפרין אצל מטופלים אחרי שבץ מוחי עם אי-ספיקת כליות קשה.
- שימוש בצנתר קבוע. בשל סיכון לזיהומים בדרכי השתן ותסמונת דרכי השתן התחתונות.



כן/עשו

- יש לבדוק רמות סוכר ורמות שומנים בדם וכן את מצב הכבד.
- יש למדוד לחץ דם אצל שורדי שבץ מוחי מדי 15 עד 30 דקות, עד שלחץ הדם מבוקר.
- על צוות היחידה לשבץ מוחי לנטר את קצב הלב לפחות במשך 24 שעות, ועל פי הצורך הקליני (בקרת לחץ דם, ניתוח קצב לב, רווי חמצן).
- על צוות היחידה לשבץ מוחי לבצע הערכה קלינית לבדיקת מחלת לב מבנית.
- יש לבצע סריקה של העורקי התרדמה(קרודטיד) לבדיקת היצרות או חסימה.
- אצל אנשים שעשויים להיות בסיכון מוגבר לשבץ מוחי עקב פרפור פרזודורים, יש לבצע ניטור קצב לב.
- מומחי שבץ מוחי צריכים לשקול גם את השימוש באקוקרדיוגרפיה, אם ההיסטוריה הרפואית, א.ק.ג. או סריקות עשויות להצביע על בעיות לב פוטנציאליות, ובאנגיוגרפיית CT למחלת כלי דם גדולים, על מנת לאתר היצרות בעורקים.



כן/עשו

- מצעי מניעה שניוניים לצמצום הסיכון לשבץ מוחי חוזר חייבים להינקט בהקדם האפשרי, ועדיף בתוך שבוע.
- לכל אחד ואחת ממטופלים אחרי שבץ מוחי חייבת להיות תוכנית מותאמת אישית לסגנון חיים וגישות תרופתיות, כדי לצמצם את הסיכון לשבץ מוחי נוסף. בתוכניות אלה יש להביא בחשבון את המגבלות הגופניות והקוגניטיביות של השורד/ת, ואת יכולתו/ה להבין וליטול תרופות.





כן/עשו

- כל המטופלים אחרי שבץ מוחי חייבים לקבל ייעוץ לגבי הדברים שביכולתם לעשות על מנת לצמצם את הסיכון שילקו בשבץ מוחי נוסף. שינויים באורח החיים כוללים: גמילה מעישון; הגבלת צריכת אלכוהול לכמות מקסימלית של 14 יחידות בשבוע לגבר, ו-7 יחידות בשבוע לאישה; שאיפה לאכול לכל הפחות 5 מנות פרי וירק ביום, וצמצום צריכת שומנים רוויים ומלח; הגדלת כמות התעמלות ואימונים, ופעילות גופנית באופן כללי.
- בקרת לחץ דם הכרחית - אצל רוב האנשים הוא חייב להיות פחות מ-130 mmHg. בחירת הטיפול יכולה להשתנות ממקום למקום, אך בטיפול יש להביא בחשבון את הדרך להביא לרמה מקסימלית את היענות המטופלים (עידוד מטופלים אחרי שבץ מוחי ליטול את התרופות בדיוק לפי ההוראות שניתנו להם), וכן להביא בחשבון תופעות לוואי אפשריות, מינון יומי ועלויות.
- סטטינים לאיזון פרופיל שומני הדם (כולסטרול) צריכים להינתן לטווח ארוך לשורדי שבץ מוחי איסכמי (חסימתי), אך בדרך כלל לא לאלה שלקו בדימום תוך-מוחי.
- לצמצום הסיכון להיווצרות קרישי דם, יש להציע טיפול בנוגדי טסיות הדם (לדוגמה, אספירין), למטופלים שעברו שבץ מוחי איסכמי או שבץ מוחי חולף.
- למטופלים עם פרפור פרזודורים, יש לתת נוגדי קרישה לטווח ארוך; בעוד שישנם הבדלים אזוריים בטיפול הניתן, הרי שנוגדי קרישה חדשים במתן דרך הפה בטוחים יותר לשימוש מנוגדי קרישה אנטגוניסטים לוויטמין K, כגון, וורפרין (warfarin).
- אם במקרה של פרפור פרזודורים, מסיבות שונות יש הורייית(אינדיקציה) נגד לשימוש בנוגדי קרישה, אפשר לשקול טיפול צנתורי תוך שימוש במתקן למניעת קרישי דם מהלב.
- במקרים של שבץ מוחי איסכמי, יש לשקול סגירה של נקב אובאלי פתוח ("חור" קטן בין העליות בלב - PFO), אצל מטופלים בני פחות מ-60 שנים ללא גורם אחר חלופי לשבץ המוחי שעברו. לגבי מטופלים הסובלים מדימום תוך מוחי הקשור בנטילת נוגדי קרישה, יש להביא בחשבון את כל גורמי הסיכון האינדיבידואליים האחרים ולחדש את הטיפול בנוגדי קרישה.
- יש לאבחן מחלת/היצרות עורק התרדמה בצוואר, שבה הצטברות משקעים שומניים בדופן עורק התרדמה גורם להיצרות העורק שעלול להיות סיבה לשבץ מוחי ו/או לשבץ מוחי חולף (TIA), ועדיף בתוך 48 שעות מאירוע השבץ המוחי, תוך שימוש בסריקת אולטרה סאונד ו/או CT או MRI. אם ההיצרות בעורק חמורה, יש לשקול הפנייה למומחים לכירורגיית כלי דם או מצנתר מוח. מטופלים אחרי שבץ מוחי עשויים להפיק תועלת מניתוח אנדארטרקטומיה בעורק התרדמה (שבו מסלקים מתוך העורק בניתוח את המשקעים השומניים, או הרובד הטרשתי), או מהחדרת סטנט שמטרתו להרחיב את העורק (הליך הידוע בשם סטנטינג בעורק התרדמה). אצל אנשים בני יותר מ-70 שנה, החדרת סטנט פחות יעילה מניתוח אנדארטרקטומיה. טיפולים התערבותיים אלה יעילים כאשר מבצעים אותם בתוך 14 יום מאירוע שבץ מוחי או שבץ מוחי חולף.



לא/אל תעשו

- לאנשים עם קצב לב א-נורמלי (פרפור פרזודורי) אין לתת נוגדי טסיות הדם.
- הפירין אינו מומלץ כתחליף זמני לפני התחלת טיפול בנוגד קרישה.



כן/עשו

- חיוני לתכנן את השחרור מבית החולים. יש לכלול בתוכנית את המטופלים אחרי שבץ מוחי עצמם וכן את קרובי משפחתם או המטפלים בהם. התוכנית צריכה לוודא באמצעות תקשורת עם ספקי שירותים מקומיים (קופות החולים), שהטיפול הנדרש יינתן למטופלים ושהם עצמם יודעים למה לצפות.
- לאחר השחרור מבית החולים יש לבצע מדידות לחץ דם בקביעות.
- שורדי שבץ מוחי צריכים להשתחרר מבית החולים עם תוכנית למניעה שניונית, הכוללת הן תרופות והן שינויים באורח החיים.
- בבדיקות מעקב יש להשתמש ברשימת סעיפים לביצוע (Check list) עבור מטופלים אחרי שבץ מוחי, כדי להבטיח שלכל השורדים ייערכו בדיקות סקר מקיפות, לאבחון מוקדם של סיבוכים תדירים לאחר שבץ מוחי.

החיים לאחר שבץ מוחי



כן/עשו

- מטופלים אחרי שבץ מוחי וקרובי משפחתם צריכים להיות מעורבים בתכנון תוכניות הטיפול, ובהחלטות אחרות לחיים לאחר שבץ מוחי, ולקבל תמיכה והכשרה מתאימות.
- יש להעריך את צרכיהם ואת יכולותיהם של מטופלים אחרי שבץ מוחי, ויש להשלים בהקדם האפשרי את תוכניות הטיפול וכן לעדכן אותן בקביעות. ייעוץ וידע לגבי מערכות יחסים ויחסי מין לאחר שבץ מוחי צריכים להיות זמינים. הערכה לגבי כשירותם של השורדים לנהוג צריכה להיעשות בהתאם לחוקים המקומיים. הפנייה לשירותי שיקום ותמיכה צריכה להינתן בזמן הנכון, כאשר יש צורך בכך.
- שורדי שבץ מוחי צריכים להיות במעקב לכל הפחות פעם בשנה, כדי לבדוק אם חלה הדרדרות ביכולותיהם התפקודיות; לבדוק האם התפתחו תסמינים חדשים; לבדוק האם יש צורך בתגבור שירותי התמיכה, ואם יש צורך, לתגבר בהתאם; ולבדוק שממשיכים לדבוק בצעדים הדרושים למניעה שניונית. יש להפנות את המטופלים לטיפול/תמיכה, אם הדבר רלוונטי.
- אצל שורדי שבץ מוחי שעוזבים את בית החולים ועוברים למקום המיועד לטיפול ארוך טווח, הסיכום במכתב השחרור והתוכנית הטיפולית חייבים להיות זמינים עם כניסתם למקום. כמו כן, תמיכה שיקומית לטווח ארוך, שמטרתה לענות על הצרכים ולהשיג יעדים, צריכה להיות חלק מחבילת הטיפול לטווח ארוך.



מדדי ביצוע מרכזיים (מב"מ) אלה יכולים לשמש למדידת ההתקדמות לעבר השגת המטרות של "תוכנית הפעולה האירופאית לטיפול בשבץ מוחי". הסוגיות, הנקודות לקמפיין והחיבורים ל"עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" לכל מדד ביצוע מרכזי מפורטים בהמשך.

מב"מ 1: תוכנית לאומית בנושא שבץ מוחי, אשר מגדירה מסלולים, טיפול ותמיכה לאחר שבץ מוחי, ובכלל זה השלב שלפני האשפוז בבית החולים, האשפוז בבית החולים, שחרור ומעבר, ומעקב.

זהו הצעד הראשון בשיפור הטיפול בשבץ מוחי. אמנם אפשרית התקדמות על ידי אנשי רפואה ובתי חולים אינדיבידואליים, אך תוכנית גג לאומית בנושא שבץ מוחי, הנתמכת וממומנת ברמה לאומית, היא צעד חיוני ראשון. הכרחי שתוכנית זו תכסה את כל מסלול השבץ המוחי, שכן במקרים רבים מדי, השיקום והחיים שלאחר השבץ המוחי נשכחים. הסעיף על עקרונות הטיפול בשבץ מוחי, המדבר על שבץ מוחי כמצב חירום רפואי, מחייב תוכנית לאומית לנושא, שכוללת הדרכה ציבורית על זיהוי התסמינים של שבץ מוחי; ארגון שירותי חירום ותיאום ביניהם לבין בתי החולים; הכשרת צוותים ופרוטוקולים ארציים/אזוריים בין חלקיה השונים של מערכת הבריאות.

מב"מ 2: לפחות אדם אחד מארגון מוגדר - "ארגון תמיכה בנושא שבץ מוחי" (אם קיים), יהיה מעורב ויקבל תמיכה, באופן שווה, בזמן פיתוחה של תוכנית לאומית בנושא שבץ מוחי בכל מדינה או פיתוח הנחיות קשורות לנושא.

חיוני שאנשים אחרי שבץ מוחי והארגונים התומכים בהם ייקחו חלק פעיל, לא רק בשל התנסות ממקור ראשון בטיפול, אלא גם משום שהשילוב בין המומחיות שלהם לזו של מומחים וחוקרים בנושא שבץ מוחי, עוזרת ליצור תוכניות והנחיות טובות ומקיפות יותר בנושא שבץ מוחי.

מב"מ 3: יישום אסטרטגיה לאומית להתערבויות מולטי-סקטוראליות לבריאות הציבור, במטרה שתקדם ותאפשר אורח חיים בריא ובקרת גורמי סיכון.

שבץ מוחי הוא מחלה ניתנת למניעה, ויש לעשות הרבה יותר כדי לקדם בקרה טובה יותר על גורמי סיכון ברי שינוי במשך החיים, כגון, עישון, תזונה לא בריאה וחוסר פעילות גופנית.

מב"מ 4: הקמת מערכות ברמה ארצית ואזורית, להערכה והסמכה של שירותים קליניים לשבץ מוחי, למתן תמיכה בין עמיתים למען שיפור האיכות ולהפיכת נתונים מביקורות לזמינים לציבור.

מב"מ 5: כל יחידות השבץ המוחי ושירותים אחרים בתחום, ללא קשר לסקטור, יעברו ביקורות איכות רצופות, או במרווחי זמן קבועים (% עברו ביקורת/אושרו).

ללא מדידות והערכות של הטיפול בשבץ מוחי, בלתי אפשרי להעריך את איכות הטיפול או האם מתרחשים שיפורים בטיפול בתחום. בקרות על הטיפול בשבץ מוחי עוזרות לאנשי מקצוע ולארגוני תמיכה בנושא זה להדגיש את הליקויים, ולפעול לקידום רמת טיפול גבוהה יותר בשבץ מוחי. ללא בקרות יהיה בלתי אפשרי לדעת האם סטנדרטים מינימליים של העקרונות לטיפול בשבץ מוחי מיושמים. הכרה ותמיכה של עמיתים לשיפור האיכות, יחד עם עריכת ביקורות, הוכחו כמקדמות שיפורים במתן השירות ובתוצאות.



מב"מ 6: נגישות ליחידה לשבץ מוחי למטופלים עם שבץ מוחי אקוטי (% מטופלים שאושפזו ביחידה לשבץ מוחי בתוך פחות מ- 24 שעות).

מב"מ 7: שיעור טיפולי רקנליזציה (פתיחת החסימה) הניתנים למטופלים שלקו בשבץ מוחי איסכמי (% המקבלים תרומבוליזיס תוך- ורידי או תרומבקטומיה מכנית, בחישוב מתוך כלל המטופלים שאושפזו עם שבץ מוחי איסכמי).

מב"מ 8: נגישות ל: CT/MRI, הדמיית כלי דם, א.ק.ג., ניטור א.ק.ג. ארוך – טווח, אקו לב (TTE, TOE), סריקת ליקוי בבליעה ובדיקות דם, בזמן הקבלה לאשפוז ביחידה לשבץ מוחי (% מהיחידות לשבץ מוחי בעלות נגישות כזו).

שלושת מדדי ביצוע עיקריים (מב"מ) אלה מכסים את האלמנטים העיקריים הדרושים, כדי להבטיח שהמרכיבים המידיים והאקוטיים מתוך "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" יבוצעו. ווידוא שסריקת מוח זמינה באופן מידי; שכל מי שיכולים להפיק תועלת מתרומבוליזיס או מתרומבקטומיה יקבלו את הטיפולים האלה; ושכולם יתקבלו ביחידת מומחים לשבץ מוחי – כל אלה חיוניים לצמצום תמותה ונכות הנגרמות על ידי שבץ מוחי כזה. יחידות לשבץ מוחי חשובות במיוחד, כדי שסריקות מצילות חיים, לדוגמה, לגילוי בעיות בבליעה, יוכלו להתבצע בתוך 24 שעות.

מב"מ 9: הקמת מערכות ברמה ארצית ואזורית, להערכה והסמכה של שירותים קליניים לשבץ מוחי, למתן תמיכה בין עמיתים למען שיפור האיכות ולהפיכת נתונים מביקורות לזמינים לציבור.

מב"מ 10: נגישות למניעה שניונית בסיסית, כולל תרופות למניעת יצירת קרישים, תרופות נגד יתר לחץ דם וסטטינים, וכן המלצות בתחום אורח החיים (% על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי).

מב"מ 11: תוכנית לשיקום ומעבר לסקטור אחר; תוכנית מחייבת, מותאמת אישית ומתועדת, שניתנת למטופל בזמן השחרור מבית החולים (% המטופלים שמקבלים תוכנית כזו).

שלושת מדדי ביצוע עיקריים אלה עוסקים בטיפול ביחידה לשבץ מוחי לאחר השלב האקוטי, ומתייחסים לחלקים ב"עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" שנמצאים תחת הכותרת "הטיפול ביחידה לשבץ מוחי ומניעה שניונית". העבודה החיונית של ניטור המטופלים, צמצום הסיכון הנוכחי שלהם לשבץ מוחי ומתן תמיכה לשיקום מוקדם – כולם חיוניים ליחידות לטיפול בשבץ מוחי.

לשיקום יכולה להיות השפעה עצומה על קצב ההחלמה ומידת ההחלמה, וראיות מראות שככל שמטופלים אחרי שבץ מוחי מקבלים טיפול מהר יותר, כך מצבם טוב יותר. לכן, מומחי רפואה שקיים ביניהם קשר, הם מרכיב חיוני בצוות המומחים לשבץ מוחי. במקום שבו מטופלים אחרי שבץ מוחי יכולים להיות חלק ממערכת שחרור מוקדם נתמך, חיוני שהם יוכלו לקבל תמיכה שיקומית, ברמה זהה לזו שהייתה להם בבית החולים.

יהיו אשר יהיו נסיבות השחרור מבית החולים, מטרת התוכנית הטיפולית המפורטת בסעיפים "השחרור מבית החולים והחיים לאחר שבץ מוחי" שבתוך "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי", לוודא, שמטופלים אחרי שבץ מוחי יוכלו לצפות שהטיפול לאחר שבץ מוחי שניתן להם, יימשך גם לאחר שהם חוזרים לסביבת הקהילה. במקרים רבים מדי הטיפול בשבץ מוחי נפסק ברגע שהמטופל יוצא מדלת היחידה לשבץ מוחי.

מב"מ 12: מעקב 3-6 חודשים לאחר אירוע שבץ מוחי, כולל רשימת נקודות למעקב לאחר שבץ מוחי, הערכת תפקוד והפנייה לטיפולים התערבותיים רלוונטיים (% מטופלים שמקבלים מעקב כזה).

יחד עם צרכים שיקומיים מתמשכים, למטופלים אחרי שבץ מוחי עשויים להיות צרכים אחרים, מגוונים מאוד. חלק מאלה עשויים להיות קשורים בתעסוקה, נהיגה, בריאות מינית ונפשית; וחלק עשויים להיות צרכים רפואיים. זו הסיבה לכך שפגישות מעקב בטווח של 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים, ולפחות פעם בשנה לאחר מכן, חיוניות. מפגשים אלה הם המקום שבו אפשר לאתר השפעות קיימות או חדשות לאחר שבץ מוחי, לסקור את התרופות ואת האמצעים למניעה שניוניית, וכן להפנות חזרה לשירותי שיקום או למומחים לשבץ מוחי.

קידום סדרי עדיפויות

"תוכנית הפעולה לטיפול בשבץ מוחי" ו"עקרונות הטיפול בשבץ מוחי" מספקים מתווה לטיפול בנטל נושא השבץ המוחי. בכל מדינה השאיפה היא שחברים "בארגון האירופי לשבץ מוחי" (ESO) ובארגון התמיכה בשבץ מוחי יעבדו יחד, בשיתוף פעולה עם גורמים תומכים נוספים, על מנת ליישם את התוכנית בתחום שלהם. בדקו את אתר האינטרנט the Stroke Action Plan for Europe (תוכנית הפעולה האירופית לטיפול בשבץ מוחי) (<http://actionplan.eso-stroke.org/national-coor-dinators/>), כדי למצוא מי מעורב בנושא במדינה שלכם.

בראש סדר העדיפויות עומדת הבאת הממשלה לכך שתתחייב לתוכנית לאומית בנושא שבץ מוחי (התוכנית בריאים יותר יחד [Healthier Together] של האיחוד האירופי כבר מקבלת על עצמה מחויבות כזו), ולמימון הביקורות הנערכות לשירר תים לשבץ מוחי. זהו נושא להפעלת לובי פוליטי וקידום בקמפינים בקהילה. כאשר יהיו כבר תוכניות לאומיות בנושא שבץ מוחי ויתבצעו ביקורות, יהיה קל יותר להבליט שירותים לשבץ מוחי שאינם עונים על הסטנדרטים המינימליים, ולעבוד עם מומחים מקומיים בתחום, על מנת לזהות את הצרכים שיש למלא, במטרה לבצע את השיפורים בשירותים, ו/או לשים דגש על פערים אזוריים, או פערים באפשרויות הזמינות בין אזורים אורבניים לאזורים כפריים מרוחקים יותר.

הדבר יאפשר לארגוני תמיכה בנושא שבץ מוחי לעבוד בשיתוף עם מערכות בריאות מקומיות, על מנת לקדם קמפינים למודעות ציבורית לזיהוי התסמינים של שבץ מוחי, ולצמצום הסיכון של בני אדם ללקות בשבץ מוחי. הדבר יאפשר למקבלי ההחלטות ולאנשי תכנון במערכות הבריאות לתכנן גיוס והכשרה של כוח אדם מתמחה בשבץ מוחי, במקרים שבהם יש צורך בכך.

ואולי הדבר החשוב מכל, תוכניות לאומיות בנושא שבץ מוחי וקיום ביקורות, יובילו לתוצאות טובות יותר – פחות אנשים ימותו מהשבץ המוחי שלקו בו, ויותר אנשים יתאוששו ויחלימו מהר יותר וטוב יותר מהשלכות השבץ המוחי, עם פחות מוגבלות ועם איכות חיים טובה יותר.

- (1) הצהרה לנקיטת פעולה בנושא שבץ מוחי
- (2) הקמת רשת של מתאמים לאומיים
- (3) תרגום "תוכנית פעולה אירופית לטיפול בשבץ מוחי" ל-12 שפות
- (4) הוצאה לאור של "עקרונות הטיפול בשבץ מוחי"
- (5) פיתוח מסמך בסיס ל"תוכנית לאומית בנושא שבץ מוחי"
- (6) התחלת הסקר של מנגנון מעקב אחר שירותים לשבץ מוחי (SST)

קחו תפקיד מוביל
פעלו בנושא שבץ מוחי

WWW.ACTIONPLAN.ESO-STROKE.ORG

ה"עקרונות לטיפול בשבץ מוחי" פותחו ונכתבו על ידי פרופ' תורסטן סטיינר, פרופ' קטרינה סונרהאגן, פרופ' ג'סי דוסון, פרופ' גיום טורק ופרופ' האנה קריסטנסן, אושרו על ידי ועדת ההיגוי של "תוכנית פעולה אירופית לטיפול בשבץ מוחי" וזכו לתמיכתו של הוועד המנהל של הארגון האירופי לשבץ מוחי (the Executive Committee of the European Stroke Organization).



קו התמיכה: 03-6022934
*בשיתוף האגודה לזכויות החולה

חפשו אותנו גם ב-  

בקרו אותנו באתר
www.neeman.org.il