



מפורסם בחסות האתר <http://www.shapeworks.co.il>

מסמך רקע לדיון בנושא:

חקר הלב - מדינה בסיכון גבוה

מוגש
לוועדת המדע והטכנולוגיה

כתיבה: רחל עזריה-פרנקל ואלעד ואן-גלדר, עוזרי מחקר ומידע
אישור: שמוליק חדד-חזקיה, ראש צוות
עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

כ"ד בסיוון תשס"ב
4 ביוני 2002

תמצית

מדי שנה מתרחשים בארץ כ-30,000 התקפי לב, ומהם כ-4,200 התקפי לב קטלניים. מספר המיטות במחלקות לטיפול נמרץ לב קטן ביחס למספר התקפי הלב, אף-על-פי שבמחלקות אלו הטיפול בהתקפי לב נעשה בידי מומחים בשטח זה, והוא מהיר ומקצועי יותר מבמחלקות אחרות. מכיוון ששיעור התמותה הממוצע של החולים באירוע של התקף לב נמוך יותר בטיפול נמרץ לב מבמחלקות הכלליות, המחסור במיטות במחלקות לטיפול נמרץ לב קובע את גורלם של חולים רבים.

שיעור התמותה בקרב הלוקים בהתקף לב שאינם מגיעים לבית-החולים הוא 50% – גבוה הרבה יותר משיעור התמותה בקרב הלוקים בהתקף לב ומגיעים לבית-החולים (15%). סיבה אחת לכך היא שמעטים למדי האנשים שיודעים כיצד לתת טיפול בסיסי למי שלוקה בהתקף לב. שיעור התמותה של נשים לאחר אירוע לב גבוה משיעור התמותה של גברים. יש כמה הסברים לממצא זה, ובהם מודעות נמוכה של נשים למחלה ומודעות נמוכה של רופאים לקיומה של המחלה אצל נשים.

1. רקע

- מחלות לב הן סיבת המוות השכיחה בישראל – מדי שנה מתים מהתקף לב כ-4,200 בני-אדם.¹
- בישראל יש מדי שנה כ-30,000 התקפי לב וכ-70,000 מקרים של תעוקת לב.²
- בשנת 2000 נעשו בישראל 14,233 צנטורי לב טיפוליים ו-4,698 ניתוחי מעקפים.³
- יש פער ניכר בין שיעור המתים מהתקפי לב בקרב חולי לב הבאים לבית-חולים (15%), לבין שיעור המתים מהתקפי לב בקרב חולים שאינם באים לבית-חולים (50%).⁴
- גורמי סיכון עיקריים הניתנים לשינוי: עישון, השמנה, סוכרת, יתר לחץ דם, רמת כולסטרול גבוהה וחוסר פעילות גופנית.⁵

2. מחלות לב בישראל – בעיות כלליות⁶

הבעיה העיקרית בטיפול בחולי לב בישראל היא מחסור במיטות. על-פי המקובל בעולם, יש צורך במיטה אחת במחלקת טיפול נמרץ לב ובשלוש מיטות בטיפול נמרץ ביניים על כל 10,000 ביקורים בחדר המיון של בית-החולים. על-פי מפתח זה, בבית החולים "שיבא" בתל-השומר צריכות להיות 11-12 מיטות במחלקת טיפול נמרץ לב ו-34 מיטות בטיפול נמרץ ביניים; בפועל יש בטיפול נמרץ

¹ על-פי מצגת של פרופ' שלמה בכר סולומון, יו"ר הוועדה לסקרים ומחקרים של האיגוד הקרדיולוגי הישראלי.

² על-פי מצגת של פרופ' שלמה בכר סולומון, יו"ר הוועדה לסקרים ומחקרים של האיגוד הקרדיולוגי הישראלי.

³ משרד הבריאות, תחום מידע, בריאות בישראל, 2001.

⁴ על-פי מצגת של פרופ' שלמה בכר סולומון, יו"ר הוועדה לסקרים ומחקרים של האיגוד הקרדיולוגי הישראלי.

⁵ על-פי מצגת של המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר, מרכז רפואי שיבא.

⁶ על-פי שיחה עם פרופ' חנוך הוד, מנהל טיפול נמרץ לב בשיבא, ויו"ר החוג הישראלי לטיפול נמרץ לב, ועל-פי

המאמר Z. Rotstien, L. Mandelzweig, B. Levi, M. Eldar, S. Gottlieb and H. Hod, "Does the Coronary Care Unit Improve Prognosis of Patients whith Acute Mycordial Infarction?" **European Heart**

Journal, 1999, pp. 20, 813-818

לב 8 מיטות ובטיפול נמרץ ביניים רק 21. בעיה דומה קיימת גם בבית-החולים "סורוקה" בבאר-שבע, המשרת את כל אזור הדרום. הבעיה העיקרית היא מציאת תקציב לאיוש התקנים הדרושים למחלקה, שכן את מרבית הציוד הדרוש המחלקות משיגות מתרומות. המשמעות המעשית של המחסור מתבטאת בנתוני האיגוד הקרדיולוגי הישראלי: לפי הנתונים, 30%-40% מהחולים שאובחנו כחולי לב ומאושפזים בבתי-חולים, מאושפזים במחלקות לרפואה פנימית ולא במחלקות טיפול נמרץ לב עקב מחסור במיטות. הנתון חמור עוד יותר בנוגע לחולים הסובלים מתעוקת חזה חריפה בלתי יציבה, שהיא שלב מקדים להתקף לב. מן החולים האלה מעל 85% מאושפזים במחלקות פנימיות. המחסור במיטות קיים בכל הארץ מלבד אזור ירושלים, שם ריבוי בתי-החולים יחסית לגודל אוכלוסייה יצר מצב של עודף מיטות.

חשוב לציין כי לא מדובר בנתון טכני-בירוקרטי גרדא. ממחקר מקיף שנעשה בארץ ופורסם באגודה הקרדיולוגית האירופית (שישראל חברה בה) עולה כי למחלקה שבה מאושפז החולה יש חשיבות עליונה בכל הקשור באיכות הטיפול ובקביעת סיכויי ההחלמה שלו. על-פי המחקר, שיעור התמותה הממוצע של חולים המאושפזים במחלקות טיפול נמרץ לב הוא כ-5.4%; אצל חולים הסובלים מבעיות דומות אולם מאושפזים במחלקות פנימיות שיעור התמותה גבוה הרבה יותר ועומד על כ-16%. נתון זה מוסבר הן במומחיות הרבה של המחלקות הקרדיולוגיות בטיפול בבעיות הספציפיות שהחולים סובלים מהן, הן בזמינות הציוד המתאים במחלקות הקרדיולוגיות. במלים אחרות, בשל המחסור במיטות במחלקות לטיפול נמרץ לב, כ-30% מהחולים שאובחנו אצלם מחלת לב אינם מקבלים את הטיפול המודרני הקיים, ולחלופין – הם מקבלים אותו באיחור ניכר. כך מצטמצמים מאוד סיכויי החלמתם.

בעיה אקוטית נוספת בתחום מחלות הלב היא סיכויי ההחלמה של חולים אשר סובלים מהתפרצות המחלה מחוץ לבית-החולים. לפי נתוני האגודה הישראלית לקרדיולוגיה, כמחצית מהסובלים מהתקף לב לסוגיו מחוץ לבתי-החולים מתים. הנתון גבוה עוד יותר בקרב חולים אשר מאבדים את הכרתם בשל המחלה – יותר מ-90% מהם מתים עוד לפני שהם מגיעים לבית-החולים. הגורם העיקרי לשיעורי התמותה הגבוהים הוא חוסר מיומנות מספקת בטיפול בסיסי (הנשמה ועיסוי חזה). לטענת פרופסור הוד, יושב-ראש החוג הישראלי לטיפול נמרץ לב ומנהל טיפול נמרץ לב בבית-החולים "שיבא", יש צורך בהכשרה נרחבת של אזרחים ובעלי תפקידים (שוטרים, כבאים, מורים וכיו"ב) בטיפול בסיסי כאמור, כפי שמקובל ברחבי העולם.

3. נשים ומחלות לב⁷

- בסקר בריאות לאומי שנעשה בשנת 1993 נמצא כי 20% מהנשים בנות 65 ומעלה סובלות ממחלות לב, לעומת 27% מהגברים בגיל זה. בסקר לאומי על בריאות נשים שנעשה בשנת 1998 דיווחו 11% מהנשים בנות 45-74 שאובחנו אצלן מחלת לב, ו-60% מהנשים שאובחנו דיווחו שהן מקבלות טיפול תרופתי.

⁷ א' יפרח, בריאות נשים בישראל 1999-2000, הדסה – ארגון נשים ציוניות באמריקה, שדולת הנשים בישראל והמרכז הלאומי לבקרת מחלות.

- בשנת 1995 היו בקרב גברים תושבי ירושלים בני 25-75 פי שלושה אירועי אוטם חריף בשריר הלב לעומת נשים; ואולם, אצל נשים המחלה הייתה קטלנית פי אחד וחצי שנה לאחר האירוע.
- שיעור התמותה הכלל-ארצי של נשים הסובלות מאוטם חריף של שריר הלב גבוה יותר משיעור התמותה של גברים גם עשור ומעלה אחרי האירוע.
- שיעור התמותה של נשים לאחר ניתוח מעקפים היה גבוה פי שלושה משיעור התמותה של גברים.
- היחס בין תמותת גברים לתמותת נשים ממחלות לב בארץ הוא 1:6 – יחס קטן הרבה יותר מהקיים במדינות אירופה.

בבדיקת שיעור האשפוזים בגין מחלות לב נמצא כי שיעור האשפוזים של גברים בכל קבוצות הגיל היה גבוה במידה ניכרת משיעור האשפוזים של נשים; אפילו אצל בני ה-75 ומעלה – גיל שבו שיעור התמותה של גברים ממחלות הלב גבוה רק ב-10% משיעור התמותה של נשים – שיעור האשפוזים של גברים היה גבוה ב-50%. אצל גברים העלייה החדה ביותר בשיעור האשפוזים של גברים מתרחשת אצל בני ה-45 ומעלה, ואילו אצל נשים היא מתרחשת אצל בנות ה-65 ומעלה. ייתכן שהנתונים הללו מלמדים על נטייה לאבחון מאוחר יותר של מחלות לב אצל נשים, וייתכן שהם מלמדים על נטייה לטיפול אגרסיבי יותר בגברים (כיוון ששיעור האשפוז כולל גם העברה בין מחלקות). עוד נמצא כי אצל בני ה-50-60 עולה שיעור התמותה עקב מחלות לב אצל נשים ב-180% לעומת עלייה של 80% אצל גברים באותה קבוצת גיל.

יש כמה הסברים משוערים לממצאים האלה:

- מבנה גופן של נשים שונה מזה של גברים, והדבר מתבטא בכלי דם צרים יותר שעלולים להיסתם מהר יותר.
- כיוון שנשים נוטות ללקות במחלות לב פחות מגברים, מודעותם של רופאים לסכנה פחותה. לפיכך, רופאים נוטים לשגות באבחון מחלות לב אצל נשים יותר מבאבחון מחלות לב אצל גברים הסובלים מתסמינים דומים. השערה זו עולה בקנה אחד עם הנתון שלפיו סיכוייהן של נשים להתקבל ליחידת טיפול נמרץ לב נמוכים מאלה של גברים. המודעות הנמוכה גם גורמת לכך שפחות נשים מאמצות אורח חיים מונע, שיכול להפחית את סיכוייהן ללקות במחלות לב.
- שיעור התמותה של נשים בעקבות ניתוחי מעקפים גבוה משיעור התמותה של גברים גם מכיוון שבניתוחי נשים נעשה שימוש רב יותר בשתל ורידי. השימוש בשתל ורידי מגדיל את הסיכון לאירועים חוזרים ומקטין את סיכוי ההישרדות ביחס לשימוש בשתל עורקי. על-פי רוב נשים מנותחות בגיל מבוגר יותר, ומחלת הלב מאובחנת אצלן בשלב מאוחר יותר. הנימוק לשימוש הרב בשתל ורידי בניתוחי נשים הוא שההכנות להליך זה קצרות יותר ומתאימות לחולים בגיל מתקדם או בניתוחים דחופים, הנחוצים בשל האבחון בשלב מתקדם שאינו מאפשר המתנה לבניית שתל עורקי. מכל מקום, עדיין אין די נתונים לקבוע אם מדובר בהטיה נגד נשים או בהשפעה של גורמים אחרים.

4. סיכום

לסיכום, אלה הפעולות שצריך לנקוט:

- א. עריכת מחקר רפואי על זיהוי תסמיני מחלות לב בקרב גברים ונשים בישראל.
- ב. פעילות להגברת המודעות לסיכון שבמחלות לב באוכלוסייה בכלל ובקרב נשים בפרט.
- ג. פעילות לעידוד אימוץ אורח חיים מונע.
- ד. ניהול מעקב שוטף על רמת הטיפול הניתנת לחולי הלב לאורך השנים בישראל.
- ה. הגדלת מספר המיטות הקרדיולוגיות כדי לאפשר טיפול לכל חולי הלב על-ידי המומחים בשטח במחלקות הקרדיולוגיות.
- ו. פעילות לשיפור הידע באוכלוסייה הכללית בנושא של עזרה ראשונה בהחייאה בסיסית.

מקורות

בכר סולומון שלמה, יו"ר הועדה לסקרים ומחקרים של האיגוד הקרדיולוגי הישראלי, מצגת.

הוד חנוך, מנהל טיפול נמרץ לב בבית-החולים שיבא ויו"ר החוג הישראלי לטיפול נמרץ לב, שיחת טלפון.

יפרח א', בריאות נשים בישראל 1999-2000, הדסה – ארגון נשים ציוניות באמריקה, שדולת הנשים בישראל והמרכז הלאומי לבקרת מחלות.

משרד הבריאות, תחום מידע, בריאות בישראל, 2001.

Z. Rotstien, L. Mandelzweig, B. Levi, M. Eldar, S. Gottlieb and H. Hod, "Does the coronary care unit improve prognosis of patients with acute myocardial infarction?"

European Heart Journal, 1999, pp. 20, 813-818