

שיקום לב ביתי הוא חלופה טיפולית בטוחה ויעילה לשיקום

אמבולטורי עבור חולי לב בדרגת סיכון נמוכה – מחקר עוקבה היסטורי

יוגב דלל¹, פרופ' רוברט קלמפנר², גב' אנג'לה שטרית³, פרופ' רחלי דנקנר^{1,3}

1. ביה"ס לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, אוני' ת"א; 2. המכון לשיקום חולי לב,

מרכז לביאב לקרדיולוגיה, ביה"ח שיבא; 3. המרכז לחקר בריאות הציבור, מכון גרטנר לחקר

האפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

רקע

שיקום לב ניתן, לחולי לב המוגדרים ברמת סיכון נמוכה^a, כשיקום ביתי, בניטור ופיקוח טלמטרי של צוות שיקום הלב, או כשיקום אמבולטורי במכון שיקום לב הפועל בתוך ביה"ח.

^a על פי הגדרות משרד הבריאות: $EF > 50\%$, ללא תעוקה או הפרעות קצב, ללא סיבוכים בטיפול פולשני, $3 \text{ METs} \leq 6$ שבי' לאחר הארוע.

➤ **תכנית שיקום-לב** - מטרתה לשפר את בריאות הלב וכלי הדם באנשים שחוו התקף לב, אי ספיקת לב, אנגיופלסטיקה או ניתוח לב (ארגון הלב האמריקאי).

➤ רק 10% עד 41% מחולי הלב שזכאים לשיקום לב משתתפים בתוכנית. אחת הדרכים להעלות את שיעורי ההיענות וההתמדה בתוכנית שיקום-לב היא שיקום-לב ביתי.

מטרות

✓ להשוות את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של המטופלים בשיקום-לב ביתי לעומת אמבולטורי;

✓ להשוות את פרופיל גורמי הסיכון (Modifiable risk factors) של החולים בכניסה לשיקום-לב ובתום תקופת השיקום על פי סוג התוכנית (במכון בביה"ח לעומת שיקום ביתי);

✓ להשוות את שיעור התוצא המשולב: ביקורים במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד), אשפוזים חוזרים ותמותה כללית בין מטופלים בשיקום-לב אמבולטורי למטופלים בשיקום-לב ביתי לאורך שנה מעקב מתחילת השיקום.

שיטות

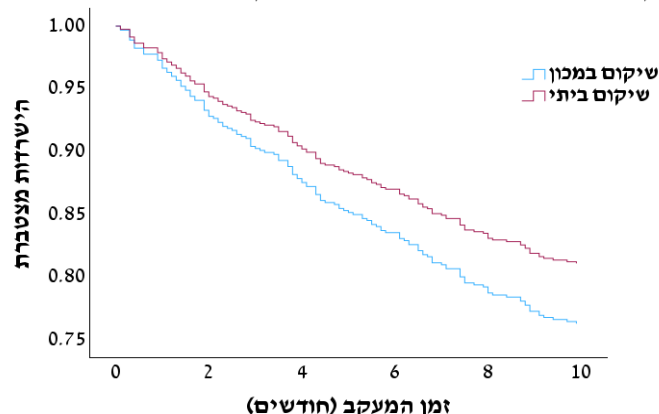
מחקר עוקבה היסטורי; נכללו כל המטופלים בשיקום-לב ביתי/במכון, בבית חולים שיבא, בשנים 2019-2022, ברמת סיכון נמוכה, שביצעו לפחות 4 מפגשים במסגרת תוכנית שיקום הלב. לא נכללו מטופלים בעלי בעיות אורטופדיות ונוירולוגיות קשות; מצב חיות עם תאריך תמותה נבדק בקובץ משרד הפנים.

תוצאות

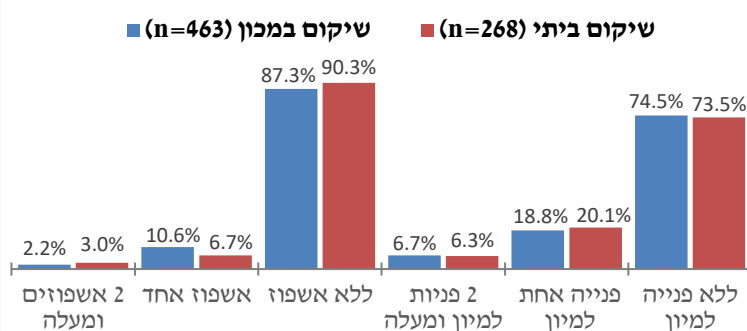
הקוהורט כלל 731 מטופלים: **שיקום ביתי**, $n=268$, גיל ממוצע 57.3 ± 10.6 , 82% גברים;

שיקום במכון, $n=463$, גיל ממוצע 61.4 ± 11.7 , 81% גברים.

עקומת הישרדות רגרסיית Cox – הסיכון לתוצא משולב בשנה מעקב



אחוז מצטבר של חולים שפנו למלר"ד או אושפזו לאורך שנה מהשיקום



בתקנון לגיל, מין, סוג המגורים, מצב תעסוקתי, ל"ד סיסטולי, CABG, PCI, פרפור/רפרוף עליות, וסוכרת, לא

נמצא הבדל בין סוגי השיקום בסיכוי לתוצא המשולב לאורך השנה הראשונה מתחילת השיקום ($HR=0.78$, $95\%CI: 0.55-1.10$); ה- $METs$ המירבי היה גבוה בשיקום הביתי לעומת השיקום במכון, בארגומטריה ראשונה ($p<0.001$) ושניה לאחר 3 חודשים ($p=0.06$); סה"כ נפטר מטופל אחד במהלך שנה מעקב (שיקום ביתי).

מסקנות

בחולי-לב בסיכון נמוך, תוכנית שיקום-לב ביתי מהווה אלטרנטיבה בטוחה ויעילה

בדומה לתוכנית שיקום-לב המתבצעת בבית החולים.