טיפול פליאטיבי במטופלים עם מחלת כליה כרונית מתקדמת ובמטופלי דיאליזה

נכתב על ידי:
ד"ר אסנת קליין
ד"ר נועה ברר ינאי
ד"ר איילת מדברי
ד"ר ויקטור פרחויקי
ד"ר אביטל אפשטיין
ד"ר צאלה כהן

בשם:
האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית
איגוד ישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם

ספטמבר 2026

מסמך זה נערך ומפורסם על-ידי ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ככלי מקצועי מסייע לצוותים רפואיים. ניירות העמדה/הנחיות קליניות מתעדכנים מעת לעת, והגרסה העדכנית מחליפה כל גרסה קודמת.

המלצות נייר העמדה נועדו לשקף עקרונות מקצועיים מקובלים וידע עדכני, ולהוות כלי עזר בקבלת החלטות מקצועיות. עם זאת, אין בהן כדי להוות הנחיות מחייבות, תחליף לשיקול דעת רפואי, או התחייבות להשגת תוצאה קלינית מסוימת בכל מקרה ומקרה.

על הרופא להפעיל שיקול דעת מקצועי עצמאי, ולבחור את דרך הפעולה הראויה/המתאימה בהתאם לנסיבות הקליניות הייחודיות של כל מטופל, לרבות מצבו הרפואי, צרכיו והקשר הטיפולי.

הר"י אינה נושאת באחריות, ואינה חבה בכל אחריות משפטית, לנזק, טעות או מחדל הנובעים מהסתמכות על האמור בנייר עמדה זה או מהשימוש בו.

עורכים:

ד"ר רוני צבר

ד"ר אור דוכין

מטרות

1. העלאת המודעות לצרכים הפליאטיביים של מטופלים עם CKD מתקדמת ושל מטופלי דיאליזה.
2. הנגשת הידע בטיפול פליאטיבי במטופלים עם CKD מתקדמת ובמטופלי דיאליזה כדי לאפשר טיפול מיטבי בקבוצת חולים זו.
3. הכללת הטיפול הפליאטיבי כחלק אינטגרלי מן הטיפול בחולה עם מחלת כליה כרונית מתקדמת וחיזוק שיתוף הפעולה בין צוותים פליאטיביים, נפרולוגיים וצוותי רפואה ראשונית.

הגדרות

טיפול פליאטיבי – גישת טיפול שמטרתה לשפר את איכות החיים של מטופלים המתמודדים עם מחלה חשוכת מרפא ושל בני משפחותיהם ולהפחית את סבלם. המטרה מתן היא טיפול מיטבי ומניעה של תסמינים פיזיים, נפשיים ורוחניים. אפשר ליישם את הטיפול הפליאטיבי כבר בשלבים מוקדמים של המחלה, בשילוב עם טיפולים במחלה עצמה.

CKD – מחלת כליה כרונית (chronic kidney disease): מצב כרוני המוגדר כפגיעה בתפקוד הכליה הנמשכת מעל שלושה חודשים. ההגדרה חלה גם על מושתלי כליה.

אפשר לסווג מחלת כליה כרונית לפי דרגות החומרה, בהתאם לערכי ה־eGFR

דרגת החומרה של CKD	תיאור	eGFR (ml/min/1/73m²)
1	ממצאים לא תקינים בשתן, eGFR תקין	מעל 90
2	נזק לכליה וירידה קלה ב־eGFR	89–60
3	ירידה בינונית ב־ eGFR	59–30
4	ירידה קשה ב־eGFR	29–15
5	כשל כלייתי	מתחת ל־15

רקע

רפואה פליאטיבית היא גישת טיפול העוסקת בשיפור איכות החיים של המטופל ומשפחתו המתמודדים עם מחלה מסכנת חיים, תוך מניעת הסבל הנובע מבעיות פיזיות, פסיכולוגיות, סוציאליות ורוחניות והקלה שלו. הרפואה הפליאטיבית בעולם בכלל, ובארץ בפרט, התפתחה מאוד בעשורים האחרונים וכיום מיועדת לכל מטופל המתמודד עם מחלה קשה, חשוכת מרפא, המלווה בנטל סימפטומטי, ואינה מיועדת רק למטופלים המוגדרים כנוטים למות. התפיסה העכשווית של טיפול פליאטיבי גורסת כי יש לשלב טיפול פליאטיבי מוקדם, פעמים רבות כבר סמוך לאבחנה. הקריטריונים להפניה לטיפול פליאטיבי מבוססים על צורכי המטופל יותר מאשר על הפרוגנוזה. יתרה מכך, ההמלצה היא לשלב את הגישה הפליאטיבית כחלק אינטגרלי מן הטיפול השוטף במחלה עצמה, ובמקביל לטיפולים הניתנים במטרה לשנות את מהלך המחלה.

כ־10%–13% מן האוכלוסייה סובלים ממחלת כליה כרונית בדרגות שונות – כ־1% מהם מצויים בשלבים מתקדמים של המחלה (שלבים 4 ו־5). שיעור זה עולה משמעותית בקרב האוכלוסייה המבוגרת ובקרב חולים עם מחלות רקע כגון סוכרת, יתר לחץ דם ואי ספיקת לב.

בישראל, נכון לשנת 2025, יש למעלה מ־7,000 מטופלים בדיאליזה כרונית: כ־92% מהם מטופלים בהמודיאליזה

והיתר בדיאליזה פריטונאלית, רובם מעל גיל 65. שיעורי התמותה השנתיים הם כ־16%, ועולים עם העלייה בגיל.
חולים הנמצאים בשלבים מתקדמים של CKD וחולי דיאליזה סובלים מתחלואה נלווית מרובה הכוללת יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב איסכמית, אי־ספיקת לב, מחלת כלי דם פריפרית, אנמיה, ירידה קוגניטיבית, מחלת עצם כלייתית, זיהומים, דיכאון וכאב כרוני. מצבים אלו תורמים רבות לפרוגנוזה הירודה של מטופלים אלו.
מטופלים עם מחלת כליה כרונית מתקדמת (CKD), ובפרט מטופלי דיאליזה, חווים נטל מחלה משמעותי הכולל, בין השאר, אשפוזים חוזרים, תסמינים מרובים ותחלואה נוספת. עצם הטיפול בדיאליזה במטופלי דיאליזה מוסיף נטל רב על המטופל ועל סביבתו הקרובה. מחקרים מצביעים על שכיחות גבוהה של תסמינים כרוניים כגון כאב, עייפות, גרד, בחילה, קוצר נשימה, דיכאון וחרדה. שיעור התסמינים באוכלוסייה זו דומים, ולעיתים אף גבוהים, מן הנצפים בחולי סרטן מתקדם.
לנוכח נטל המחלה, נדרש שילוב של רפואה פליאטיבית כמרכיב אינטגרלי בטיפול במחלת הכליה הכרונית. שילוב זה חיוני כדי להקל את הסבל, לשפר את איכות החיים ולהעניק תמיכה רגשית ורוחנית לחולים ולמשפחותיהם. במצבים רבים גישה פליאטיבית כרוכה בהערכה פרוגנוסטית של המטפל ויידוע המטופל וסביבתו בממצאי הערכה זאת.
קיימים כמה גורמים פרוגנוסטיים שליליים בחולי CKD מתקדם ובחולי דיאליזה, ביניהם:

- גיל – גיל מבוגר יותר נחשב גורם פרוגנוסטי משמעותי;
- מחלות נלוות – אי־ספיקה מתקדמת של איבר אחר (ריאות, לב, כבד), מחלת כלי דם פריפרית קשה ודמנציה מתקדמת;
- מצב תזונתי ירוד – אלבומין נמוך;
- הדרדרות בתפקוד;
- שברירות;
- היעדר גישה יעילה לביצוע דיאליזה;
- איכות חיים ירודה, למרות הדיאליזה;
- אשפוזים תכופים.

נוסף לאלה, קיימים כמה כלי פרוגנוזה שונים, כדוגמת Charlson Comorbidity Index, Karnofsky Performance Scale, Palliative Prognostic Edmonton Palliative Performance Scale., GSF

עקרונות טיפול פליאטיבי באי־ספיקה כליה מתקדמת ובמטופלים בדיאליזה

- העקרונות של טיפול פליאטיבי מכוונים לשיפור איכות החיים של המטופל ושל בני משפחתו. מטרה זו מושגת באמצעות הקלה של הסבל הפיזי, הנפשי, הרוחני והסוציאלי, וכוללת התאמת ההתערבויות למציאות הקלינית, תוך התחשבות ברצונות המטופל. שיח פתוח מאפשר בירור אמיתי של רצונות המטופל, הבנת ערכיו ומתן מענה לצרכיו.
- העקרונות של טיפול פליאטיבי בחולים עם אי־ספיקת כליות כרונית מתקדמת (CKD) ובמטופלי דיאליזה דומים לעקרונות הכלליים של רפואה פליאטיבית, אך הם כוללים דגשים ייחודיים הנובעים מאופי המחלה והטיפול בה.
- את הטיפול הפליאטיבי מבצע צוות רב־תחומי הכולל, נוסף לנפרולוגים, לרופאי משפחה ולרופאים פליאטיביים, גם אנשי צוות נוספים, לפי צורך, כגון עובדים סוציאליים, תזונאים, פסיכולוגים ופיזיותרפיסטים. שיתוף פעולה זה מאפשר התייחסות מקיפה ומותאמת למורכבות המחלה ולהשפעותיה. כל אחת מן הדיסיפלינות מספקת מענה פליאטיבי לפי שלב המחלה, חומרת התסמינים ויכולת מקומית למתן המענה הנדרש.
- הנגשת המידע למטופל ולמשפחתו היא מותאמת ומכבדת, תוך מתן הסבר ברור על אודות כל אפשרויות הטיפול, המשמעויות הכרוכות בהן וההשפעות של כל בחירה. דגש מיוחד ניתן לצמתים קליניים משמעותיים כמו התחלת הדיאליזה, המשכה או הפסקתה.

צומתי קבלת החלטות בטיפול

בטיפול בחולים עם אי־ספיקת כליות מתקדמת וסופנית קיימת חשיבות רבה לשיתוף החולים בהחלטות רפואיות מרכזיות, בפרט טרם התחלת הטיפול הכלייתי החליפי (KRT). בשלבים מתקדמים של המחלה (עוד לפני שלב הדיאליזה) נכון שיקיימו הצוותים המטפלים שיח סוף חיים. יש לשאוף למלא טפסי הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח של החולה הנוטה למות. יש לשאוף לשיח נוסף בכל הדרדרות במצבו של החולה. יש מקום לשיתוף פעולה בין הצוותים במרפאה הראשונית, הנפרולוגית והפליאטיבית. הצוות המטפל מחויב ליידע את המטופלים גם באפשרות של בחירה בטיפול שמרני מיטבי וויתור על הטיפול בדיאליזה. תהליך הבחירה מתחיל כאשר ערכי ה־GFR יורדים מתחת ל־20 או 30 מ"ל לדקה ונמצאים במגמת ירידה, ונמשך גם בחולים המטופלים בדיאליזה לאורך זמן רב.

צומתי החלטה בנוגע לטיפול בדיאליזה:

בתהליך הטיפול בחולים עם אי־ספיקת כליות כרונית מתקדמת יש שני שלבים מרכזיים שבהם נדרשות החלטות מהותיות בנוגע להמשך הדרך:

1. שלב CKD 5 ולעיתים CKD 4: בשלב זה נדרש הרוב המכריע של החולים להחליט בנוגע לאופן הטיפול הרצוי – דיאליזה, בחירת סוג הדיאליזה (דיאליזה פריטונאלית, המודיאליזה), טיפול שמרני או השתלת כליה.
2. כאשר הצוות והחולה מתרשמים כי העול, או אף הנזק הכולל, מהמשך הדיאליזה עולה על התועלת, יש לשקול מעבר לטיפול במשטר של "דיאליזה פליאטיבית"* המותאם להקלה של התסמינים, ואף הפסקת דיאליזה. תהליך זה דורש שיח פתוח, שקיפות ומתן לגיטימציה להעדפות המטופל ובני משפחתו, על בסיס מידע מלא.

מאפייני חולים העשויים להפיק תועלת מטיפול שמרני מיטבי (בשלב בחירת הטיפול ובמטופלים המטופלים בקביעות בדיאליזה):

הבחירה בטיפול שמרני מיטבי רלוונטית בייחוד עבור חולי CKD בשלבים מתקדמים או עבור מטופלי דיאליזה קבועה, כאשר מתקיימים אחד או יותר מן המאפיינים הבאים:

- חולים עם תחלואה נלווית קשה ומקצרת חיים כגון אי־ספיקת לב, ריאות או כבד, או מחלה ממארת מתקדמת עם תוחלת חיים מוגבלת.
- מטופלים שברירים (frail patient).
- חולים שאינם כשירים מנטלית באופן בלתי הפיך, ואינם מסוגלים להבין את תהליך הדיאליזה, את יתרונותיו ואת סיכוניו (למשל דמנציה מתקדמת, פיגור שכלי קשה, פגיעה מוחית חמורה או פגיעה קוגניטיבית לאחר שבץ).
- מטופלים שאינם מסוגלים לשתף פעולה עם הטיפול, ובכך מסכנים את עצמם בעת ביצוע הדיאליזה.
- חולים הסובלים מקושי פיזי או נפשי משמעותי אשר בעיניהם איכות חייהם ירודה מאוד, ודיאליזה עלולה רק להאריך את סבלם.

* דיאליזה פליאטיבית –

דיאליזה פליאטיבית היא גישת טיפול השמה דגש על שמירת איכות חיי החולה והקלה של התסמינים, תוך התאמה אישית לצרכי המטופל ולמצבו. לעיתים המשמעות היא דיאליזה בתדירות נמוכה יותר או למשך זמן קצר מן המקובל, בניגוד להמודיאליזה המתבצעת לפי מדדי איכות מוסכמים.

טבלה 1: תסמינים ייחודיים לאי־ספיקת כליות סופנית והטיפול בהם

תסמין	סיבה אפשרית	טיפול בסיבה	טיפול פליאטיבי תרופתי	טיפול לא תרופתי
קוצר נשימה	עודף נוזלים, אנמיה, זיהום, החמרת אי־ספיקת הלב, מחלת ריאה כרונית, אלרגיה, חרדה	משתנים, מתן דם, אנטיביוטיקה, טיוב טיפול באי־ספיקת לב ומחלת ריאה כרונית, חמצן, נוגדי חרדה, התאמת מדדי הדיאליזה	אופיואידים במינון נמוך	חלון פתוח, מזגן או מאוורר סמוך לפנים תרגילי נשימה והרגעה
חוסר תיאבון	אורמיה, בחילה, עצירות תשישות, דיכאון	טיוב דיאליזה, טיפול בבחילה, מניעת עצירות, אבחון הדיכאון וטיפול בו	Olanzapine, Mirtazapine, Steroids	ייעוץ דיאטני, תמיכה רגשית
עצירות	הגבלת נוזלים, תזונה דלה בסיבים, מיעוט תנועה, תופעות לוואי של תרופות	הגברת שתייה ככל האפשר, תזונה עשירה בסיבים, תנועה, הפחתה במינון של תרופות "עוצרות" או הפסקת נטילתן	נרות, משלשלים, **חוקן נטול פוספאטים** – חוקן מיקרולט. להיזהר מחוקן FLEET המכיל פוספט ועלול לגרום להפרעות אלקטרוליטריות ולהפרעות קצב	ייעוץ דיאטני, עידוד לפעילות גופנית מותאמת
יובש בפה	אורמיה, פילטרציה ביתר תופעות לוואי של תרופות, סוכרת	טיוב דיאליזה, הפסקת תרופות מיותרות	פילוקרפין	מציצת שבבי קרח, לעיסת מסטיק או מציצת סוכריות חמוצות ללא סוכר, תחליפי רוק
Restless legs	אורמיה, תופעות לוואי של תרופות, אנמיה	טיוב דיאליזה, הפסקת תרופות מיותרות, טיפול באנמיה	Dopamine Antagonists Requip Gabapentinoids-Gabapentin Pregabalin	פעילות גופנית בבוקר ומתיחות לפני השינה, שעות שינה סדירות, הימנעות מעישון ומאלכוהול
גרד	אורמיה, התייבשות, הפרעות אלקטרוליטריות: היפרפוספטמיה היפרמגנזמיה היפרקלצמיה, יובש בעור	טיוב דיאליזה	Promethazine Gabapentin Pregabalin Sertraline Mirtazapine Difelikefalin גרד מקומי: Capsaicin cream	שימוש קבוע בקרם לחות, הימנעות מרחצות ארוכות, ממים חמים מאוד ומסיבון יתר, שימוש בסבון עדין ולא חומצי, ייבוש עדין במגבת רכה, לבוש רך ונושם, לא צמוד פוטותרפיה – UVB

תסמין	סיבה אפשרית	טיפול בסיבה	טיפול פליאטיבי תרופתי	טיפול לא תרופתי
עייפות ותשישות	אורמיה, דיאליזה ביתר הפרעות אלקטרוליטריות, חסרים תזונתיים: קלוריות, חלבון, ברזל, ויטמינים כאב לא מאוזן, היפוקסיה, חרדה, דיכאון, הפרעות שינה, עומס טיפולי	טיוב דיאליזה, תיקון אלקטרוליטים וחוסרים תזונתיים, טיפול בדיכאון, טיפול בהפרעת שינה, טיפול בכאב	Methylphenidate Steroids	פעילות גופנית, טכניקות הרפיה (מדיטציה, מיינדפולנס, נשימות, דמיון מודרך), טיפול רגשי, רפואה משלימה
הפרעת שינה	תסמינים לא מאוזנים: קוצר נשימה, כאב ,גרד, חרדה, דום נשימה Restless legs תרופות שיבוש סדר היום, הרגלי שינה לקויים	טיוב דיאליזה איזון תסמינים – כאב, קוצ"נ, חרדה, גרד שינוי זמן לקיחת תרופות, הפחתת תרופות CPAP	Zopiclone, Zolpidem Melatonin Mirtazapine Quetiapine	לימוד היגיינת שינה, תרגילי נשימה והרפיה, פעילות גופנית, רפואה משלימה, CBT
חרדה ודיכאון	התחלת דיאליזה, תחושת חוסר שליטה, תלות בזולת, אשמה, חרדה, מודעות למוות		Sertraline Citalopram Fluoxetine Mirtazapine	טיפול פסיכוסוציאלי, קבוצות תמיכה למטופל ולמשפחתו, CBT, ליווי רוחני, פעילות גופנית, טכניקות הרפיה (מדיטציה, מיינדפולנס, נשימות, דמיון מודרך), טיפול באומנות ובמוזיקה
בחילות והקאה	הפרעות מטבוליות ואלקטרוליטריות – אורמיה, חמצת מטבולית, ירידה בלחץ לאחר דיאליזה, תופעות לוואי של תרופות, גסטרופרזיס, עצירות, חרדה, זיהום	טיוב דיאליזה, תיקון אלקטרוליטים, חמצת, הפסקת תרופות מיותרות, שיפור התרוקנות הקיבה, טיפול בעצירות, טיפול בחרדה, אנטיביוטיקה	Metoclopramide Odansetron Granisetron Chlorpromazine Levomepromazine Olanzapine Promethazine Haloperidol Lorazepam Dexamethasone	ייעוץ דיאטני, ארוחות קטנות מרובות, שתייה כחצי שעה לפני אכילה, לאפשר התרוקנות קיבה

תסמין	סיבה אפשרית	טיפול בסיבה	טיפול פליאטיבי תרופתי	טיפול לא תרופתי
כאב נוסיספטיבי: כאב כתוצאה מהפעלת קולטני כאב (נוסיספטורים) עקב נזק או איום לרקמה שאינה עצבית עשוי לנבוע ממקור סומטי כמו עצם (שבר), שריר או ממקור ויסרלי כגון אוטם שריר הלב **כאב עצבי – נוירופתי:** מקורו במחלה או בנזק למערכת העצבים הסו־מטוסנסורית ההיקפית או המרכזית כאב בעל אופי משולב עצבי ונוסיספטיבי	**מקור איסכמי:** מחלת כלי דם פריפרית, תסמונת הגנבה העורקית, קלציפילקסיס **מקור מוסקלוסקלטאלי:** התכווציות שרירים במהלך הדיאליזה וסביבה **מקור גרמי:** משני למחלת עצם כלייתית, סיבוכים הקשורים לגישה וסקולרית **מקור ויסראלי:** כליות פוליציסטיות, דימום, זהום בציסטה פולינוירופתיה סוכרתית, פולינוירופתיה אורמית כאב משני לשקיעת עמילויד – כאב בגידים, בעצמות, במפרקים ובעצבים	פרוצדורות וסקולריות לשקול הגברת תדירות הדיאליזה	משככי כאבים אופיואידים ושאינם אופיואידים תרופות לטיפול בכאב עצבי, אפשר בשילוב אופיואידים	טיפול בכאב כרוני בגישה ביו־פסיכוסוציאלית, התערבות פסיכולוגית והתנהגותית, עידוד פעילות גופנית רפואה משלימה

הפסקת טיפול בדיאליזה במטופלים עם מחלת כליה כרונית וסופנית (CKD stage 5) – דגשי טיפול

הפסקת טיפול דיאליזה במטופל עם מחלת כליה כרונית סופנית (CKD stage 5) היא החלטה מורכבת הדורשת איזון בין שיקולים רפואיים, אתיים ובין רצון המטופל.

קבלת החלטות

ההחלטה להפסיק דיאליזה מתקבלת בשיתוף המטופל, הצוות המטפל ובני המשפחה, לאחר הבהרה מלאה של המשמעות הרפואית והצפוי במהלך התהליך.

יש לבצע הערכה רפואית מקיפה – סקירת המצב הרפואי, פרוגנוזה, תפקוד יום־יומי (ADL) , איכות חיים ותוחלת חיים צפויה.

יש להבטיח שהמטופל קיבל הסבר מלא, מותאם לשפתו וליכולתו הקוגניטיבית, שהוא מבין את ההשפעות, כולל קיצור תוחלת החיים, וכי ההחלטה תואמת את ערכיו, את רצונותיו ואת אמונותיו. יש לקבל את הסכמת המטופל (או מיופה כוחו החוקי).

יש לשלב בהחלטה צוות רב־תחומי הכולל: רופא נפרולוג, רופא פליאטיבי, רופא משפחה, אחות, עובדת סוציאלית, פסיכולוג ולעיתים איש דת או מלווה רוחני, לפי רצון המטופל.

תיעוד רפואי – יש לתעד את כלל השיחות, ההסברים, ההסכמות ותוכנית הטיפול הפליאטיבי המוסכמת.

שיחה משפחתית

שיחה יזומה עם המטופל ומשפחתו – יש לקיים שיחה מובנית ומתואמת מראש הכוללת:

- הסבר ברור על מהלך המחלה לאחר הפסקת דיאליזה.
- תיאום ציפיות בנוגע למשך הזמן הצפוי (בדרך כלל ימים עד שבועות, בהתאם למצב הבסיסי).
- תיאום ציפיות והכנה לשינויים הפיזיים (קוצר נשימה, בלבול, חרדה, גרד, כאב, בחילות, בצקות), הקוגניטיביים והרגשיים הצפויים.
- מתן מקום לשאלות, חששות ועיבוד רגשי של הפרידה.
- חיזוק תמיכת הסביבה באמצעות שילוב שירותי רפואה פליאטיבית, סיעוד, תמיכה פסיכו־סוציאלית ותמיכה רוחנית.
- הסבר על אפשרות של סדציה פליאטיבית לסימפטום עמיד, במידת הצורך.

התהליך הצפוי

זמן ההישרדות הממוצע לאחר הפסקת דיאליזה הוא בדרך כלל 8–10 ימים, אם כי חלק מן החולים, בייחוד אלה שעדיין נותנים שתן, עשויים לחיות עוד שבועות.

להחלטה להפסיק דיאליזה יש משמעויות רבות ברמה הפיזית, ברמה הרגשית וברמה הרוחנית למטופל ולמשפחתו.

ברמה הפיזית

תהליך ההידרדרות כולל הצטברות נוזלים ותוצרי פירוק חנקניים כמו אוראה, חוסר ויסות אלקטרוליטים וחומציות.

ניהול סימפטומים צפויים – קוצר נשימה, דליריום, גרד, כאב, בחילה, בצקות, הפרעת שינה, חרדה.

בשלבים הסופיים של המחלה, אם המטופל סובל סבל משמעותי שמקורו בתסמין עמיד לטיפול סטנדרטי, ניתן לשקול סדציה פליאטיבית – התערבות מבוקרת שמטרתה הפחתת מצב ההכרה כדי להקל על המטופל את הסבל המשמעותי בתהליך הגסיסה. במהלך הפרוצדורה ייעשה שימוש בתכשירים סדטיביים. התכשיר המומלץ כקו ראשון ברוב הקווים המנחים הוא Midazolam, לעיתים בשילוב תרופות נוספות כתלות בנטל התסמינים. ההחלטה על התחלת תהליך של סדציה פליאטיבית מחייבת תהליך מובנה של שיח בין המטופל, המשפחה וצוות הרפואי, תוך שמירה על כבוד האדם, על רצונו ועל היבטים אתיים ומשפטיים. את התהליך יוביל איש מקצוע בעל ניסיון בתהליך זה, רצוי בעל מומחיות בתחום הפליאטיבי. כדי ללמוד עוד על תהליך זה – מוזמנים לעיין בקווים המנחים לביצוע סדציה פליאטיבית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית.

ברמה הרגשית:

- חרדה ופחד מן המוות – תמיכה רגשית, שיחות עם הצוות, חיבור למשאבים רוחניים, לפי רצון המטופל.
- עצב ואבל – הכרה בכאב הרגשי, עידוד הבעת רגשות, הכלה של בני המשפחה.
- תחושת שליטה ואוטונומיה – מתן אפשרות למטופל לקבל החלטות על אופן הטיפול בסימפטומים וסביבת הפרידה.

עקרונות אתיים ומשפטיים

- ההחלטה להפסיק דיאליזה היא לגיטימית מבחינה אתית ומשפטית כאשר היא מתקבלת בהסכמה מדעת, לאחר תהליך מובנה ומתועד ובכפוף לחוק זכויות החולה ולמסמכי הנחיות רפואיות מקדימות.
- מומלץ למלא הנחיות רפואיות מקדימות במקביל לתהליך, לשם הבהרת רצונות המטופל במצבים עתידיים, אם לא יוכל להביע את רצונו.

טבלה 2: תרופות בשימוש בפליאציה והתאמת מינון ב־CKD

שם גנרי	שמות מסחריים	התאמת מינון	מינון לפי שלב/eGFR	פינוי בדיאליזה
PO Amitriptyline	Elatrolet 10mg Elatrol 25mg	לא	-	-
PO Bisacodyl	Laxadin Atzirut	לא		
TD Buprenorphine	Butrans	לא		לא
PO Carbamazepine	Tegretol	לא	תשומת לב ל־DDI	לא
PO Citalopram	Cipramil Recital	לא	<10 use with caution תשומת לב ל־DDI	לא
PO Clonazepam	Clonex Rivotril 2.5mg/ml		Start at low dose increase according to response	לא
Codeine	Rokacet, Cod Acamol, Spasmalgin, Codical	כן	20-50 normal dose 10-20 30 mg up to x6/day <10 30mg up to x 4/day	לא
Denosumab	Prolia Jubbonti	לא**	אין המלצה להתאמת מינון, אבל אין אינפורמציה מלאה תשומת לב להיפוקלצמיה	ככל הנראה אין פינוי בדיאליזה
PO Diazepam	Assival 2mg	כן	20-50 normal dose <20 start small dose and titrate to response	לא
Domperidone	Motilium	לא	-	לא

שם גנרי	שמות מסחריים	התאמת מינון	מינון לפי שלב/eGFR	פינוי בדיאליזה
Duloxetine	Cymbalta Dulox	על פי הנחיות היצרן, אינו מותווה בפינוי כלייתי מתחת 30	אם נעשה שימוש – להתחיל במינון נמוך מאוד ולעלות לפי תגובה	
Fentanyl	Fenta Fentadol	כן, במידה קלה בלבד	10-50 start with 75% normal dose and titrate <10 start 50% of normal dose and titrate	לא
PO Gabapentin	Neurontin	כן	15-60 start at low dose <15 start 1/ 300 mg on alternate days Uptitrate slow	כן
SC Glycopyrronium	Rybrila			
PO/IV Granisetron		לא		?
PO/SL/SC/IM Haloperidol	Haldol Halidol		10-50 normal dose <10 start with lower doses . for single dose -100% of normal dose	
Hydromorphone		כן		
TD Hyoscine butylbromide	Buscopan	לא		כן
TD Hyoscine hydrobromide	Scopoderm	לא		כן
PO Lactulose	Avilac Laevolac	לא		
PO/IV Levetiracetam	Keppra	כן	50-79 250- 1000 mgx2/day	כן
PO/SC Levomepromazine	Nozinan 25mg	לא	10-5- normal dose <10 start with small dose	?
PO Loperamide	Imodium 2mg Stopit 2mg Lopamide 2mg	לא		?
SL/PO Lorazepam	Lorivan	לא	10-50 normal dose <10 start with low dose	לא
PO Methadone		כן, במידה קלה בלבד	10-50 normal dose <10 50-75% of normal dose	לא

שם גנרי	שמות מסחריים	התאמת מינון	מינון לפי שלב/eGFR	פינוי בדיאליזה
PO/IV Metoclopramide	Pramin 10mg	לא		לא
PO Mirtazapine	Miro Remeron		20-40 normal dose <20 start low dose monitor closly	לא
PO/SC/IV Morphine Short acting drugs only	M.I.R Oramorph Morphine ampules for injection	כן	20-50 75% normal dose 10-20 small dose and increased intervals <10 small dose , 25% of normal dose, increase intervals	כן כולל מטבוליטים
Nortriptyline	Nortylin	לא	<10 start low dose	לא
PO Olanzapine	(Zyprexa (Velotab (Zappa (ODT	כן	Start at the lower doses , increase intervals 5 mg/day , Depot 150 mg /4 weeks Titrate	לא
Ondansetron	Zofran	לא		לא
Orphenadrine (+acamol)		לא		?
Oxcarbazepine	Trileptin Trileptal		30-50 normal dose <20 start at 300 mg/day titrate slowly	?
Oxycodone Short acting drugs only	Syrup Oxycod 2mg/ml Oxycod forte 10mg/ml Percocet (+paracetamol)	כן	10-50 start at 75% of normal dose, titrate <10 start at 50% normal dose, titrate	?
Pamidronate disodium	Aredia	כן התוויית נגד באי־ספיקת כליה חמורה או מתקדמת	30-60 dose reduction to 60 mg+ maximal infusion time < 30 contraindicated With no alternative use half dose and extended infusion time	לא
PO/IV Paracetamol (Acetaminophen)		לא		כן
Phenobarbital	Phenobarbitone	כן	20-50 normal dose 10-20 normal dose avoid large single dose <10 reduce dose to 50-75% avoid large single dose	כן

שם גנרי	שמות מסחריים	התאמת מינון	מינון לפי שלב/eGFR	פינוי בדיאליזה
Phenytoin	Epanutin Dantoin	לא		לא
Polyethylene Glycol powder20-40	Normalax, Peglax Regulax			
Pregabalin	Lyrica	כן	30-60 start at 75mg daily 15-30 start at 25-50 mg daily <15 start at 25 mg daily	כן
Promethazine hydrochloride	Prothiazine Phenergan	לא		לא
PO Quetiapine	Seroquel	כן	All stages: start at 25 mg daily and titrate according to response	?
PO Riesperidone	Risperdal Rispond	כן	All stages- start 50% dose, increase 50% of recommended dose and at slower pace	כן
PO Sertaline	Serenada 50mg Lustral 50mg Zoloft	לא		לא
PO/IV Tramadol Short acting	Zaldiar Tramadex Tramal	כן	20-50 normal dose 10-20 50-100mg every 8 hours and titrate <10 50 mg every 8 hours	כן
PO Trazodone	Trazodil	לא	20-50 normal dose <20 start at low dose and titrate	?
PO Valproate	6.25,12.5mg	לא	<10 start with low dose	כן
PO Venlafaxine	Viepax 37.5 Efexor 37.5	כן	30-50 normal dose <30 50% of normal dose	לא
Zoledronic acid	Zometa Aclasta Reclast	כן	30-60 reduce dose according to prescribing information <30 avoid	?
PO Zolpidem	Zodorm Stilnox Ambien CR	לא		לא
PO Zopiclone	Noctorno 3.75mg Imovane	לא	<10 start at lower dose	כן

טבלה 3: מתן משככי כאב בחולים עם מחלת כליה כרונית ומטופלי דיאליזה

מידת התאמה בCKD	משככי כאב לא אופיואידים	אופיואידים	תרופות ייחודיות לכאב עצבי		
אינו דורש התאמת מינון או התאמת מינון קלה בלבד	Paracetamol Dypirone	Buprenorphine Fentanyl Methadone		Carbamezapine Amitriptyline*** Nortriptyline***	
דרושה התאמת מינון		Tramadol* Oxycodone*	Pregabalin** Gabapentin** Venlafaxine**		
אינו מומלץ	****NSAID'S	Morphine Codein			Duloxetine

* עדיפות לתכשירים קצרי טווח, התחלת טיפול במינונים נמוכים, לרווח בין המנות.

** יש להתאים מינון ל-eGFR.

*** סיכון מוגבר לתופעות לוואי אנטיכולינרגיות כמו orthostatic hypotension ותופעות אחרות כמו סדציה ובלבול. צורך בטיטרציה איטית ומעקב.

**** ניתן לתת במטופלים אנוריים.

מקורות

1. The Renal Drug Handbook. Caroline Ashley & Aileen Dunleavy
2. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003 May 14;289(18):2387-92
3. Davison SN. Quality end-of-life care in dialysis units. Semin Dial. 2002 Jan-Feb;15(1):41-4
4. Murtagh FE, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. Clin J Am Soc Nephrol. 2011 Jul;6(7):1580-90
5. Bonares, M. J., Bruni, A., Yoo, S., Harrison, L., Li, W., Talarico, R., Tanuseputro, P., & Jassal, S. V. (2025). Delivery of palliative care in the last year of life to individuals receiving maintenance dialysis: A population-level cross-sectional study. American Journal of Kidney Diseases, 86(5), 594–604
6. Ernecoff NC, Robinson MT, Motter EM, Bursic AE, Lagnese K, Taylor R, Lupu D, Schell JO. Concurrent Hospice and Dialysis Care: Considerations for Implementation. J Gen Intern Med. 2024 Apr;39(5):798–807
7. Adenwalla SF, O'Halloran P, Faull C, Murtagh FEM, Graham-Brown MPM. Advance care planning for patients with end-stage kidney disease on dialysis: narrative review of the current evidence, and future considerations. J Nephrol. 2024 Apr;37(3):547–560
8. Wong SPY, Prince DK, Kurella Tamura M, et al. Value Placed on Comfort vs Life Prolongation Among Patients Treated With Maintenance Dialysis. JAMA Intern Med. 2023;183(5):462–469
9. Hatoum WBA, Sperling D. Shared decision-making in end-of-life care for end-stage renal disease patients: nephrologists' views and attitudes. Isr J Health Policy Res. 2024 Sep 10;13(1):45







ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה