קווים מנחים לטיפול פליאטיבי במחלות כבד מתקדמות

נכתב ע"י:
ד"ר טל פרגר
ד"ר רוני בורשטיין
ד"ר דוד ירדני
ד"ר אסף יששכר
ד"ר הלנה קצמן

בשם:
האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית
החברה הישראלית לחקר הכבד

אוקטובר 2026

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

נכתב ע"י:
ד"ר טל פרגר
ד"ר רוני בורשטיין
ד"ר דוד ירדני
ד"ר אסף יששכר
ד"ר הלנה קצמן

עורכים:
ד"ר רוני צבר
ד"ר אור דוכין

מטרות

- לקדם איתור מוקדם של חולים במחלות כבד מתקדמות הזקוקים לטיפול פליאטיבי.
- לשפר איכות חיים, להפחית סבל ולתמוך במטופל ובבני משפחתו.
- ליווי בקבלת החלטות בצומתי טיפול רפואיים, לרבות סוף חיים.

רקע

רפואה פליאטיבית היא גישה טיפולית שעוסקת בשיפור איכות החיים של המטופל ומשפחתו המתמודדים עם מחלה מסכנת חיים, תוך כדי מניעת סבל והקלתו בשל בעיות פיזיות, פסיכולוגיות, סוציאליות ורוחניות.[1] הרפואה הפליאטיבית בעולם בכלל ובארץ בפרט, התפתחה מאוד בעשורים האחרונים וכיום מיועדת לכל מטופל המתמודד עם מחלה קשה חשוכת מרפא אשר כרוכה בנטל סימפטומטי, ואינה שמורה למטופלים המוגדרים כנוטים למות. התפיסה העכשווית של טיפול פליאטיבי גורסת כי יש לשלב טיפול פליאטיבי מוקדם, פעמים רבות כבר בסמוך לאבחנה, והקריטריונים להפניה לטיפול פליאטיבי מבוססים על צורכי המטופל יותר מאשר על הפרוגנוזה. יתרה מכך, ההמלצה היא לשלב את הגישה הפליאטיבית כחלק אינטגרלי מהטיפול השוטף במחלה עצמה, ובמקביל לטיפולים שמטרתם לשנות את מהלך המחלה.

החולים במחלות כבד מתקדמות (שחמת לא מפוצה, מחלות כולסטטיות מתקדמות, סרטן כבד ראשוני) מתמודדים עם מחלה כרונית פרוגרסיבית, תחלואה רב־מערכתית, החמרות תכופות, ירידה תפקודית ותמותה מוגברת. עם התקדמות המחלה, המטופלים מתמודדים עם עומס סימפטומים ניכר: סיבוכי יל"ד פורטלי, כאב, תת־תזונה, ועוד. נוסף לתסמינים גופניים, הן המטופלים והן המטפלים העיקריים מתמודדים עם קשיים פסיכולוגיים, כלכליים וחברתיים.[2–4]

לאור זאת, ארגון הבריאות העולמי וארגונים מובילים למחלות כבד, לרבות American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), American Gastroenterological Association (AGA), American College of Gastroenterology (ACG), European Association for the Study of the Liver (EASL), תומכים בשילוב של טיפול מאריך חיים וטיפול פליאטיבי, ובפרט צמצום סבל ושיפור איכות החיים לצד המחלה.[5–8]

מחקרי תצפית הראו ששילוב טיפול פליאטיבי בטיפול בחולי שחמת כבד לא מפוצה הפחית שימוש במשאבים, שיפר תסמינים ושיפר את איכות החיים.[2,9] עקב זמינות מוגבלת של צוותים פליאטיביים, מומלץ כי מומחים למחלות כבד ישלבו בטיפול בחולי שחמת טיפול פליאטיבי ראשוני כגון ניהול תסמינים, זיהוי מערכת תומכת והעדפות טיפוליות, וכן יפנו את המטופלים ואת משפחתם לגורמי תמיכה נוספים כאשר הדבר אפשרי ונחוץ.

עקרונות לגישה פליאטיבית במחלות כבד מתקדמות

1. ייעוץ וטיפול פליאטיבי מומלצים בכל שלבי המחלה של חולים בשחמת לא מפוצה.
2. רופאים ראשוניים, מומחים במחלות כבד, וגם צוותים פליאטיביים ייעודיים יכולים לתת את הטיפול.
3. טיפול פליאטיבי ניתן בשילוב טיפול מרפא או מאריך חיים, לרבות במטופלים המועמדים להשתלה.
4. הגישה הפליאטיבית מותאמת לצרכים הגופניים, הנפשיים והרוחניים של המטופל, וכן לתמיכה בבני המשפחה והמטפלים העיקריים.

מרכיבי הטיפול הפליאטיבי

1. שימוש בכלים לתקשורת אמפתית ואמינה, ומתן מידע לגבי מהלך המחלה והפרוגנוזה, תיאום ציפיות וקביעת מטרות טיפוליות.
2. זיהוי התסמינים האופייניים למחלה, מניעתם וטיפול בהם.
3. טיפול של צוות רב מקצועי במטופל ובמשפחתו בהתחשבות בצרכים פיזיים, רגשיים ורוחניים, קשיים חברתיים ועומס כלכלי.
4. זיהוי העדפות טיפול במחלה מתקדמת, מילוי הנחיות מקדימות וטיפול בסוף החיים.

קריטריונים לשילוב טיפול פליאטיבי

לפי צורכי המטופל:

- תסמינים עמידים כגון כאב, גרד, מיימת, קוצר נשימה.
- מצוקה רגשית או כלכלית; מצוקה של המטפל עיקרי.
- ירידה תפקודית או קוגניטיבית, ולפיכך צורך בטיפול סיעודי.
- צומת החלטות רפואיות שבו כדאי להציע למטופל הגדרת מטרות טיפוליות (goals of care) .

לפי מדדי מחלה:

- ניקוד MELD מעל 21 או דירוג Child-Pugh מעל 12 (להחלטה על טיפול במסגרת הוספיס).
- סיבוכים של שחמת לא מפוצה (דימום מדליות, מיימת, אנצפלופתיה, SBP, סינדרומים – הפאטורנאליים, הפאטופולמוניריים), אבחנה של HCC.
- תשובה שלילית ל"שאלת ההפתעה" (האם יפתיע אותך שהמטופל ימות בשנה בקרובה?)

הרחבה: מדדים פרוגנוסטיים MELD ו־Child-Pugh

MELD (Model for End-stage Liver Disease): מדד שפותח לצורך ניבוי שרידות של שלושה חודשים בחולים בשחמת מתקדמת המועמדים להשתלת כבד. המדד עבר כמה שינויים והתאמות, והאומדן הנוכחי – MELD 3 – מתבסס (כמו במקור) על ערכי בילירובין, קריאטינין ו־INR, וכן על מין החולה, ערכי נתרן ואלבומין.[10] הניקוד המתקבל נע בין 6 ל־40, ובחולי שחמת כבד ניקוד MELD של 21 מנבא סיכון לתמותה הקרוב ל־20% בשלושת החודשים הבאים.
Child-Pugh: מדד להערכת חומרת שחמת המתבסס על ערכים כמותיים אובייקטיבים ובהם בילירובין, אלבומין ו־INR, וחומרת מדדים סובייקטיביים ובהם מיימת ואנצפלופתיה. הניקוד נע בין 5 ל־15 ומתחלק לשלש קבוצות – A, B, C. ניקוד גבוה (10–15) השייך לקבוצה Child-Pugh C מעיד על שחמת מתקדמת לא מפוצה ולפיכך על תוחלת חיים קצרה.

שכיחות תסמינים במחלת כבד מתקדמת:[9]

כאב 30%–79%
קוצר נשימה 20%–88%
התכווציות שרירים 56%–68%
אינסומניה 26%–77%
ישנוניות במהלך היום 29%–71%
דיכאון 4.5%–64%
חרדה 14%–45%
הפרעה בתפקוד המיני 53%–93%
גרד 47%–64%
תשישות 52%–86%
דימום מדליות 5%–15%

לפיכך, מומלצת הערכה תדירה לזיהוי תסמינים וחומרתם, והטיפול הראשוני יכול להינתן באמצעים לא פרמקולוגיים כמו טיפול התנהגותי, פיזיוטרפיה ועוד. יש לשלול גורמים אחרים לתסמינים שאינם קשורים למחלת הכבד וכאלו המחמירים אותם.[2]

דוגמאות לכלים למיפוי תסמינים וחומרתם:

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care
Edmonton Symptom Assessment Scale

איזון סימפטומים – טבלאות מתקדמות[3,11,12]

ככלל: למעט בטיפול בסוף החיים, מומלץ להשאיר את הטיפול בתרופות בעלות אפקט סדטיבי או כאלה שיכולות להחמיר עצירות במטופלים הסובלים מאנצפלופתיה או בסיכון גבוה לאנצפלופתיה (מחלת כבד מתקדמת, דלדול שרירים משמעותי) כאפשרות משנית.

1. איזון סימפטומים בחולים שאינם בסוף חיים

א. כאב

תרופה	מינון מומלץ	הערות
Dipyrone (Optalgin)	לצמצם שימוש למינימום	מתפרק בעיקר בכבד; עלול להחמיר תסמונת הפטורנאלית
PARACETAMOL	2–3 גרם ב־24 שעות PO/IV. בשחמת מתקדמת CPT-C לא יותר מ־2 גרם ב־24 שעות	מעל 7 ימים יש להפחית מינון (PO ו-IV). מינון גבוה יכול לגרום לכשל כבדי
NSAID	להימנע	סיכון מוגבר לדמם, פגיעה כלייתית והחמרה במיימת
TRAMADOL	להימנע	הכפלת $T_{1/2}$ והורדת הסף לפרכוסים
CODEIN	15–30 מ"ג, עד 3 פעמים ביום	להגביל את משך הטיפול. השפעה שלא ניתן לחזות, ולכן יש לעקוב אחר ת"ל ובמיוחד עצירות והחמרת אנצפלופתיה
MORPHINE SULPHATE	2.5 מ"ג כל 4–6 שעות ביום, לפי צורך	התרופה המועדפת כאשר GFR =<30. עדיפות לתכשירים קצרי טווח. ניתן להעלות מינון באיטיות ולעקוב אחרי התפתחות עצירות והחמרת אנצפלופתיה
HYDROMORPHONE	טווח למינון התחלתי 0.5–1.3 מ"ג עד 3 פעמים ביום, PO לפי צורך	התרופה המועדפת כאשר GFR>30. לעקוב אחר ת"ל ובמיוחד עצירות והחמרת אנצפלופתיה
OXYCODONE	1.25 מ"ג 3–4 פעמים ביום, לפי צורך	עדיף להימנע מכיוון שבחולים אלו $T_{1/2}$ מוכפל פי 3. לתת אם המטופל אינו סובל מורפין. לעקוב אחר ת"ל ובמיוחד עצירות והחמרת אנצפלופתיה
BUPRENORPHINE T.D PATCH	מינון ייקבע לפי מינון אופיואידים פומי	עדיף להתייעץ עם צוות פליאטיבי. ניתן להשתמש אם תפקודי כבד וכליה יציבים, ואם המטופל אינו סובל מורפין. לעקוב אחר ת"ל ובמיוחד עצירות והחמרת אנצפלופתיה
GABAPENTIN	100 מ"ג 3 פעמים ביום	ניתן להעלות מינון בהדרגה עד 1200 מ"ג ליום. לתרופה יש אפקט סדטיבי
PREGABALIN	50 מ"ג פעמיים ביום	ניתן להעלות מינון בהדרגה. לתרופה יש אפקט סדטיבי
AMITRIPTYLINE	להימנע	

תרופה	מינון מומלץ	הערות
FENTANYL	מינון ייקבע לפי המרה מאופיואיד קצר טווח	מומלץ להתייעץ עם צוות פליאטיבי
METHADONE	מינון ייקבע לאחר התייעצות עם צוות פליאטיבי	יינתן אם החולה כבר לוקח את התרופה או אם טיפול אחר לא צלח
DEXAMETHASONE	4–8 מ"ג פעם ביום	בחולים עם HCC או גרורות בכבד הסובלים מכאב שמקורו בקפסולת הכבד. לשלב עם PPI. לשים לב לסיכון מדימום GI!

ב. סימפטומים ספציפיים למחלות כבד

סימפטום	תרופה	מינון מומלץ	הערות
אנצפלופתיה	LACTULOSE	15–30 מ"ל כל שעתיים, ולאחר מכן ניתן לרדת לתדירות של 2–4 פעמים ביממה	יש לכוון להשגת 2–3 יציאות רכות ביממה. ניתן לתת גם בזונדה
	LACTULOSE ENEMA	חוקן המכיל 300 מ"ל בתוך 700 מ"ל מים או סליין	מתאים למטופלים במצב הכרה ירוד. יש לעקוב בזהירות אחר התפתחות של הפרעות אלקטרוליטריות או אילאוס
	POLYETHYLENE GLYCOL	4 ליטר חד פעמי	יכול להיות תחליף ל־LACTULOSE בחולים עם אנצפלופתיה משמעותית
	RIFAXIMINE	400 מ"ג 3 פעמים ביום	עדיפות כטיפול Add-on ל־LACTULOSE
גרד	COLESTYRAMINE	4–16 גרם פעם ביום	מפריע בספיגת תרופות וחומרים ולכן לתת לפחות שעה לפני נטילת תרופות אחרות או להמתין 4–6 שעות לאחר נטילת כולסטיראמין
	SERTRALINE	25–100 מ"ג ליממה	עובר מטבוליזם כבדי לכן יש להעלות מינון באופן זהיר ומתון
	PROMETHAZINE	25–50 מ"ג	אנטי היסטמין סדטיבי, לתת בלילה לפני השינה. שימוש זהיר במטופלים הסובלים מאנצפלופתיה
	משחות ובהן מנטול	מריחה 1–2 ביום	מרגיע בעזרת תחושת קירור
	GABAPENTIN	100 מ"ג 3 פעמים ביום	ניתן להעלות מינון בהדרגה עד 1200 מ"ג ליום. לתרופה יש אפקט סדטיבי

סימפטום	תרופה	מינון מומלץ	הערות
מיימת	הגבלת מלח	הגבלת מלח עד 2 גרם ביממה	מומלץ להפנות את המטופל לייעוץ תזונתי. בשבועות האחרונים לחיים אין הגבלה תזונתית
	SPIRNOLACTONE	100 מ"ג ליום	יש לעקוב אחר תפקוד כלייתי ואלקטרוליטים. ניתן להחליף ב־eplerenone לסובלים מת"ל
	FUSID	40 מ"ג ליום, נוסף לטיפול ב־SPIRNOLACTONE	ניתן להעלות מינון של שתי התרופות ביחס קבוע: 200:80, 300:120, 400:160
	EPLERENONE	50 מ"ג ביממה	שווה ערך ל־100 מ"ג של Spirnolactone. ניתן להעלות עד למינון של 200 מ"ג ביממה
	ניקור פריטונאלי	בתדירות ובנפח שייקבע לפי מצב החולה. מעל 5 ליטר, יש להחזיר 6–8 גרם אלבומין על כל ליטר שנוקז	אם יש סימני סבל כגון בחילות, ירידה בתיאבון, קוצר נשימה, TENSE ASCITES
	החדרת נקז קבוע	לאחר דיון משותף של המטופל עם הפטלוגים ורופאים פליאטיביים. יש חשש לעלייה בשכיחות זיהומים – לשקול תועלת לאיכות החיים אל מול סיכון זה	דוגמאות: PleurX או Rocket. יש לתכנן את הפעולה באופן אמבולטורי במרכזים שמבצעים אותה
דימום מדליות	למניעה – CARVEDILOL	התחלה – 6.25 מ"ג ליום	מחולק לשתי מנות. לשקול הפסקת טיפול בירידת ל"ד סיסטולי לפחות מ־90 ממ"כ, בפגיעה כלייתית חריפה או במיימת עמידה לטיפול
	לדימום אקוטי – אנדוסקופיה וקשירה	הפניה לחדר מיון לצורך ביצוע אנדוסקופיה וקשירה, בהתאם לשלב המחלה והמטרות הטיפוליות	

ג. בחילות והקאות

1. השלב הראשון בטיפול בבחילות ובהקאות הוא תיקון הפרעות אלקטרוליטריות, טיפול בעצירות והפסקת טריגרים תרופתיים (כגון: לקטולוז, אופיואידים) אם קיימים.
2. ניתן להיעזר בג'ינג'ר כטיפול לא תרופתי.

תרופה	מינון מומלץ	הערות
Metoclopramide	iv/sc/po 5–10 מ"ג עד 3 פעמים ביממה	תרופה מועדפת אם המקור הוא מערכת העיכול, מנגנון פרוקינטי. ת"ל אפשריות – אגירת נוזלים, הארכת QT
Domperidone	PO 5–10 מ"ג 2–3 ביממה	תרופה מועדפת אם המקור הוא מערכת העיכול, מנגנון פרוקינטי. ת"ל אפשרית – הארכת QT
Haloperidol	PO 5–10 מ"ג פעמיים ביום. ניתן להעלות עד 5 מ"ג ביממה במנות מחולקות SC 0.5–0.25 מ"ג עד 3 פעמים ביממה	תרופה מועדפת אם המנגנון מרכזי, או אם היא משנית לשימוש באופיואידים. לשים לב לתופעות לוואי אקסטרפירמידליות
Ondansetron	PO/IV 4 מ"ג 1–2 ביום עד 8 מ"ג ביממה	בחירה שנייה. יש לשים לב להתפתחות של עצירות
Levomepromazine	PO 3–12.5 פעם ביום לפני השינה SC 2.5 מ"ג עד 3 פעמים ביממה	בחירה שנייה. ת"ל – טשטוש, ישנוניות. עלול להוריד את הסף לפרכוסים
Olanzapine (לא רשום באינדיקציה זו)	2.5–5 מ"ג 1–2 ביום IM או PO או SL	עובר פירוק כבדי – מ־CHILD PUGH בדרגה C ומעלה להתחיל במינון נמוך ולהעלות לאט

ד. דיכאון

תרופה	מינון מומלץ	הערות
Mirtazapine	ניתן להגיע עד 30 מ"ג ביממה	לנסות להימנע בחולים באי ספיקת כליות. לתרופה אפקט סדטיבי והיא מגבירה תיאבון
Citalopram	ניתן להגיע עד 20 מ"ג ביממה	$T_{1/2}$ מוכפל. מעלה רגישות לפרכוסים וסיכוי לדימום GI

ה. הפרעות שינה

תרופה	מינון מומלץ	הערות
טיפול ב־HE - היגיינת שינה		
Melatonin	עד 3 מ"ג ליום	להימנע בחולים עם CHILD C. לא נבדק בשימוש ארוך טווח
Hydroxyzine	ניתן להגיע עד 52 מ"ג ליום	להימנע בחולים עם CHILD C. לא נבדק בשימוש ארוך טווח
Benzodiazpines		להימנע עקב פינוי כבדי והסיכון להחמרת אנצפלופתיה

ו. התכווציות שרירים

תרופה	מינון מומלץ	הערות
תיקון אלקטרוליטים – היפומגנזמיה, היפוקלמיה, חוסר באבץ		
Branched chain amino acids (BCAA)	1–3 פעמים ביום	הוכח בסדרות קטנות
Taurine	עד 2 גרם ליום	הוכח בסדרות קטנות

ז. הפרעה בתפקוד מיני (גברים)

תרופה	מינון מומלץ	הערות
Taladafil	5 מ"ג	אין מחקרים גדולים. לשימוש קצר טווח

ח. טיפול פליאטיבי בתסמינים בסוף החיים

	תרופה	מינון מומלץ	הערות
אי שקט ובלבול	HALOPERIDOL	0.25–0.5 מ"ג SC/PO	ניתן להעלות מינון עד 1.5 מ"ג ביממה
אי שקט וחרדה	MIDAZOLAM	1.25–5 מ"ג SC לחזור על מינון זה כל שעה עד שנרגע או נרדם	מינון יומי ייקבע לפי טיטרציה של המינון הסופי שבו נרגע החולה. מומלץ להתייעץ עם הצוות הפליאטיבי לגבי הטיפול
	LEVOMEPROMAZINE	6.25– SC/PO PRN 12.5מ"ג עד 3 פעמים ביום	ניתן להתחיל בעירוי SC מתמשך במינון של 6.25–12.5 m"g/day
הפרשות מדרכי הנשימה	GLYCOPYRROLATE	mcg SC PRN 200	ניתן לתת גם בעירוי ממושך במינון של mcg/day SC 600
	ATROPINE	טיפות עיניים – 4 טיפות SL PRN	ניתן לתת כל 4 שעות
קוצר נשימה	MORPHINE SULPHATE	2.5–5 מ"ג PO PRN או מינון אקוויולנטי SC	ניתן להעביר לתכשיר בעל השפעה ממושכת או לעירוי מתמשך לאחר טטרציה של מנות ה־SOS
קוצר נשימה מלווה בחרדה, אם יכול עדיין לקבל תרופות PO	LORAZEPAM	0.5–1 mg PO/SL PRN	ניתן לתת כל 4–6 שעות לפי תגובת המטופל
קוצר נשימה מלווה בחרדה, אם אינו יכול לקבל תרופות PO	MIDAZOLAM	1.25–5 mg SC לחזור על מינון זה כל שעה עד שנרגע או נרדם	מינון יומי ייקבע לפי טטרציה של המינון הסופי שבו נרגע החולה. מומלץ להתייעץ עם הצוות הפליאטיבי לגבי הטיפול
דימום מסיבי מדליות	הכנת המשפחה לאפשרות זו, הכנת מגבות שחורות לספיגת הדימום בבית, ליווי צמוד מאוד, סדציה פליאטיבית במקרה הצורך		

2. טיפול בסוף החיים (כשבועיים אחרונים לחיים)

עקרונות:

- הקלת כאב, קוצר נשימה, חרדה, אי שקט בכל האמצעים המתאימים.
- סדציה פליאטיבית בתסמינים עמידים (הכוונה לתסמינים שטיפול פליאטיבי מקובל לא הביא להקלה בהם).
- הפסקת טיפולים מאריכי חיים ללא תועלת.
- הכנה להתמודדות עם דימום מסיבי מדליות.
- תמיכה במשפחה.

בשלבים הסופיים של המחלה, במצב שבו המטופל סובל סבל משמעותי שמקורו בתסמין עמיד לטיפול סטנדרטי, ניתן לשקול **סדציה פליאטיבית** – התערבות מבוקרת שמטרתה הפחתת מצב ההכרה כדי להקל את הסבל המשמעותי בזמן תהליך הגסיסה והמוות. במהלך הפרוצדורה נעשה שימוש בתכשירים סדטיביים, והתכשיר המומלץ כקו ראשון ברוב הקווים המנחים הוא Midazolam, לעיתים בשילוב תרופות נוספות, לפי נטל התסמינים. ההחלטה על התחלת תהליך של סדציה פליאטיבית מחייבת תהליך מובנה של שיח בין המטופל, המשפחה והצוות הרפואי, ובשמירה על כבוד האדם, על רצונו, ועל היבטים אתיים ומשפטיים. איש מקצוע מנוסה, ורצוי מומחה בתחום הפליאטיבי, צריך להוביל תהליך זה. בשביל ללמוד עוד על תהליך זה מוזמנים לעיין בקווים המנחים לביצוע סדציה פליאטיבית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית.[13]

מקורות

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):91–96.
2. Philips CA, Kedarisetty CK. Palliative care for patients with end-stage liver disease. J Clin Exp Hepatol. 2023;13(2):319–328.
3. Palliative Hepatology Special Interest Group. Prescribing guidelines for patients with end-stage liver disease. British Association for the Study of the Liver; 2026 [accessed July 27, 2026].
4. Yanny B, Pham N V., Saleh H, Saab S. Approaches to assessing burden in caregivers of patients with cirrhosis. J Clin Transl Hepatol. 2020;8(2):127–134.
5. Rogal SS, Hansen L, Patel A, et al. AASLD practice guidance: palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. Hepatology. 2022;76(3):819–853.
6. Tandon P, Walling A, Patton H, Taddei T. AGA clinical practice update on palliative care management in cirrhosis: expert review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(4):646–656.e3.
7. Bajaj JS, Jakab SS, Jesudian AB, et al. ACG clinical guideline: hepatic encephalopathy. Am J Gastroenterol. 2026;121(3):588–618.
8. Verma S, Pinter M, Macken L, et al. EASL position paper on palliative care in advanced chronic liver disease. JHEP Reports. 2026;8(4):101686.
9. Peng J-K, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: a systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2019;33(1):24–36.
10. Kim WR, Mannalithara A, Heimbach JK, et al. MELD 3.0: the model for end-stage liver disease updated for the modern era. Gastroenterology. 2021;161(6):1887–1895.e4.
11. Verma M, Bakitas MA. Creating effective models for delivering palliative care in advanced liver disease. Curr Hepatol Rep. 2021;20(2):43–52.
12. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology. 2021;74(2):1014–1048.
13. Israeli Society for Palliative Medicine. 2026 guidelines for end of life palliative sedation. Israeli Medical Association; 2026 [accessed August 9, 2026].







ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה