

 המרכז הרפואי הלל יפה		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 1	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוסי-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

פרוטוקול השראת לידה

1. רקע כללי:

השראת לידה הינה ההליך שמטרתו להביא ללידה וגינלית בהרה שטרם החלה את תהליך הלידה באופן עצמוני. תהליך זה שכיח ביותר וקורה ב%44-10 מהלידות. ככלל, מומלץ שלא לבצע השראת לידה "אלקטיבית" לפני שבוע 39 להריון אלא אם קיימת התוויה אימהית או עוברית.

2. מטרה:

מטרת הנוהל ליצור הנחיה כללית לאופן ניהול השראת לידה במחלקה.

3. הגדרות ומושגים:

- השראת לידה - הליך בו מקדמים הרה שאינה בתהליך לידה ללידה וגינלית.
- הבשלת צוואר הרחם - שיפור תנאי הבישופ הצווארי.
- אוגמנטציה - קידום הלידה בהרה שכבר החלה את תהליך הלידה.
- טכניסטיוליה - מעל 5 צירים בעשר דקות למשך לפחות 30 דקות.

4. סמכות ואחריות:

- בסמכות רופא להחליט על השראת לידה כמצוין בהמשך. באחריות הרופא, המיילדת והאחות לעקוב ולטפל ביולדת ע"פ המוצג בפרוטוקול זה.

5. הנחיות לביצוע:

5.1 החלטה על השראת לידה

5.1.1 ככלל, ההחלטה תתבצע בעת שהסיכון האימהי/עוברי בהמשך ההריון עולה על הסיכון ביילוד יזום ופגות.

5.1.2 כל החלטה על השראת לידה או אוגמנטציה בלידה תנומק בגיליון הרפואי של היולדת

5.1.3 סמכות ההחלטה:

- החלטה על השראת לידה הינה בסמכות רופא בדרגת משחרר מיון לפחות
- החלטה על השראת לידה בהרה לאחר ניתוח קיסרי בסמכות רופא בכיר / אחראי תורנות לפחות
- החלטה על אוגמנטציה לידה הינה בסמכות רופא מתמחה לפחות
- 5.1.4 התוויות מקובלות להשראת לידה - חשוב לציין כי מרבית ההתוויות הינן יחסיות ותלויות בהערכת הסיכון לאם ולעובר. על כן, ייתכן שוני בניהול המותאם באופן אישי לכל יולדת.
- הריון עודף - ע"פ הספרות הריון עודף מוגדר כמעל 41+6 ימים. עם זאת, לאור ספרות עדכנית לפיה השראת לידה לאחר שבוע 39 אינה קשורה בעליה בניתוחים הקיסריים ניתן לשקול ילוד לאחר שבוע 39+0 במצבים מיוחדים באופן מותאם לכל יולדת ולאחר קבלת הסכמה מידעת.

 המרכז הרפואי הלל יפה		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 2	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוס-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

- ירידת מים לאחר שבוע 34 להריון. ככלל, מדיניות המחלקה הינה להמליץ על ילוד אקטיבי במקרים אלה. ניתן לשקול מעקב שמרני בשבועות 34-36+6 לאחר דיון מפורט בגיליון ע"פ פרוטוקול ניהול ירידת מים.
- הפרעות יתר ל"ד בהריון (רעלת הריון, יתר ל"ד הריוני, יתר ל"ד כרוני, סינדרום HELLP) - בהתאם לפרוטוקול הפרעות יתר ל"ד בהריון
- זיהום תוך רחמי - כוריאמניוניטיס
- היפרדות שליה בתלות ביציבות אימהית ועוברית
- מחלה אימהית המצריכה יילוד: מחלת לב, סוכרת, תרומבופיליה, מחלת קולגן, כולססטיזיס של ההריון וכו'
- חשד לקיפוח עוברי - מיעוט או ריבוי מי שפיר במועד, האטות חוזרות בדופק העוברי, האטה בגדילה תוך רחמית, איזואימוניזציה
- מוות עובר
- הריון מרובה עוברים: תאומים ביכוריאליים שבוע 38-39, תאומים מונוכוריאליים-ביאמניוטים שבוע 36-37, תאומים מונוכוריאליים-מונואמניוטים שבוע 32-34.

5.1.5 התויות נגד להשראת לידה:

- כל התויות הנגד ללידה וגנילית
- מצב לאחר קרע רחמי
- ניטור המחייב יילוד מיידי (קטגוריה 3)
- ממאירות מתקדמת של צוואר הרחם
- הרפס וגינאלי פעיל
- מקרוזומיה - בהתאם לפרוטוקול ניהול העובר המקרוזומי
- מצב לאחר ניתוח קיסרי - בהתאם לפרוטוקול ניהול לידה לאחר ניתוח קיסרי

5.2 הערכה לפני התחלת הפעלת לידה:

- 5.2.1 הערכה אימהית - אנמנזה בדגש על קביעת גיל ההריון, הערכת משקל קלינית ו/או סונוגרפית, בדיקה גופנית ובדיקה גינקולוגית לתנאי בישוף. בדיקות דם יילקחו באופן רוטיני כמקובל לפני ילוד (סוג וסקר, ספירת דם). שאר בדיקות יילקחו ע"פ הצורך.
- 5.2.2 הערכה עוברית- ניטור עוברי וסונר למצג. עבור כל יולדת תתבצע הערכת משקל קלינית. במידה וחשד קליני לעובר מקרוזומי (מעל 4000 גרם) או לעובר קטן לגיל ההריון (האטה בגדילה תוך רחמית) רצוי להשלים הערכת משקל סונוגרפית לפני התחלת השראת לידה.
- 5.2.3 הסבר מפורט ליולדת לגבי אופן ביצוע התהליך, סיכונים אפשריים ומשך התהליך. במידה והשראת לידה ע"י פרוסטגלנדינים יש להחתים את היולדת על טופס הסכמה ייעודי.

5.3 הבשלת צוואר הרחם - תתבצע בעת בישוף >7

- 5.3.1 הבשלת צוואר מכנית - תתבצע ע"י קטטר דו-בלוני או קטטר פולי. במקרים חריגים ובאישור בכיר מילדותי ניתן להוסיף הזלפת סליין דרך הבלון. הכנסת הבלון תתבצע

		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 3	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוס-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

בליטוטומטיה בעזרת ספקולום. במידה ומדובר בקטטר דו-בלוני יש לנפח את הבלונית הפנימית בעזרת 20cc סליין ואת הבלונית הנרתיקית ל 20cc סליין תוך וידוא מיקומם. בהמשך יש לנפח כל בלונית עד 80cc סליין. קטטר פולי יש לנפח ב 30-60cc סליין. בסיום הבדיקה יש לוודא את מיקום הבלון בבדיקה נרתיקית. מעקב עוברי יתבצע ע"פ סעיף 5.3.3. התוית נגד יחסיות לבלון - חשד לזיהום רחמי, שיליה נמוכה, מצג לא יציב או ריבוי מי שפיר ניכר.

5.3.2 הבשלת צוואר ע"י פרוסטגלנדינים - יכולה להתבצע ע"י אחד התכשירים הקיימים

בשוק. אצלינו מקובל להשתמש בטבליות ציטוטק (פומי או וגינלי), פרוסטגלנדין E2 וגינלי בשחרור מושהה (פרופס) או פרוסטגלנדין E1 וגינלי בשחרור מושהה (מיזודל). טרם מתן פרוסטגלנדינים יש לוודא הסכמה מידעת מתועדת בגיליון וכן ניטור עוברי תקין עד 4 שעות טרם הכנסת התכשיר. לאחר השמת התכשיר יש להמליץ להרה על שכיבה במיטה למשך כשעה. במידה וצירים **כואבים** ו**סדירים** מעל 2 לעשר דקות יש להמנע ממתן פרוסטגלנדינים. התוית נגד מוחלטת הינה צלקת רחמית קודמת (ניתוח קיסרי או כריתת שריר). ירידת מים אינה מהווה התוית נגד לשימוש בפרוסטגלנדינים. תופעות לוואי אפשריות - חום, תופעות GI, ירידת ל"ד.

- ציטוטק- טבליות של 200mcg. אחסון בטמפרטורת החדר. מתן וגינלי לפורניקס אחורי במינון 25mcg כל 6 שעות עד מקסימום 4 מנות. במקרים מיוחדים ובאישור בכיר ניתן לשקול העלאת מינון ל-50mcg, או לעלות תדירות מתן לכל 4 שעות. טרם מתן מנה חוזרת יש לתעד בדיקה וגינלית וניטור עוברי. ניתן להתחיל פיטוצין לאחר ארבע שעות מהמנה האחרונה.
- פרופס - vaginal insert המכיל Dinoprostone 10mg ומשחרר 0.3-0.4mg/hr. אחסון במקפא במיון יולדות או מחלקת אם ועובר. יש להמנע משימוש בתכשיר אם שהה בטמפ' החדר מעל 20 שעות. מתן וגינלי לפורניקס האחורי (להכניס לרוחב הפורניקס). הערכה יזומה אימהית ועוברית תתבצע לאחר 12 שעות ולאחר 24 שעות מהשמת התכשיר. ניתן להתחיל פיטוצין כשעה (חצי שעה- עד שעה לפי ACOG) מהוצאת הפרופס. במידה והוכנס פרופס במיון יולדות ניתן להעביר את היולדת למחלקה ולחברה לניטור במחלקה ע"פ סעיף 5.3.3. התויות נגד יחסיות הינן גלאוקומה, אסטמה קשה, מחלת כבד או כליות קשה.
- מיזודל - ניהול בדומה לפרופס.

 המרכז הרפואי הלל יפה		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 4	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוסי-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

5.3.3. מעקב ניטור עוברי בעת הבשלת צוואר הרחם - ניטור ראשון יחובר בטווח השעה הראשונה לאחר השמת התכשיר. בהמשך תתבצע הערכת ניטור עוברי לאחר 12 ולאחר 24 שעות מהשמתו. פרט לכך היולדת תחובר לניטור במידה והופעת צירים כואבים, ירידת מים חדשה, דימום וגינלי פעיל. הערכת רופא תתבצע ע"פ הנוהל ובמידת הצורך ע"פ בקשת אחות אם ועובר או מילדת. במידה וטכיסטוליה עם הופעת האטות בניטור עוברי יש להוציא את התכשיר/בלון ולשקול מתן של טרבוטלין (SC Terbutaline 0.25mg) או מנת העמסה של אטוסיבן (IV Atosiban 6.75mg) במקביל להמשך ניהול (העברה לחדר לידה, ניתוח קיסרי וכו')

5.4 מתן פיטוצין - ככלל, פיטוצין יינתן בחדר לידה ותחת ניטור רציף של העובר. ישנה עדיפות לשימוש בפיטוצין בתנאי בישוף <6 למעט במקרים של ירידת מים אז ניתן להשרות לידה ע"י פיטוצין ללא קשר לתנאי הבישוף הצווארי.

5.4.1 לצורך קידום לידה פיטוצין ניתן במתן תוך ורידי מתמשך (continuous).

5.4.2 מינון: 10 יחידות פיטוצין ב 1000cc תמיסת סליין או רינגר. מינון התחלתי 4-6mU/min. מומלץ להעלות מינון ב- 2-4mU/min כל 15-40 דקות עד לקצב התקדמות לידה מספק או הופעת טכיסטוליה. העלאת הפיטוצין בסמכות מיילדת ו/או רופא תצוין בגיליון היולדת עד למינון מקסימלי 40mU/min.

5.4.3 הפסקת/הורדת מינון פיטוצין תתבצע ע"פ שיקול דעת רפואי במידה וחשד למצוקת עובר או טכיסטוליה בסמכות רופא או מיילדת.

5.4.4 חידוש פיטוצין יהיה בחצי מהמינון בו הופסק. 5.4.5 מומלץ בדיקת כימיה בדם לאחר השלמת שקית פיטוצין (10U/1000cc). אין צורך להפסיק מתן עד קבלת תשובה. בכל מקרה במידה והעדר תגובה יש לבצע הערכה מחודשת לאחר כ 12 שעות.

5.4.6 מתן פיטוצין בנשים לאחר ניתוח קסרי מעלה את הסיכון לקרע של הרחם. אין התוית נגד מוחלטת למתן פיטוצין לאחר דיון ותיעוד הסכמה מידעת עם היולדת. במקרה זה מינון פיטוצין התחלתי יהיה חצי מהמקובל (2mU/min) ועד מינון מקסימלי של 20mU/min.

5.4.7 ניטור צירים פנימי (IUPC-Intrauterine pressure catheter) - אין הכרח בשימוש בקטטר IUP בתהליך לידה עם או ללא ניתוח קיסרי בעבר. התויות אפשריות הינן רישום צירים במידה ולא נרשמים ע"י ניטור חיצוני או לצורך כימות עוצמת הצירים במידה והתקדמות לא מספקת. במידה והוכנס - עוצמת צירים ממוצעת מקובלת בשלב אקטיבי של הלידה היא כ 200-250MVU.

 המרכז הרפואי הלל יפה		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 5	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוסי-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

5.4.8 תופעות לוואי/תגובות יתר לפיטוצין:

- טכניסיסטוליה - עם או ללא האטות בניטור. במידה זה יש להפסיק פיטוצין תוך ביצוע החייאה תוך רחמית (צד שמאל, נוזלים). ניתן לשקול טיפול בטרבוטלין (SC Terbutaline 0.25mg) או מנת העמסה של אטוסיבן (IV Atosiban 6.75mg).
- הרעלת מים/היפונתרמיה - עקב cross-reactivity עם Antidiuretic hormone. סימפטומים יכללו כאבי ראש, תוספות GI ועד ירידה במצב הכרה. אבחנה בבדיקת כימיה. טיפול ע"י הפסקת פיטוצין מיידי ותיקון היפונתרמיה הדרגתי.
- ירידת ל"ד והשפעה קרדיו-וסקולרית במתן תוך ורידי ב Push.

5.5 הפעלת לידה באישה לאחר קיסרי - הפעלת לידה באישה לאחר ניתוח קיסרי קשורה בעליה בסיכון לקרע של הרחם. ניתן לבצע השראת לידה ביולדת לאחר ניתוח קיסרי אחד לאחר דיון עם רופא בכיר/אחראי תורנות ולאחר קבלת הסכמה מידעת מהיולדת. יש לתעד דיון זה בגיליון הרפואי של היולדת. שיטת ההפעלה המועדפת הינה ע"י בלון במידה ותנאי בישופ נמוכים או פיטוצין/פקיעת קרומים במידה ותנאי בישופ < 7. מינון פיטוצין התחלתי יהיה חצי מהמקובל (- 2mU/min) ועד מינון מקסימלי של 20mU/min.

5.6 הפעלת לידה לאחר מוות עובר תוך רחמי - הדרך להפעלת לידה ביולדת עם מות עובר ברחם תלויה בגיל ההיריון. בין שבוע 24-28 ניתן להתחיל הפעלת לידה ע"י ציטוטק במינון של 200-400mcg במתן וגנאלי כל 4-12 שעות. לאחר שבוע 28, ניתן להפעיל לידה לפי פרוטקול לידה של יילוד חי, כלומר בנשים עם BISHOP מתחת ל 6 - הבשלת צוואר ע"י ציטוטק, פרופס או בלון ובהמשך פיטוצין ופקיעת מים. ניתוח קיסרי ישמר למקרים בהם התחלואה האמהית הצפויה בהפעלת לידה גוברת על הסיכון בהפעלת לידה.

5.7 הפעלת לידה בהריון תאומים או מעל לידה רביעית (Grandmultipara) - הבשלת צוואר במקרים אלה תתבצע ע"י בלון. אין מניעה מפקיעת קרומים/מתן פיטוצין. במקרה זה מינון פיטוצין התחלתי יהיה חצי מהמקובל (2mU/min) ועד מינון מקסימלי של 20mU/min.

5.8 אין מניעה עקרונית משילוב אמצעים מכניים ותרופתיים באישור רופא בכיר/אחראי תורנות.

מקורות:

		שם הפרוטוקול: השראת לידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: דר דוד חיים	מחלקה: נשים ויולדות הלל יפה יחידה: אגף מילדותי
מתוך 6	דף מס' 6	הוצג ב 21.03.2019	תאריך פרסום: 15.04.2015 תאריך עדכון: יוני 2019	כתבו: ד"ר סג'א ענאבוס-מורה אחות סאוסן מג'אדלה עדכון: ד"ר רינת גבאי בן זיו

- Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol 2009; 114:386.
- Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120:1181.
- Induction of labour (CG70) www.nice.org.uk/CG70.
- Leduc D, Biringer A, Lee L, et al. Induction of labour. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35:840.

נייר עמדה מספר 11: השראת לידה והבשלת צוואר הרחם.