

	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 1	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

פרוטוקול ניהול שלב שלישי של הלידה

1. רקע כללי:

שלב שלישי של הלידה מוגדר מיציאת הילוד ועד לפליטת השלייה. הזמן המקובל לשלב השלישי הינו בין 5 ל 30 דקות. סימנים מקדימים להפרדות השלייה כוללים: תחושת ציר, פרץ דימום, התארכות חבל הטבור וחבל טבור שאינו חוזר פנימה בלחץ סופרא-פובי. יציאת השלייה יכולה להופיע בשתי צורות עיקריות -

- Schultze mechanism (שלייה עטופה בקרומים)
- Duncan mechanism (חלק אימהי יוצא ראשון)

הסיבוך העיקרי של השלב השלישי של הלידה הוא דימום מוגבר – postpartum hemorrhage (PPH).

2. מטרות הנוהל:

מתן הנחיות לניהול אחיד ובטיחותי של השלב השלישי של הלידה ומניעת דימום מוגבר לאחר הלידה (PPH) וכן מתן הנחיות ואפשרויות טיפוליות במצבי דם מוגבר לאחר לידה (PPH).

3. סמכות ואחריות:

- הסמכות לניהול השלב השלישי של הלידה נתונה בידי המיילדת/רופא אשר ניהלו את הלידה.
- אחריות על בדיקת השלייה חלה על שני אנשי צוות: שתי מיילדות או מיילדת ורופא. על הבדקים לחתום על בדיקת השלייה במקום המיועד לכך.
- שליחת השלייה להיסטולוגיה – לפי החלטה רפואית. יש להוסיף בתיאור עם סיפור קליני נלווה. (נספח- התוויות להיסטולוגית שלייה)
- האחריות לדווח על כל מקרה חריג למיילדת אחראית משמרת/רופא חלה על המיילדת המנהלת את תהליך הלידה.
- האחריות לדווח על כל מקרה חריג לרופא בכיר/כונן חלה על הרופא המתמחה, אשר נמצא בחדר לידה.

4. הגדרות ומושגים:

קיימות 2 גישות לניהול השלב השלישי:

- ניהול **אקטיבי** של השלב השלישי – Active Management
 - ניהול **פאסיבי** של השלב השלישי – Expectant Management
- לפי ההנחיות של ארגון הבריאות העולמי מומלץ ניהול אקטיבי של השלב השלישי. יתרונות של ניהול אקטיבי:
- מקצר את משך השלב השלישי – מזרז את ילוד השליה.
 - מפחית את אובדן הדם לאחר הלידה.
 - מוריד בצורה משמעותית את מקרי ה- PPH

	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 2	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

5. הנחיות לביצוע:

- 5.1 ניהול השלב השלישי של הלידה:
 - בהתבסס על הספרות, ניהול השלב השלישי יהיה ניהול אקטיבי, שכולל:
 - 5.1.1 מתן מכווצים מיד עם יציאת הילוד, טרם יציאת השליה
 - 5.1.2 הוצאה מבוקרת של השליה.
 - 5.1.3 עיסוי של הרחם.
 - 5.1.4 הנקה, המומלצת בכל מקרה לאחר לידה, גורמת גם היא לכיווץ הרחם.
 - 5.2 מתן מכווצים:
 - תרופת הבחירה לכיווץ הרחם לאחר לידה היא פיטוצין (פירוט בהמשך).
 - 5.2.1 מומלץ לתת פיטוצין מיד עם חילוף הכתפיים או חילוף הילוד, במהלך השעה ראשונה לאחר הלידה. אופן המתן הרצוי הינו במתן תוך ורידי (IV) מתמשך. מתן פיטוצין תוך שרירי (IM) פחות יעיל ופחות מומלץ, אלא אם כן ליולדת אין וריד פתוח. רצוי להמנע ממתן פיטוצין תוך ורידי ב Push.
 - 5.2.2 המינון המקובל: IV 10-40 units Oxytocin in 500-1000cc NaCl 0.9% or Ringer
 - 5.2.3 במתן IM ניתן 10 units.
 - 5.3 בדיקת השליה:
 - עבור כל יולדת תתבצע בדיקת השליה ע"י 2 בודקים (2 מיילדות או מילדת ורופא). הצד האימהי ייבדק לשלילת חסר של קוטילדונים, הקרומים יבדקו לשלילת נוכחות של כלי דם העובר בהם (אשר יכולים להעיד על accessory lobe). חבל הטבור ייבדק לנוכחות 3 כלי דם.
 - 5.4 מעקב סיעודי לאחר הלידה:
 - לאחר הלידה יש לעקוב אחר: סימנים חיוניים, אומדן דימום, כיווץ הרחם ואומדן כאב. האומדן יתבצע כל חצי שעה במהלך שעות ראשונות לאחר הלידה במידה ומהלך הלידה ולאחריה תקין, ויתועד ברשומה הרפואית. במקרים של דימום מוגבר לאחר הלידה – יש לבצע אומדן כל רבע שעה. בכל מקרה חריג, העברת היולדת למחלקת יולדות תתבצע לאחר קבלת אישור רופא להעברה ועדכון טלפוני של מחלקת יולדות.

ניהול אירוע דימום לאחר לידה (Postpartum hemorrhage)

דימום לאחר לידה יוגדר כ- PPH במקרים הבאים:

- דימום מעל 1000 מ"ל.
- דימום הגורם לסימפטומים ביולדת (סחרחורת, עילפון) ו/או סימנים של תת נפח (היפולמיה) כגון- ירידת ל"ד, טכיקרדיה ו/או אוליגוריה.
- צורך במתן דם ומוצריו.

סיבות עיקריות ל-PPH:

- אטוניה של הרחם – 80% מהמקרים.
- קרעים בתעלת הלידה (רחם, צוואר, נרתיק).
- הפרעות קרישה.

	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, חלל יפה
מתוך 7	דף מס' 3	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

ניהול אירוע PPH:

שלב ראשון במצב של PPH הינו **קריאה לעזרה** – מיילדות, רופאים נוספים לפי הצורך, רופא בכיר בתורנות ורופא מרדים לפי הצורך.
הפעולות הבאות יבוצעו **במקביל** ע"י אנשי הצוות -

1. מדידת סימנים חיוניים (באם לא נמדדים אוטומטית) - ל"ד, דופק, הכרה.
2. חיבור למד סטורציה ומסיכת חמצן
3. עיסוי בימנאלי של הרחם.
4. פתיחת ווריד נוסף (עדיף גדול) עם לקיחת בדיקות כולל ס"ד, קרישה (עם פיברינוגן) וסוג סקר (במידה ולא נלקח).
5. התחלת הזלפת נוזלים IV NaCl/ringer 0.9% 1000cc בקצב מהיר/ מנגיטת לחץ.
6. השמת קטטר בשופכה. במידה ודימום משמעותי חיבור לאורינומטר
7. יידוע מרדים וחדר ניתוח לאפשרות מעבר להמשך ניהול בחדר ניתוח.
8. הערכה של האטיולוגיה לדימום. בכל יולדת עם דימום משמעותי יש לבצע סקירה מלאה של תעלת הלידה כולל רחם, צוואר ונרתיק. רק במידה ואותר בודאות מקור הדמם בנרתיק והדימום פוסק בלחץ מקומי ניתן להמנע מסקירה של חלל הרחם. רצוי כי סקירת חלל הרחם תתבצע בחדר ניתוח בתנאים אופטימליים ותחת אלחוש מספק.
9. טיפול יותאם בהתאם לחומרת הדימום והאטיולוגיה שלב ראשון -

- מתן מכווצים
- תפירת קרע
- סקירת חלל הרחם והוצאת שארית שיליה (אבחנתי וטיפול).
- מתן תוצרי דם

שלב שני -

במידה והמשך דימום פעיל -

- יידוע כונן ומרדים אם לא עודכנו עד כה.
- התחלת טיפול במוצרי דם. לפי ההערכה הקלינית יש לשקול הכרזה על נוהל massive blood transfusion.
- העברת היולדת לחדר ניתוח (אם לא הועברה עד כה), הערכה חוזרת ושקילת טיפול כירורגי:
- תפרי B-LYNCH
- קשירת עורקי הרחם
- טמפונדה עם קטטר אטד/ בלון באקרי
- כריתת רחם בכישלון של כל הנ"ל
- באישה עם דימום מתמשך יציבה המודינמית – ניתן לשקול אמבוליזציה.

תרופות בניהול PPH:

 המרכז הרפואי הלל יפה	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 4	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

מכוצים

1. פיטוצין - Oxytocin

- התרופה המועדפת בניהול אקטיבי של השלב השלישי.
- משפיע על השריר החלק של הרחם בלבד - מעודד כיווץ הרחם.
- במתן מניעתי - מוריד את הסיכון לדימום מוגבר אחרי הלידה ב-50%.
- ניתן לתת IM או IV.
- זמן התחלת השפעה במתן IV – כעבור דקה.
- זמן מחצית חיים: 1-6 דקות.
- תופעות לוואי (תלוציות מינון ומשך מתן): ירידה בלחץ דם, טכיקרדיה, תחושה של גלי חום – Flushing, בחילות והקאות, עצירת שתן, היפונטרמיה במתן ממושך.

2. מטרגין - IM Methergine (Ergometrine) 0.2mg

- משפיע על שריר חלק בכל הגוף.
- ניתן לתת כטיפול יחיד, אך ההמלצה לתת כטיפול קו שני בנוסף לפיטוצין, עקב תופעות לוואי.
- זמן מחצית החיים ארוך יותר, ההשפעה נמשכת לזמן ממושך יותר – Long Lasting
- התוציות נגד: יתר לחץ דם, נשים הסובלות ממיגרנות, תסמונת Raynaud's
- תופעות לוואי: עליית לחצי דם היא תופעת לוואי עיקרית, לכן:
- רצוי להמנע ממתן מטרגין במידה ולחץ דם מעל 140/90.
- מטרגין יינתן רק בהוראת רופא.
- תופעות לוואי נוספות: הקאות, התכווצויות חזקות המצריכות שיכוך כאבים.
- מטרגין הוא חומר לא יציב במידה ולא נשמר בקירור או נחשף לאור.

3. ציטוטק - Misoprostol – PGE1

- דרכי מתן: PR, PV, SL.
- השפעה ארוכת טווח
- מינון מומלץ 600-1000 מק"ג PR
- לרוב יינתן כקו שני בנוסף לפיטוצין.
- תופעות לוואי: בחילות, הקאות, חום.
- אין C/I (פרט לרגישות לתרופה).

Hemabate (Carboprost) – PGF-2α

- ניתן IM לשריר הרחם או לצוואר הרחם.
- השפעה מיידית
- מינון: 0.25 מ"ג לשריר הרחם כל 15-90 דקות. עד 8 מנות. תכשיר Hemabate - כל אמפולה של 1cc מכילה 0.25 מ"ג PGF-2α
- תופעות לוואי: בחילות, הקאות, שלשול, צמרמורת.

		שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה : פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה : ד"ר חיים דוד	מחלקה : חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 5		תאריך פרסום : יוני 2019	כתבו : אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

- C/I – מחלה ריאתית, לבבית, כלייתית או הפטית פעילה.

תרופות נוספות

1. Hexakapron (Tranexamic acid):

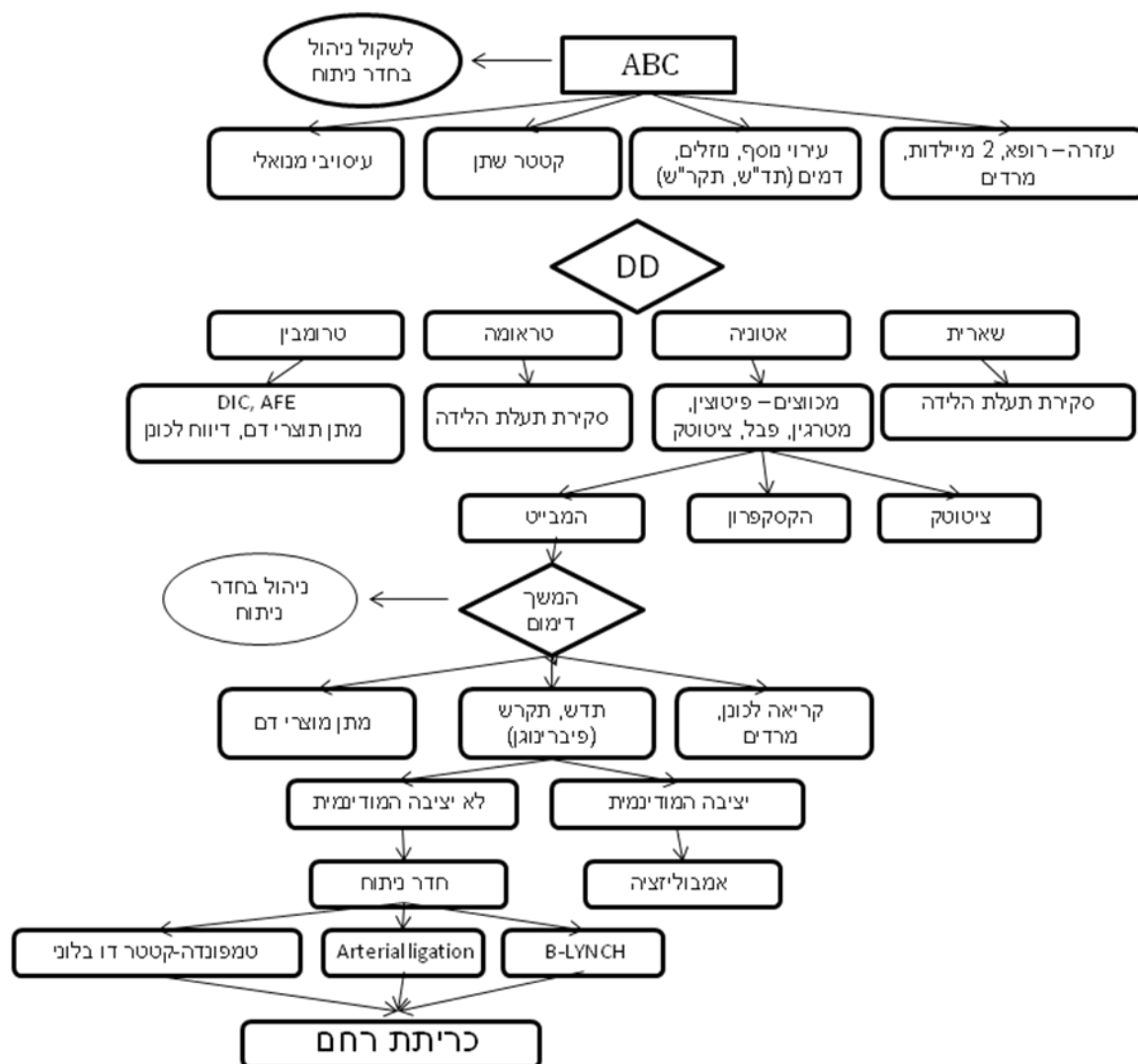
- תרופה אנטיפיברינוליטית
- מינון: מתן 1 גרם IV.
- תופעות לוואי: כאבי ראש, שלשול, ארוע טרומבואמבולי PE/DVT (נדיר).
- C/I: היסטוריה של פרכוסים, אי-ספיקת כליות משמעותית, תרומבואמבוליזם עורקי או וורידי בעבר.

2. Carbetocin:

- אנלוג סינתטי של פיטוצין אך עם זמן מחצית חיים ארוך יותר משמעותית.
- ניתן לתת IV או IM.
- מינון: מנה חד פעמית של 100 מק"ג.
- ת"ל – זהות לאלה של פיטוצין.

 המרכז הרפואי הלל יפה	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 6	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

נספחים:
נספח: ניהול PPH*



* סדר הפעולות יכול לחרוג בהתאם לתוכנית פריון היולדת או שיקולים קליניים אחרים.

 המרכז הרפואי הלל יפה	שם הפרוטוקול: ניהול שלב שלישי של הלידה	מנהל המחלקה: פרופ' מוטי חלק מנהלת יחידת אם ועובר: ד"ר רינת גבאי בן זיו מנהל חדר לידה: ד"ר חיים דוד	מחלקה: חדר לידה, אגף מיילדות, הלל יפה
מתוך 7	דף מס' 7	תאריך פרסום: יוני 2019	כתבו: אירה לינצקי ד"ר אמיר נאה

נספח: העברת שיליה לבדיקת פתולוגיה*

בדיקה פתולוגית של השיליה יכולה לקדם הבנת תהליכי וסיבוכי לידה וכן לסייע במתן טיפול מתאים להרה בהריונה הבא.

בכל המקרים הבאים יש לשלוח שיליה לבדיקת פתולוגיה:

- לידה מתחת לשבוע 37
- רעלת הריון או יילוד קטן לגיל ההריון (>10% ע"פ עקומת דולברג) בכל גיל ההריון
- פתולוגיה שלילית ידועה כגון חשד לכוריואנגיומה, שיליה נעוצה או ממצא שלילי אחר
- תמותת עובר ברחם מעל 20 שבועות
- חום בלידה ו/או חשד לאמניוניטיס/ הפרדות שיליה וכו'

מקרים בהם אין צורך לשלוח שיליה לפתולוגיה:

א. ככלל, אין צורך לשלוח שיליה לפתולוגיה במקרים של הפסקות הריון (TOP) על רקע סוציאלי או על רקע מום עוברי ברור וידוע. ע"פ רצון הזוג ויעוץ מקדים ניתן לשקול בדיקת פתולוגיה של העובר + שיליה. יוצא מן הכלל הם מקרים בהם קיים ספק לגבי סבירות לאטיולוגיה שלילית (IUGR).

ב. לידת תאומים במועד (ללא רעלת/ IUGR)

נוהל

- לאחר הלידה יש לאחסן את השיליה במיכל ייעודי עם פורמלין. יש לוודא יחס פורמלין לשיליה של לפחות 50%-50% (ככלל השיליה צריכה להיות "מוצפת" בפורמלין ככל שניתן).
 - על טופס ההפניה יש לציין את סיפור המקרה **בהרחבה**: גיל ההרה, נוסחא מילדותית, שבוע לידה, משקל העובר, אופן הלידה וסיבת ההעברה לפתולוגיה. במידה וארועים חריגים/ אשפוז ממושך יש לציין זאת על גבי ההפניה. בנוסף, **יש לציין את השאלה לפתולוגיה**. ככל שנרחיב בידע המועבר לפתולוגיה תגבר הסבירות לקבלת תשובה שתוכל לקדם אותנו להתאמת טיפול נכון בהריון הבא!
- * הנוהל אינו תקף לגבי אובדן הריונות צעירים

מקורות:

- נייר עמדה 12 של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה: "הטיפול בדימום מוקדם לאחר לידה (early PPH)", 10/2013.
- Begley CM, Gyte GM, Devane D, et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD007412.
- Management of the third stage of labor: Drug therapy to minimize :UPTODATE hemorrhage
- Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive :UPTODATE management