



נייר עמדה 12

הטיפול בדימום מוקדם לאחר לידה (Early Postpartum hemorrhage-PPH)

נידון ואושר במועצה בינואר 2007 עם תיקון מרץ 2008
עדכון אושר 2.10.13

א. דברי הסבר

דימום מוקדם לאחר הלידה (PPH), הינו מצב חרום מיילדותי שיכול להופיע עד 24 שעות לאחר לידה נרתיקית או ניתוח קיסרי. במרבית המקרים נובע הדימום מחוסר התכווצות מספקת של הרחם (אטוניה) ומופיע מיד לאחר הלידה. מצב זה הינו גורם עיקרי של תחלואה ותמותה אימהיים ויכול להוביל להלם תת נפחי, כשל כלייתי, כשל נשימתי (ARDS), פגיעה במערכת הקרישה. שכיחותו נעה בין 1 ל-6 אחוזים מהלידות. על פי רוב, לא ניתן לצפות מראש דימום מוגבר לאחר הלידה, ועל כן אבן היסוד בטיפול יעיל הינה איבחון מהיר והתערבות. ניהול אקטיבי של השלב השלישי של הלידה ויציאה ספונטנית של השליה בניתוח קיסרי הוכחו כמפחיתים את שכיחות הדימום המוקדם לאחר הלידה (Level I).

ב. אבחנה והגדרות

אבחנה של PPH מתקיימת כאשר:

1. דימום מוגבר לאחר הלידה מוביל לסימפטומים (סחרחורת, עילפון) ו/או סימנים של היפוולמיה (ירידת ל"ד, טכיקרדיה, מיעוט במתן שתן).

ו/או

2. אובדן הדם המערך הינו מעל 500 סמ"ק לאחר לידה נרתיקית או 1000 סמ"ק לאחר ניתוח קיסרי, ביממה הראשונה לאחר הלידה. ו/או

3

. ירידה של 10% בהמטוקריט בין מצב לפני ואחרי הלידה.

ו/או

4. צורך במתן דם

ג. אטיולוגיה

1. דימום ממיטת השליה - במקרים של אטוניה רחמית, שארית שליה וקרומים בחלל הרחם, שליה נעוצה, היפוך הרחם.
2. קרעים ברחם ובתעלת הלידה.
3. פגיעה בתיפקוד מערכת הקרישה – COAGULOPATHY מולדת או נרכשת (בעקבות דימום חריף, הפרדות שליה, רעלת הריון קשה, תסחיף מי שפיר או אלח דם).
4. בניתוח קיסרי - הרחבת החתך ברחם, פגיעה בכלי דם או המוסטזה לא מספקת.

ד. גורמי סיכון (Level II)

1. גורמי סיכון אנמנסטיים: PPH בעבר, ולדנות גבוהה, ניתוח רחמי בעבר.
2. גורמי סיכון במהלך ההריון: פרה-אקלמפסיה, OVERDISTENDED UTERUS (עקב ריבוי מים, הריון מרובה עוברים, עובר גדול), הפרדות שליה, שליית פתח, השמנה.
3. גורמי סיכון במהלך הלידה: טוקוליטיקה, השראת ואוגמנטציה של הלידה, לידה דיספונקציונלית (דיסטוציה), שלב שלישי מאורך, לידה מכשירנית, כוריו-אמניוניטיס, לידה חטופה.

אשר על כן עמדת האיגוד היא:

טיפול

הטיפול בדימום מוקדם לאחר הלידה כולל מגוון של פעולות לא ניתוחיות וניתוחיות לעצירת הדימום. יש להגיע לאבחנה מוקדם ככל האפשר, להפעיל צוות של מטפלים (מיילדים, מיילדות, מרדימים, עובדי בנק הדם ומעבדה), להעריך במהירות את יעילות הפעולה שבוצעה ולהחליט על המשך הטיפול בהתאם. סדר הפעולות המופיע בנייר זה אינו מחייב.

טיפול ב- PPH קו ראשון:

1. עיסוי רחם ולוודא ריקון השלפוחית. לשקול החדרת קטטר שתן.
2. לפחות שני עירוים תוך ורידים עם קנולה בעלת קוטר גדול, לקיחת בדיקות דם נדרשות (סוג ולהצלבה, ספירת דם, תפקודי קרישה, תפקודי כבד וכליה), הזמנת מוצרי דם ומתן מהיר של נוזלים.
3. שימוש במוצרי רחם כמו אוקסיטוצין, מטרגין או פרוסטהגלנדינים.
4. מתן של דם ומוצרי לפי הצורך. במצבים קיצונים ניתן להשתמש במנות דם מסוג O שלילי.
5. הערכה של תעלת הלידה: חלל הרחם, צוואר הרחם והנרתיק. לפי הצורך, ריקון חלל הרחם ותיקון קרעים בתעלת הלידה.
6. יש לשקול ביצוע על קול להערכת הרחם ואיבחון דימום תוך ביטני.

טיפול ב- PPH קו שני כולל אחד או יותר מהבאים:

1. מילוי חלל הרחם ע"י קטטר בלוני עם או בלי הזלפת מכווצים (ניתן גם להשתמש באמצעים אחרים ליצירת טמפונדה).
2. ניתן לשקול אמבוליזציה סלקטיבית של עורקי הרחם במקרים מתאימים לפני או אחרי פתיחת בטן, האשה יציבה ויש זמן לביצוע הפעולה.
3. פתיחת חלל הבטן לצורך אחת או יותר מהפעולות הבאות:
 - I המוסטזה של כלי דם מדמם
 - II תפרי חביקה כדוגמת B-LYNCH לאטוניה רחמית
 - III קשירה של עורקי הרחם
 - IV קשירה של עורקי ה- INTERNAL ILIAC
 - V כריתת הרחם. פעולה זו מוצדקת כפעולה ניתוחית ראשונית לצורך הצלת חיים או מניעת סיבוכים חמורים, על פי שיקול דעתו של המנתח.
 - VI טמפונדה של חלל הרחם וחלל האגן (packing)
4. ניתן לשקול שימוש ב- RECOMBINANT ACTIVATED FACTOR VII

1. Post partum hemorrhage – UpToDate 2013

2. Gabbe Obstetrics, Sixth edition, 2012

3. Williams obstetrics 23rd edition, 2010

4. ACOG Practice Bulletin No. 76, 2006

צוות ההכנה של נייר העמדה

1. צוות הכנת נייר העמדה

ראש צוות - פרופ' מרדכי חלק, בי"ח הלל-יפה חדרה,

פרופ' אייל ענטבי בי"ח ברזילי אשקלון

פרופ' זיגי רוטמנש בי"ח וולפסון חולון

דר' ולפיש אסנת בי"ח הלל-יפה חדרה

2. צוות עדכון 14.4.13: ועד החברה לרפואת אם ועובר:

פרופ' יריב יוגב- יו"ר

פרופ' אייל שיינר

פרופ' סורינה גריסרו

פרופ' משנה זוהר נחום

פרופ' משנה עידו שולט

ד"ר מיכל קובו

ד"ר יואב ינון