

תוצאות מיילדותיות לאחר ניטור צירים פנימי לעומת ניטור צירים חיצוני

Outcomes after internal versus external tocodynamometry for monitoring labor

Bakker JJ, Verhoeven CJ, Janssen PF, van Lith JM, van Oudgaarden ED,
Bloemenkamp KW, Papatsonis DN, Mol BW, van der Post JA.

N Engl J Med. 2010 28; 362(4):306-13.

ניטור אופי ומידת ההתכווצות הרחמית במהלך השראת לידה או הגברת הלידה הטבעית (augmentation) ניתן לביצוע או ע"י מדידה חיצונית או ע"י מד לחץ תוך רחמי. רוב החברות הלאומיות בעולם ממליצות על שימוש בניטור פנימי במיוחד במקרים של השמנה אימהית, בתגובה מוגבלת לאוקסיטוצין או כאשר אין יחס של 1:1 בין מספר המיילדות לנשים היולדות. באופן תאורטי שימוש בניטור פנימי להערכת הלחץ תוך רחמי ויעילות הצירים מהווה כלי חשוב לצורך ניטור מינון האוקסיטוצין והפחתת שיעור ההיפרסטימולציה הרחמית ובעקבות כך הפחתת שיעור ההיפוקסיה העוברית. אך אין מחקרים שהוכיחו תאוריה זו באופן פרוספקטיבי. מחקרים קטנים אקראיים קודמים לא הדגימו הפחתה בשיעור הלידות המכשירניות או הניתוחים הקיסריים מחד או בתוצאות הפרינטאליות מאידך.

במחקר אקראי, רב מרכזי זה בהולנד, נכללו נשים בשבוע 36 או יותר להריון במצג ראש בהריון יחיד העוברות השראת לידה או אוגמנטציה של הלידה. נשים עם צלקת רחמית קודמת, חשד לכורחואמיוניטיס או רושם למצוקה עוברית לא נכללו במחקר. החלוקה של הנשים לניטור פנימי או חיצוני של מידת הצירים נעשה באופן אקראי ע"י תכנת מחשב ביחס של 1:1. בכל הנשים השראת הלידה בוצעה ע"י פקיעת שק מי השפיר (amniotomy) ושעה לאחר מכן במידה ולא היו צירים עצמוניים מספקים הוחל במתן אוקסיטוצין. בנשים שנבחרו לזרוע הניטור הפנימי הקטטר הוחדר מיד עם הבדיקה הלידה הראשונית. המדדים הנבדקים העיקריים היו שיעור הלידות המכשירניות והניתוחים הקיסריים והמדדים הנבדקים המשניים היו סיבוכים אפשריים מהכנסת הקטטר (היפרדות שליה, זיהומים תוך רחמיים, דמום במהלך הלידה, קרע רחמי או פגיעה בעובר), שמוש באלחוש ואנטיביוטיקה, מנון כללי והצורך באוקסיטוצין במהלך הלידה הזמן להשגת לידה וסיבוכים נאונטליים.

סה"כ נכללו במחקר 1456 נשים. לא היה הבדל בין 2 הקבוצות מבחינת המאפיינים הדמוגרפיים. שיעור הלידות הניתוחיות (נתוחים קיסריים ולידות מכשירניות) היה דומה ב 2 הקבוצות (31.3% לעומת 29.6%, $p=0.50$, $R.R 1.1$ (95% C.I. 0.91-1.20)). כמו כן לא נמצא הבדל בשיעור המדדים ההשוואתיים המשניים בין הקבוצות. לא דווח על סיבוכים משמעותיים כתוצאה מהכנסת הקטטר התוך

רחמי ולא דווה על תמותה הנאונטאלית או אמהית בכל קבוצת המחקר. כמו כן לא נמצא קשר למידת ההשמנה האימהית אופן הלידה (השראת לידה לעומת אוגמנטציה) מידת הולדנות ובין שיעור הלידות הניתוחיות.

במחקר רב מרכזי אקראי זה לא נמצא הבדל בשיעור הלידות המכשירניות והניתוחים הקיסריים בנשים העוברות השראת או הגברת לידה בתלות השימוש בניטור הפעילות הרחמית באופן חיצוני או פנימי. ממצאים אלו מצטרפים למספר מחקרים קטנים יותר בעבר שגם לא מצאו יתרון מיילדותי בשימוש בניטור הלחץ התוך רחמי. בנוסף, המחקר הנוכחי לא הדגים יתרון מבחינת התוצא הפרינטאלי בניטור פנימי, שיעור הצורך באלחוש או אנטיביוטיקה במהלך הלידה או הזמן הנדרש להשגת הלידה. כמו כן בניתוח משני של הנתונים לא נמצא יתרון בשימוש בניטור פנימי בנשים שמנות למרות שיש לקחת ממצא זה בזהירות מאחר ומספר הנשים לניתוח תוצאות אלו זה היה מוגבל.

יש לזכור כחי לא נכללו במחקר זה נשים עם צלקת ניתוחית קודמת וייתכן שלקבוצת ייחוס ספציפית זו קיים יתרון בניטור פנימי של מידת הלחץ התוך רחמי במניעת קרע רחמי במהלך לידה או זיהויו המוקדם. כמו כן למחקר זה ישנם מספר מגבלות, האחת 12% מהנשים שאמורות היו להיות מנוטרות ע"י קטטר חיצוני נוטרו בסופו של דבר (בהתויה מיילדותית) ע"י קטטר לחץ פנימי. אך ניתוח נוסף של הנתונים בהתחשב בנתון זה לא מצא הבדל בתוצאות המחקר. כמו כן מחקר זה לא היה אקראי וייתכן והיתה לכך השפעה מסוימת על קבלת ההחלטות במהלך הלידה. אך קרוב לוודאי שמאחר ו 6 בתי"ח שונים השתתפו במחקר ומספר רב של רופאים שונים ניהלו את תהליך הלידה חוסר האקראיות לא השפיעה באופן מהותי על תוצאות המחקר. למרות הסיכונים התיאורטיים המתוארים בספרות בשימוש בקטטר פנימי שיעור הסיכונים במחקר זה היה אפסי, אך חשוב לציין כי המחקר לא תוכנן מבחינת מספר המשתתפים לבדוק שאלה זו.

לסיכום ממצאי המחקר אינם תומכים בשימוש בקטטר לחץ פנימי תוך רחמי במהלך השראת לידה או הגברת לידה.