

נייר עמדה מס 27

ניהול לידה בגבול החיות

10.5.2011

הקדמה

השיפור בטיפול בעובר בגבול החיות הן במהלך ההיריון (שיפור במעקב טרום לידתי, שימוש בסטרואידים להבשלת ריאות העובר, שימוש באנטיביוטיקה במקרי פקיעה מוקדמת של קרומי מי השפיר ועוד) והן לאחר הלידה (טיפול נשימתי נמרץ, שימוש בסורפקנט, סטרואידים להאצת הבשלת ריאות העובר ועוד) הובילו בשנים האחרונות לירידה בשיעור התמותה אך ללא ירידה משמעותית בשיעורי התחלואה של הילוד, הן לטווח הקצר (מחלת ריאה, ספסיס, פגיעה בגדילה ועוד) (1,2) והן לטווח הארוך (התפתחות נירולוגית, הפרעה קוגניטיבית ועוד) (3). לכן, ניהול לידה בגבול החיות הנו נושא מורכב עם השלכות רפואיות, אתיות, דתיות ואחרות. בהתאם, ניהול לידה בגבול החיות דורש מעורבות של צוות בין תחומי, הכולל את הרופא המיילד ורופא הילדים ואשר צריך לדון על המקרה תוך שיתוף ההורים בדיון ובהחלטות אודות הניהול הרפואי, הנגזר מגיל ההריון. קביעת מות יילוד בכל שבוע נעשית ע"י רופא, לאו דווקא ניאונטולוג, כמפורט בנספח מספר 4 בסוף המסמך.

הגדרות

לידה מוגדרת כסיום הריון של עובר במשקל גדול מ-500 גרם ו/או בגיל הריון של 22+0 שבועות ומעלה (4). מסמך זה דן בניהול לידה בטווח שבין 22+0 ימים ו-24+6 ימים המוגדרים כגבול החיות. ההגדרה המקובלת של עובר בגבול החיות שנויה במחלוקת ולכן אין מסמך זה קובע את גיל החיות.

על כן עמדת האיגוד היא:

כאשר מתחיל תהליך המוביל לסיום ההריון בטווח זה יש להעריך תחילה, על סמך מסמכי מעקב ההריון ובדיקות נוספות, את גיל ההריון המדויק, המשקל המוערך של העובר, מצב היולדת ומצב העובר. הבעיות הנובעות מלידה בגיל הריון זה תוצג להורים ע"י רופא מתחום המיילדות ובמידת האפשר גם ע"י רופא ילדים. ההחלטה לגבי ההתנהלות בלידה ואחריה לגבי מידת הטיפול בילוד תתקבל בשיתוף עם ההורים. סמוך לפני יציאת הוולד, במקרים שבהם לא מבוצע ניטור רציף, יש לבדוק את חיותו. רופא מיילד חייב להיות נוכח בלידה. להלן הקווים המנחים לגבי ההתנהלות המומלצת של לידות בגבול החיות הנגזרים מגיל ההריון ואשר גובשו בהמלצה משותפת של האיגודים המקצועיים הנוגעים בדבר (האיגוד למיילדות וגינקולוגיה, האיגוד לניאונטולוגיה, החברה לרפואת האם והעובר, והאיגוד לרפואת ילדים) וזאת בהתייחס לנתונים עולמיים (1-5) וארציים (6):

לידה בטווח שבין 22+0 (22 שבועות ו-0 ימים) ו-22+6 (22 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על סיכויי שרידות אפסיים של הילוד בגיל זה. בהתאם, יש לנהל את הלידה ע"פ התוויות אימהיות בלבד. ההחלטה לגבי נוכחות רופא ילדים בלידה תתקבל בשיתוף פעולה עם ההורים ובהעדר החלטה כזו ע"פ מדיניות בית החולים בו מתנהלת הלידה. במקרה שבו לא תוכננה נוכחות רופא ילדים יש ליידעו מראש על הלידה הצפויה וזימונו המיילד במידה והוולד חיוני (תנועות נשימה וגוף) והילוד יועבר לפגיה. במקרה של וולד שאיננו חיוני וסימן החיים היחיד הוא דופק לב, המעקב יתקיים בחדר לידה או במחלקת ילודים ע"פ מדיניות בית החולים, תוך כדי שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב. קביעת מותו של הוולד תיעשה ע"י רופא מיילד או רופא ילודים, ע"פ מדיניות בית החולים.

לידה בטווח שבין 23+0 (23 שבועות ו-0 ימים) ו-23+6 (23 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על שיעור שרידות מוגבל של פחות מעשירית מהילודים. בהתאם, יש לנהל את הלידה ע"פ התוויות אימהיות בלבד.

זאת, למעט מקרים שבהם ההורים מבקשים באופן מפורש לנהל את הלידה גם ע"פ התוויה עוברית. יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בטווח הריון זה ובכל מקרה של לידת חי, הילוד יועבר לפגייה.

קביעת המוות תעשה ע"י רופא ילודים, תוך כדי שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב.

3. לידה בטווח שבין 24+0 (24 שבועות ו-0 ימים) ו-24+6 (24 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על עליה בשרידות בגיל זה. בהתאם, יש להמליץ להורים ניהול הלידה גם ע"פ התוויה עוברית.

יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בטווח הריון זה ובכל מקרה של לידת חי, הילוד יועבר לפגייה.

קביעת המוות תעשה ע"י רופא ילודים, תוך כדי שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב.

רשימת ספרות:

1. Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICURE study: outcome to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. Pediatrics 2000, 106, 659-71. (Level II)
2. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics 2001, 107:E1. (Level II)
3. McEniery CM, Bolton CE, Fawke J, Hennessy E, Stocks J, Wilkinson IB, Cockcroft JR, Marlow N. Cardiovascular consequences of extreme prematurity: the EPICure study. J Hypertens 2011,29(7):1367-73 (Level II).
4. ACOG practice bulletin. Perinatal care at the threshold of viability. 2002, 38.
5. Seri I, Evans J. Decision making at the threshold of infant viability. Journal of Perinatology 2008, 28, S4-S8. (Level III)
6. מסד הנתונים של תינוקות במשקל לידה נמוך מאד 1500 גרם או פחות, דו"ח מסכם-שנת 2008, היחידה לחקר הבריאות האישה והילד, מכון גרטנר, תל השומר, המרכז הלאומי לבקרת מחלות - (ICDC), תחום פרינטולוגיה THE ISREAL NEONATAL NETWORK

צוות הכנת נייר העמדה

- פרופ' אריה הרמן - האיגוד הישראלי במיילדות וגינקולוגיה
- פרופ' שאול דולברג ופרופ' יעקב קוינט - האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה
- פרופ' יעקב בר ופרופ' יוסי עזרא - החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
- פרופ' מתי ברקוביץ - האיגוד הישראלי לרפואת ילדים

העידכון לנייר העמדה בוצע ע"י ועד החברה הישראלית לרפואת האם והעובר

פרופ' קובי בר- יו"ר החברה לרפואת האם והעובר, מנהל היחידה לרפואת האם והעובר, מרכז רפואי וולפסון, חולון ושאר חברי הוועד:

- פרופ' יריב יוגב-מנהל חדרי לידה, מרכז רפואי רבין, פתח תקווה
- ד"ר אלי גוטרמן- מנהל שירות מחוזי להריון בסיכון גבוה, מחוז חיפה, בית חולים כרמל, שרותי בריאות כללית
- ד"ר סורניה גריסרו-גרנובסקי- אחראית אגף מיילדות, מרכז רפואי שערי צדק, ירושלים
- ד"ר יורי פרליץ- מנהל היחידה לרפואת האם והעובר, מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה, טבריה
- ד"ר מיכל קובו- מנהלת מחלקת יולדות, מרכז רפואי אדית וולפסון, חולון
- פרופ' אייל ענתבי- מנהל אגף נשים ויולדות, מרכז רפואי ברזילי, אשקלון

נספחים:

נספח 1: נתוני תמותה ותחלואה בארה"ב

נספח 2: תרשים זרימה בנושא ניהול הריון בגבול החיות - הגישה בארה"ב

נספח 3: נתוני תמותה ותחלואה ארציים (6)

נספח 4: קביעת מוות בלידה בגבול החיות

נספח 1: נתוני תמותה ותחלואה בארה"ב

Table 1. Newborn Deaths by Gestational Age		
Completed Weeks of Gestation	Number of Deaths	Percentage of Deaths
21	12	100
22	56	79
23	216	70
24	301	50
25	379	25
26	436	20
27	519	10
28	569	8
29	535	5
30	472	3
31	362	5
32	225	7
33	185	5
34-42	156	5

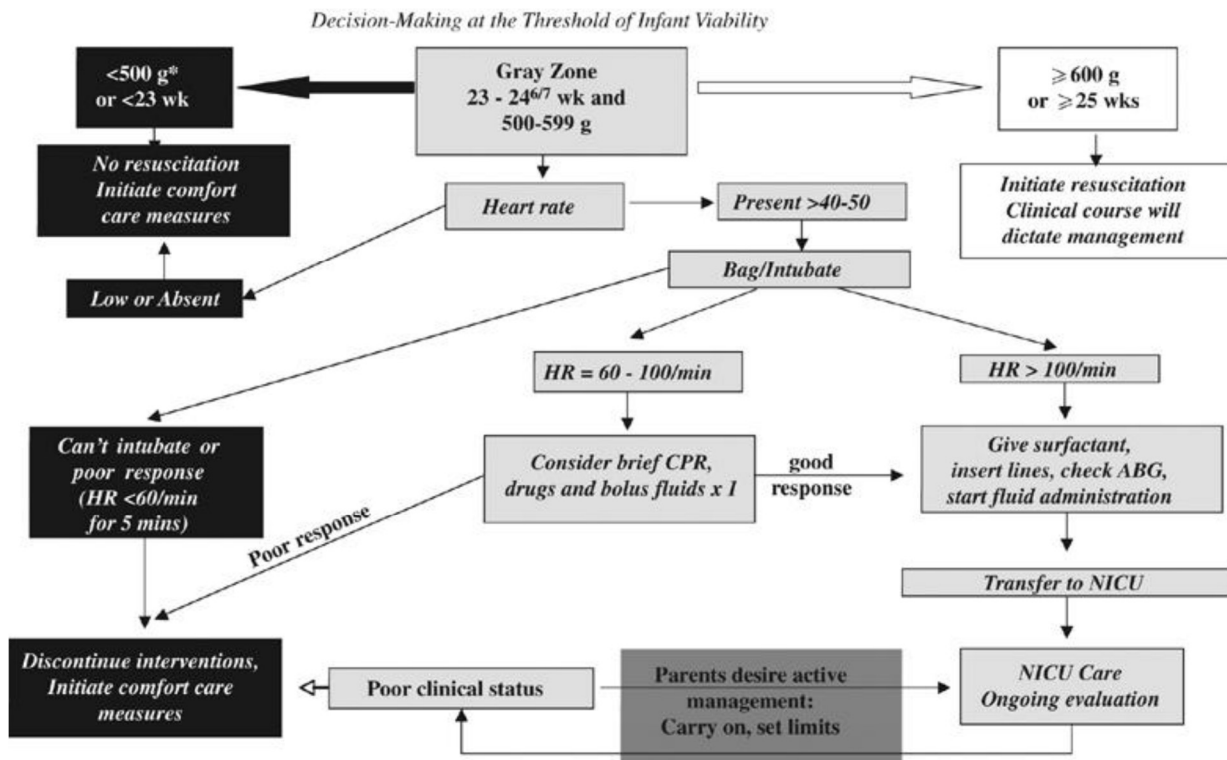
Data from Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics 2001;107:E1.

Table 2. Newborn Deaths by Birth Weight		
Birth Weight (g)	Number of Deaths	Percentage of Deaths
401-500	195	89
501-600	317	71
601-700	449	38
701-800	439	25
801-900	419	12
901-1,000	462	10
1,001-1,100	398	8
1,101-1,200	430	5
1,201-1,300	465	5
1,301-1,400	488	3
1,401-1,500	571	3

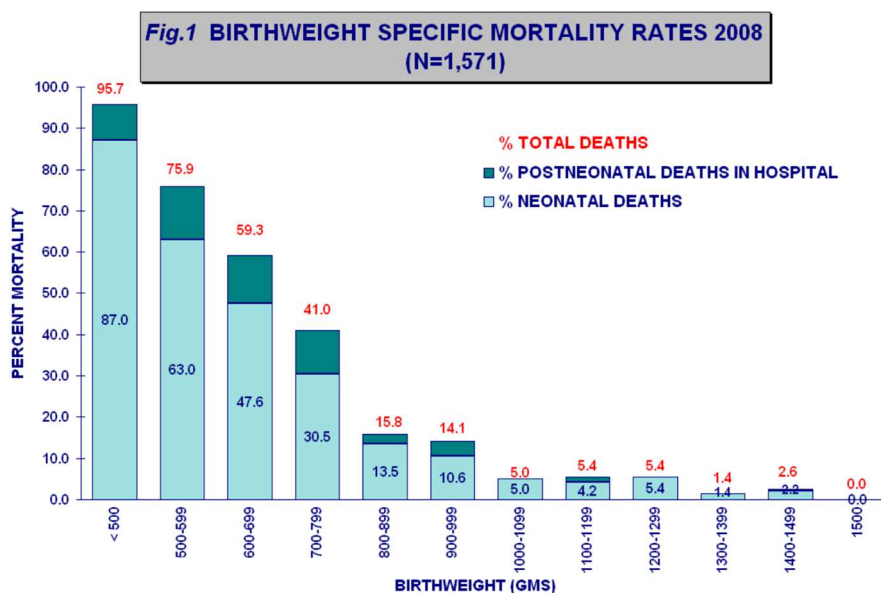
Data from Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics 2001;107:E1.

נספח 2: תרשים זרימה בנושא ניהול הריון בגבול החיות - הגישה בארה"ב

Published in *Journal of Perinatology* (2008) **28**, S4–S8; Seri I and Evans J



נספח 3: נתוני תמותה ותחלואה ארציים (6)



נספח 4: קביעת מוות בלידה בגבול החיות

1. יש לקחת בחשבון שבמצבי היפותרמיה יתכן דופק איטי ביותר העשוי להתגבר במקרה של חימום הוולד.
2. יש לוודא חוסר דופק (בהאזנה עם סטטוסקופ), תנועות נשימה, תנועות גוף במשך דקה לפחות.
3. לאחר שהתקיים האמור בסעיף 2 יש לאשר את המוות באמצעות מכשיר לניטור חשמלי של פעימות הלב למשך דקה לפחות ולחזור על כך לאחר חצי שעה לפחות.
4. יש לתעד את הבדיקות בתיק הרפואי

Fig.2 MORTALITY RATES BY GESTATIONAL AGE 2008 (N=1,571)

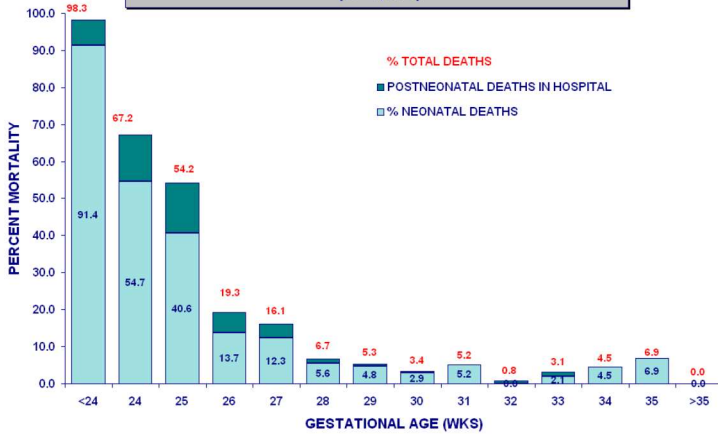


Fig.3 RESPIRATORY DIAGNOSES BY BIRTHWEIGHT 2008 NICU ADMISSIONS (N=1,534)#

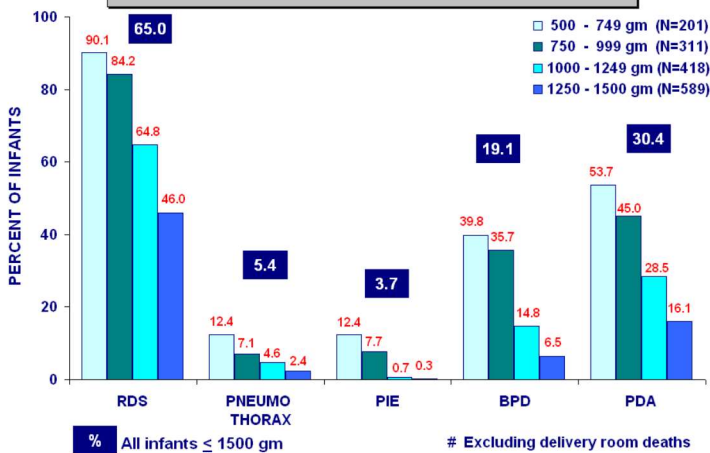


Fig.4 SELECTED DIAGNOSES BY BIRTHWEIGHT 2008 NICU ADMISSIONS (N=1,534)#

