



יילוד לידני מכשירני

אושר ב- 04.11.2008

יופיע בצבע ירוק EBM - במקום שהוא קיים, דירוג ה

רקע:

שכיחות השימוש ביילוד לדני מכשירני הוא כ- 4-7 אחוז מכלל הלידות. בשנים האחרונות ישנה עליה במודעות לגבי התחלואה העוברית והאימהית הקשורה ליילוד מכשירני. אולם יש לזכור שגם ניתוח קיסרי בשלב השני של הלידה כרוך בתחלואה משמעותית לאם וליילוד והשלכות משמעותיות לגבי ההריונות והלידות הבאים.

לכן יש צורך לשמר את האפשרות לבצע יילוד מכשירני, כאשר שמירה על כללי הבטיחות וקיום תנאים מתאימים יאפשרו לידה מכשירנית בטוחה לאם וליילוד. יילוד מכשירני מתייחס ליילוד ע"י שולפן ריק ו/או מלקחיים. הבחירה של המכשיר (שולפן ריק/מלקחיים) תעשה בהתאם לניסיונו של המבצע והנסיבות הרפואיות. יש לזכור שלכל אחד מהמכשירים ישנם יתרונות, חסרונות וסכנות שאותם יש לקחת בחשבון בעת בחירת המכשיר המתאים.

הגדרה

גובה החלק המקדים יימדד בס"מ (5- עד +5) מעל או מתחת למישור הספינות (spines ischial), (גובה 0), החלק המקדים הוא חלקו הגרמי של הראש.

הגדרות של לידות מכשירניות

הגדרת מישורי האגן בהקשר ללידות מכשירניות:

"מוצא האגן" (outlet):

הקרקפת נראית בפתח הנרתיק בלי פישוק השפתיים, כאשר חלקו הגרמי של הראש הגיע למוצא האגן והוא לחוץ על החיץ.

נמוך באגן (LOW):

חלקו הגרמי המקדים של הראש מצוי בגובה +2 ס"מ או נמוך יותר, אך לא על מוצא האגן.

"אמצע האגן" (MID):

חלקו הגרמי המקדים של הראש מצוי בגובה 0 עד +2 ס"מ.

"גבוה באגן" (HIGH):

חלקו הגרמי המקדים של הראש מצוי מעל הספינות.

הוריות אפשריות להתערבות ידנית או מכשירנית במצג ראש:

אימהיות:

התארכות השלב השני, מצב אימהי המחייב סיום הלידה בהקדם, סיבה רפואית המונעת מן היולדת ללחוץ, תשישות או חוסר יכולת של היולדת ללחוץ.

עובריות:

שינויים בניטור המחשידים לקיפוח עוברי (fetal compromise).
לגבי השאלה האם להתערב: יש לקחת בחשבון את הסכנות והיתרונות של המשך הלידה בשלב השני לעומת ביצוע ילוד מכשירני, או ניתוח קיסרי. (רמת הוכחה III).

הוריות נגד: (רמת הוכחה IV)

- שימוש בואקום במצג פנים.
- הפרעות קרישה ידועות לעובר.
- נטייה לשברים בעובר (כגון: osteogenesis imperfecta)
- שימוש בואקום לפני שבוע 34 (הוראת נגד יחסית).

תנאים להתערבות

- פתיחה גמורה של צוואר הרחם
 - חלקו הגרמי המקדים של הראש בגובה נמוך (low), או ביציאה (outlet). בתחנת אמצע האגן (midpelvis) דרוש שיקול דעת ומיומנות מיוחדת בשל שיעור גבוה יותר של סיבוכים.
 - שלפוחית שתן ריקה
 - אגן שבהערכה קלינית מתאים ללידה לידינית
 - אפיזיוטומיה ואלחוש רצויים, אך אינם הכרחיים.
 - ניתן לבצע יילוד מכשירני בחדר לידה רגיל
- מי רשאי לבצע ו/או להשגיח על ביצוע ילוד מכשירני (רמת הוכחה II ב)

יילוד לדני בעזרת מכשירים יכול להתבצע על ידי מיילד מומחה או שאינו מומחה, שהוסמך על ידי מנהל חדר לידה או מנהל המחלקה או בהשגחתו של אותו רופא.
במקרה חירום, שבו חיי העובר או היולדת בסכנה, רשאי כל רופא לבצע כל פעולה מן המתוארות למעלה.

היילוד המכשירני:

ילוד מכשירני כרוך ביתרונות וסיכונים שונים. הסיבוכים הקשורים ליילוד בשולפן ריק כוללים המטומה של הקרקפת (cephalhematoma), ובמקרים נדירים דימומים ברשתית והמטומה סוב גליאלית (subgaleal hematoma) (רמת הוכחה Ia).
לידת מלקחיים קשורה בשכיחות גבוהה יותר של קרעים בתעלת הלידה ובחבלות חיכוניות בפנים של היילוד. השוואה בין גביע שולפן ריק נוקשה לגביע גמיש העלתה כי שימוש בגביע גמיש היה קשור בעליה בשיעור כישלונות הפעולה, אך גם בירידה בחבלות לקרקפת היילוד.

(רמת הוכחה Ia).

במצבים מיוחדים יוכל רופא מומחה לשקול ולבצע לידת שולפן ריק, כאשר הפתיחה עדיין לא מלאה או ראש גבוה מעל ה"ספינות" (רמת הוכחה III).

ניתן לבצע לידה בעזרת שולפן ריק גם במצבים אחרים מ – ANTERIOR POSTERIOR. ניתן לבצע סיבוב ראש באמצעות מלקחיים (רמת הוכחה III). מספר המשיכות ומשך הזמן המותר לביצוע הפעולה המכשירנית מותנה בהתקדמות בירידת הראש, ולא יעלה בדרך כלל מעל 30 דקות מתחילת המשיכות. ככלל מומלץ להפסיק את לידת שולפן הריק במידה והגביע נשטט שלוש פעמים. במקרה של כשל טכני רשאי מומחה לבצע ניסיון נוסף. ביילוד משולב ואקום ומלקחיים יש לקחת בחשבון את הסכנות האימהיות של ניתוח קיסרי כאשר הראש נמוך (לאחר שולפן ריק), הסכנה לטראומה עוברית, והערכה לגבי סיכויי ההצלחה של הפעולה מכשירנית הנוספת (רמת הוכחה IIa).
נייר זה עודכן ע"י פרופ' איל סיון
ואושר על ידי ועד החברה לרפואת האם והעובר

ספרות

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Operative Vaginal Delivery: use of forceps and vacuum extractors for operative vaginal delivery. ACOG Practice Bulletin no. 17, June 2000. Washington DC: ACOG 2000.
2. Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2004(2).
3. SOGC Clinical practice guideline No 148, August 2004 Guidelines for operative vaginal birth. J Obstet Gynaecol Can 2004;26;747-53.
4. Murphy DJ, Liebling RE, Verity L, Swingler R, Patel R Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: A cohort study Lancet 2001; 358;1203-7.
5. Johanson RB, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. Cochrane Database Syst Rev 2004(2).
6. Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. Br J Obstet Gynaecol 1999;106;544-9.
7. Ezenagu LC, Kakaria R, Bofill JA Sequential use of instruments at operative vaginal delivery. Is it safe? Am J Obstet Gynecol 1999;180;1446-9.
8. Gardella C, Taylor M, Benedetti T, Hitti J, Critchlow C. The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2001;185;896-902.
9. Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in women after delivery: randomized controlled trial. BMJ 2002;324;1241.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Operative Vaginal Delivery Guideline No. 26