



נייר עמדה 11
השראת לידה והבשלת צוואר הרחם

01.02.2007
עדכון אושר 2.10.13

במקום שהוא קיים, דירוג ה- EBM

1. הקדמה

מטרת השראת הלידה היא גרימת לידה לדנית על-ידי גרימת צירי לידה, מחיקה ופתיחה של צוואר הרחם, לפני תחילתה של לידה ספונטנית. ככלל, השראת לידה מותווית במצבים בהם קיים סיכון לאם ו/או לעובר בהמשך ההריון. בכל מקרה יש לשקול את הסיכונים הפוטנציאליים שבגרימת הלידה למול הסיכונים שבהמשך ההריון והמתנה ללידה עצמונית. השכיחות של גרימת לידה נעה בטווח של 10%-44% מסך כל הלידות (1). בארץ השכיחות הממוצעת של השראות לידה היא של כ 16% מכלל הלידות. כאשר צוואר הרחם אינו בשל, יש מקום לבצע הבשלה (Ripening). ניתן להעריך את מצבו של צוואר הרחם על פי ניקוד בישופ (Bishop score) (5) (טבלה 1). צוואר אינו בשל כאשר ניקוד הבישופ ≥ 6 , וכאשר ניקוד בישופ = 8 הסיכויים להצליח בהשראת לידה דומים לאלו של לידה ספונטנית (2).

טבלה 1: ניקוד בישופ של צוואר הרחם

ניקוד	פתיחה (ס"מ)	מיקום הצוואר	מחיקה (%)	גובה הראש	מירקם הצוואר
0	סגור	אחורי	0-30	-3	נוקשה
1	1-2	אמצעי	40-50	-2	בינוני
2	3-4	קדמי	60-70	-1,0	רך
3	5-6	-	80	+1, +2	

ככלל , לא מומלץ לבצע השראת לידה "אלקטיבית" לפני שבוע 39 להריון אלא אם קיימת התוויה אימהית או עוברית. לפני ההחלטה על גרימת לידה יש לאמת ולוודא את גיל ההריון. ההערכה המילדותית לפני השראת לידה תכלול: היסטוריה רפואית ומילדותית, מנח ומצג העובר, מצב הצוואר, הערכה קלינית של משקל העובר וניטור עוברי-רחמי (NST). יש ליידע את היולדת לגבי הסיכונים והסיבוכים של השיטה, לקבל ולתעד את הסכמת היולדת להתערבות.

2. אמצעים ושיטות להשראת לידה

כאשר צוואר הרחם בשל, ניתן לגרום ללידה על ידי פקיעת הקרומים (Amniotomy) ו/או עירוי תוך-ורידי של אוקסיטוצין. כאשר קיים צורך בהשראת לידה אך צוואר-הרחם אינו בשל, ניתן לבצע הבשלת צוואר באמצעים

מכאניים ואו תרופתיים.

2.א. שיטות מכניות:

בין האמצעים המכאניים יש למנות את השימוש בקטטרים המנופחים מעבר לפי הפנימי של צוואר הרחם (עם וללא הזלפה של תמיסות לחלל האקסטרה-אמניוטי, עם וללא משיכה), הפשלת ממברנות (Stripping) או פקיעה של קרומים (אמניוטומיה), מרחיבים אוסמוטיים (למינריות).

קטטרים: השימוש בקטטרים להבשלת צוואר הרחם הוא פשוט, זול ובעל שיעור נמוך יותר של תופעות לוואי, יחסית לשיטות הפרמקולוגיות. שימוש בקטטרים הוכח כיעיל, עם שיעורים גבוהים של לידות וגינליות תוך 24 שעות ושביעות רצון של המטופלות (2) (Level I). לא נימצא הבדל בשימוש בסוגי הקטטרים השונים: Double Balloon Catheter לעומת Foley Catheter (6). שיעור ההצלחה בהשגת לידה לדנית בשימוש בקטטרים בהשוואה לפרוסטגלנדינים (PGE2 וגינלי), הוא דומה, עם שיעור דומה של ניתוחים קיסריים. שימוש באמצעים מכניים בהשוואה לפרוסטגלנדינים כרוך עם שיעור נמוך יותר של טכיסטוליה רחמית (מעל 5 צירים ב 10 דקות), ועם תחלואה אימהית ונאוונטלית דומה (7)

הפשלת הקרומים (membrane stripping): פעולה הגורמת לשחרור אנדוגני של פרוסטגלנדינים. בהשוואה להמתנה בלבד, לא נימצא הבדל בשיעור התחלואה האימהית או עוברית או בשיעור הניתוחים הקיסריים. הפשלה של הקרומים יעילה בקיצור פרק הזמן ללידה עצמונית ובהפחתת שיעור ההריון העודף (8) (Level I). פקיעת קרומים: בהשוואה לשימוש בפרוסטגלנדינים, PGE2 וגינלי, פקיעת קרומים לצורך השראת לידה, כרוכה עם צורך מוגבר יותר לשימוש באוגמנטציה עם אוקסיטוצין, אך ללא הבדל בשיעור הניתוחים הקיסריים (Level I) (9).

2.ב. שיטות פרמקולוגיות:

אוקסיטוצין: מתן אוקסיטוצין תוך-ווריד יוביל לתגובה רחמית תוך 3-5 דקות, עם קבלת רמות יציבות בפלסמה תוך 40 דקות. תגובת הרחם לאוקסיטוצין תלויה בשבוע ההריון. שימוש באוקסיטוצין נימצא יעיל יותר בהשוואה לפלצבו/המתנה בלבד, בהשגת לידה לדנית תוך 24 שעות. בנשים עם בישוף נמוך, אוקסיטוצין בהשוואה ל PGE2 (וגינלי או צווארי) הוא פחות יעיל. בנשים עם צוואר רחם לא בשל, שימוש באוקסיטוצין בהשוואה להמתנה בלבד, או בהשוואה ל PGE2 וגינלי, הייתה כרוכה בשיעור דומה של ניתוחים קיסריים. (2,10) (Level I)

פרוסטגלנדינים: השימוש בפרוסטגלנדינים להבשלת צוואר-הרחם וכאמצעי לגרימת לידה הוכח כיעיל. קיימות נגזרות של פרוסטגלנדינים (PGE1 misoprostol) או PGE2 (dinoprostol) בצורת טבליות, ג'ל, תמיסה, או פתילה עם שרוך-מושחה, הניתנים בדרך הפה, הנרתיק, או הצוואר. סוג הפרוסטגלנדין המועדף, וצורת המתן המיטבית עדיין לא נקבעה (Level I). בהשוואה לפלצבו/המתנה בלבד, שימוש ב PGE2 וגינלי מעלה את שיעור הלידות הלדניות תוך 24 שעות, מפחית את הצורך באוגמנטציה עם פיטוצין, מפחית את שיעור הניתוחים הקיסריים, אבל כרוך עם פעילות-יתר של הרחם (Tachy-systole), עם וללא שינויים בדופק העוברי (2, 11) (Level I)

תכשירים מקבוצת ה- PGE1 (misoprostol) טרם נרשמו בארץ להתוויה זו, אך קיים מידע רב לגבי עילותם ובטיחותם בארצות מערביות. שימוש ב PGE1 וגינלי, בהשוואה ל PGE2 (וגינלי או צווארי) או לאוקסיטוצין, קשור עם שעורי הצלחה גבוהים יותר בהשגת לידה לדנית תוך 24 שעות, שיעור נמוך יותר באלחוש אפידורלי, צורך נמוך יותר באוגמנטציה עם אוקסיטוצין, אך עם שיעור גבוה יותר של טכסיסטולה רחמית ושיעור מוגבר של מקוניום. שימוש ב PGE1 פומי בהשוואה למתן וגינלי היה קשור עם שיעור נמוך יותר של טכסיסטולה רחמית וללא הבדל בשעור הניתוחים הקיסריים (12,13) (Level I). שימוש במיזופרוסטול PGE1 לאחר ניתוח קיסרי הינו התוויית נגד מוחלטת (2).

♣ ניתן לשלב אמצעים מכאניים ותרופתיים.

♣ אין מניעה משימוש בפרוסטגלנדינים לאחר ירידת מים. אין מידע לגבי בטיחות השימוש בשיטות מכניות בעת ירידת מים.

3. הנחיות לבצוע השראת הלידה

- ♣ אין מניעה מבצוע השראת לידה בנשים עם ניתוח קיסרי יחיד רוחבי בסגמנט התחתון (ראה נייר עמדה VBAC)
- ♣ השראת לידה תבוצע באישפוז
- ♣ מומלץ לבצע ניטור (רחמי-עוברי) רצוף במהלך השימוש באוקסיטוצין
- ♣ ניטור עוברי יתבצע על פי פרוטוקול מחלקתי

רשימת ספרות

1. Chauhan SP, Ananth CV. Induction of labor in the United States: a critical appraisal of appropriateness and reducibility. Semin Perinatol. 2012 Oct;36(5):336-43. doi: 10.1053/j.semperi.2012.04.016. Review
2. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. ACOG Committee on Practice Bulletins -- Obstetrics. Obstet Gynecol. 2009 Aug;114(2 Pt 1):386-97
3. Ehrenthal DB, Jiang X, Strobino DM Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. Obstet Gynecol. 2010 Jul;116(1):35-42
4. Smith R. Parturition. NEJM 2007; 356:271-83
5. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol 1964;24:266-8
6. Wing DA. Techniques for ripening the unfavorable cervix prior to induction UpToDate Jan. 2013
7. Jozwiak M, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, Mol BW, Irion O, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;3:CD001233. doi: 10.1002/14651858.CD001233.pub2. Review
8. Bouvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005 (1).CD000451 Review
9. Bricker L, Luckas M Amniotomy alone for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD002862; edited(no change to conclusions) 2012

- Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD003246. doi: 10.1002/14651858.CD003246.pub2. Review
- Kelly AJ, Malik S, Smith L, Kavanagh J, Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD003101. doi: 10.1002/14651858.CD003101.pub2. Review
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD000941. doi: 10.1002/14651858.CD000941.pub2. Review
- Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, Keeton KL. Methods of induction of labour: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Oct 27;11:84
- RCOG- Induction of Labor- Clinical Guideline 2008- an update of NICE inherited clinical guideline D (published in June 2001) and replaces it <http://publications.nice.org.uk/induction-of-labour-cg70>

הוועדה המכינה

1. הנייר הוכן לראשונה ע"י פרופ' דן שרמן 2007
2. הוועדה לעדכון נייר העמדה 2014 - ועד החברה לרפואת אם ועובר:
 - פרופ' יריב יוגב- יו"ר
 - פרופ' אייל שיינר
 - פרופ' סורניה גריסרו
 - פרופ' משנה זוהר נחום
 - פרופ' משנה עידו שולט
 - ד"ר מיכל קובו
 - ד"ר יואב ינון