נוהל מספר : 29.03.2023
שם הנוהל :קווים מנחים לניהול לידות בחדר לידה, המרכז הרפואי רמב"ם.

תאריך פרסום : 29.03.2023	תחום הנוהל : רפואי / סיעודי	שם הנוהל : קווים מנחים לניהול לידות
תפוצה : - מנהל אגף נשים ויולדות. - אחיות אחראיות במחלקות. - מיון יולדות. - חדר לידה. נספחים : 1. סיווג תבניות הניטור העוברי , משמעותן והטיפול בהן, על פי נייר עמדה מספר 20 של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה.	כותב הנוהל : ד"ר יניב צפורי. אחראית תחום סיעוד : מיכל קרנצלר, מנהלת הסיעוד, אגף נשים ויולדות. חתימה : מאשר הנוהל : פרופ' זאב ויינר, מנהל אגף נשים ויולדות. חתימה :	נספחים : 1. הגדרת יולדת בסיכון גבוה. 2. סיווג תבניות הניטור העוברי, משמעותן והטיפול בהן.

תוכן העניינים:

1. הקדמה.
2. הגדרות ומילות מפתח.
3. סמכות ואחריות.
4. מטרות הנוהל.
5. עקרונות הנוהל.
6. סימוכין.

1. הקדמה:

בנוהל זה נציג קווים מנחים לניהול תוך לידתי של השלב הראשון והשני בלידות נרתיקיות במרכז הרפואי רמב"ם, וזאת על מנת להבטיח חווית לידה מעצימה, תוך שמירה מקסימלית על טיפול איכותי ובטוח לאם ולעובר.

2. הגדרות ומילות מפתח:

2.1 <u>שלב ראשון של הלידה</u>

שלב לטנטי – **Latent phase**

- נוכחות צירים, לא בהכרח סדירים, עד פתיחה של 6 ס"מ.

שלב אקטיבי – **Active phase**

- נוכחות צירים סדירים, והתקדמות בממצא הצווארי החל מ - 6 ס"מ ועד פתיחה גמורה.

2.2 <u>שלב שני של הלידה</u>

שלב פאסיבי – **Passive second stage**

- פתיחה גמורה, ללא תחושת לחץ.

שלב אקטיבי – **Active second stage**

- פתיחה גמורה ותחושת לחץ או לחיצות אקטיביות גם ללא תחושת לחץ.

הלחצות מוקדמות – **Immediate pushing**

- הלחצות יזומות לאחר הגעה לפתיחה גמורה.

הלחצות מאוחרות – **Delayed pushing**

- המתנה של עד שעה מפתיחה גמורה עד לתחילת הלחצות יזומות.

2.3 <u>שיטות לניטור אם – עובר</u>

- ניטור חיצוני (Electronic fetal monitoring, EFM).
- ניטור פנימי (Fetal scalp electrode, FSE).
- האזנה לסרוגין (Intermittent Auscultation, IA).
- ניטור רציף (Continuous EFM).
- קו לחץ תוך רחמי (Intrauterine pressure catheter , IUP).

3. סמכות ואחריות:

- מנהל חדר לידה / רופא\ה אחראי\ת חדר לידה.
- אחות אחראית חדר לידה / מיילדת אחראית משמרת חדר לידה.

- כלל המיילדות העובדות במיון יולדות, ביחידת סיכוני הריון וחדר לידה.
- מנהל אגף נשים ויולדות.

4. מטרות הנוהל:

- קווים מנחים לתיעוד רפואי בחדר לידה.
- קווים מנחים לאמצעי ותדירות הניטור העוברי בשלבי הלידה השונים.
- קווים מנחים לבדיקות נרתיקיות ליולדות.
- קווים מנחים לניתוק ממוניטור בחדר לידה.
- קווים מנחים להלחצת יולדת בשלב השני של הלידה.

5. עקרונות הנוהל:

5.1 קווים מנחים לתיעוד רפואי בחדר לידה.

- תיעוד רפואי הינו משותף לכלל צוות חדר לידה, מיילדות ורופאים/ות כאחד.
- באחריות רופאי חדר לידה לרשום אזכורים קבועים לכלל המטופלות במקרים הרלבנטים .
- יש להעריך ולתעד ברשומה הרפואית את מצב היולדת והעובר לפחות אחת לשעתיים בשלב הלטנטי, אחת לשעה בשלב האקטיבי או בשלב השני, או לפי הצורך בתדירות גבוהה יותר.
- במקרה דחוף/בהול שאינו מאפשר רישום בזמן אמת, יש להשלים את התיעוד בדיעבד ולציין זאת תוך תיעוד זמנים.

5.2 קווים מנחים לאמצעי ותדירות הניטור העוברי בשלבי הלידה השונים.

ניטור עוברי הינו אחד מאמצעי האבחון החשובים להערכת מצב העובר במהלך לידה, וההתייחסות אליו חייבת להיות בהקשר של התמונה המיילדותית הכוללת.

5.2.1 כללי

- נייר העמדה הישראלי למיילדות וגינקולוגיה מספר 20 מאפשר האזנה לסירוגין לדופק העוברי במהלך לידה להריונות בסיכון נמוך, וממליץ על ניטור רציף בכל לידה בסיכון גבוה. בהתחשב בקושי לבצע, בצורה מיטבית, האזנה לסירוגין, השיטה המועדפת לניטור עוברי במהלך לידה במרכז הרפואי רמב"ם, ללא תלות בגורמי הסיכון ,הינה ניטור רציף .
- ניטור יולדת בלידה טבעית יהיה על פי ההנחיות בנוהל לידה טבעית.

- באחריות המיילדת האחראית לחיבור היולדת לוודא רישום מספק של דופק העובר ושל הפעילות הרחמית. עם החיבור למוניטור יש לוודא כי קיימת הפרדה ברורה בין הדופק העוברי לדופק האימהי.
- המעקב אחר ניטור דופק עוברי הינו משותף למיילדות ורופאים/ות כאחד .יש ליידע את הרופא.ה אחראי\ת בפועל בכל חשד לניטור חריג, ובאחריות הרופא לתעד את התייחסותו לניטור.
- כאשר ניטור רציף אינו מושג מסיבה טכנית, יש לשקול שימוש באלקטרודת קרקפת.
- כאשר ניטור צירים אינו מושג מסיבה טכנית, יש לשקול שימוש בקו לחץ תוך רחמי.
- בכל ספק לגבי תקינות הניטור העוברי ,יבוצע ניטור רציף לאורך כל שלבי הלידה . אם ,לאחר הסבר, היולדת מסרבת לניטור רציף במצב זה, יש לתעד זאת בגיליון המעקב וליידע את הרופא.ה אחראי בפועל .
- הפעילות הרחמית, קצב לב הבסיסי של העובר ותבניות הניטור יתועדו לפי ההמלצות של נייר העמדה הישראלי למיילדות וגינקולוגיה מספר 20, נספח 1.

5.2.2 תדירות הניטור העוברי לאורך שלבי הלידה.

<u>שלב ראשון לטנטי</u>

- אין מחקרים שבדקו את תדירות הניטור העוברי האופטימלי בשלב הלטנטי, אך אין לנתק את היולדת ממוניטור לפרק זמן העולה על שעתיים. תדירות הניטור יכולה להשתנות בהתאם לשיקול דעתו של הרופא\ה אחראי באותה עת .

<u>שלב ראשון אקטיבי</u>

השיטה המועדפת במרכז הרפואי רמב"ם ,ללא תלות בגורמי הסיכון, הינה ניטור רציף לכלל היולדות .

- באם בכל זאת מתבצעת האזנה לסירוגין, יש להקפיד על הכללים הבאים : מצריך מיילדת במתכונת one-to-on , האזנה כל 15 דקות, מתחילת הציר ועד דקה מסיומו, עם תיעוד ברשומה הרפואית. באם ספק, חובה לעבור לניטור רציף .

<u>שלב שני</u>

- השיטה המועדפת במרכז הרפואי רמב"ם ,ללא תלות בגורמי הסיכון, הינה ניטור רציף לכלל היולדות .
- באם בכל זאת מתבצעת האזנה לסירוגין ,יש להקפיד על הכללים הבאים :מצריך מיילדת במתכונתone-to-one , האזנה כל 5 דקות, מתחילת הציר ועד דקה מסיומו, עם תיעוד ברשומה הרפואית. באם ספק, חובה לעבור לניטור רציף .

5.3 קווים מנחים לבדיקות נרתיקיות למטופלות הרות.

5.3.1 כללי.

- יש לקבל הסכמה בעל פה מהאישה לביצועה ,להסביר על הבדיקה ולשמור על פרטיותה.
- יש לאפשר למלווה להיות נוכח/ת בבדיקה לפי בחירתה.
- יש להסביר כי ניתן להפסיק את הבדיקה בכל עת לפי רצונה .

5.3.2 תדירות הבדיקות הנרתיקיות לאורך שלבי הלידה.

<u>שלב ראשון לטנטי</u>

- אין מחקרים שבדקו את תדירות הבדיקות הנרתיקיות בשלב הלטנטי, אך האיגודים השונים מציעים בדיקה זו במרווחים של 4 שעות, אלא אם קיים צורך מיילדותי אחר.

<u>שלב ראשון אקטיבי</u>

- רוב המחקרים מצددים בבדיקה נרתיקית לפחות אחת לשעתיים. מחד ,מאפשר זיהוי מוקדם של חוסר התקדמות, ומנגד ,מפחית אי נוחות אימהית ואת האפשרות לזיהום .
- בפתיחה של 9 ס"מ יש יתרון בבדיקה נרתיקית חוזרת לאחר שעה ותיעוד ברשומה.

<u>שלב שני</u>

- בדיקה נרתיקית לפחות אחת לשעה, אלא אם קיימת תחושת לחץ או צורך מיילדותי אחר .

5.4 קווים מנחים לניתוק מניטור עוברי.

5.4.1 כללי.

- יש לכבד את רווחת ורצון המטופלת לבצע הפוגות בניטור הרציף לביצוע פעולות שונות במהלך הלידה ולמילוי צרכיה (התניידות ,מקלחת ,שירותים), וזאת ביחס לניטור העוברי.
- בהינתן ניטור תקין, אפשר לנתק ממוניטור לפרק זמן של עד 15 דקות בשלב הראשון האקטיב, ועד 5 דקות בשלב השני.
- אין לנתק מהמוניטור בהמשך ישיר להתערבות מיילדותית (פקיעת מי שפיר ספונטנית או יזומה, הרדמה אזורית או תוספת להרדמה זו top-up, הכנסת קו לחץ - IUP).
- אין לנתק מהמוניטור באם יש ספק לגבי תקינותו, ורק באישור רופא/ה אחראי/ת חדר לידה .

5.5 קווים מנחים להלחצת יולדת בשלב השני של הלידה.

- בשלב זה ,לא ניתן להעדיף גישת הלחצות אחת על פני האחרת, מוקדמות (Immediate) אל מול מאוחרות (Delayed), ויש לשקול את הגישות הבאות :

- יש לעודד את היולדת שמרגישה לחץ בשלב השני ללחוץ לפי הרגשתה.
- בהינתן ניטור עוברי תקין ,ועמדת ראש גבוהה (Spine ≥ -1) ניתן לאפשר שלב שני פאסיבי של עד שעה לפני תחילת הלחצות אקטיביות יזומות.

6. סימוכין:

1. נייר עמדה 20 ניטור דופק לב העובר בזמן הלידה. 2017.
2. WHO: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
3. ACOG: Intrapartum FHR monitoring. 2009, updated 2021.
4. NICE: Intrapartum care for healthy women and babies. 2014, updated 2022.
5. NICE: Guideline on fetal monitoring in labor. 2022.
6. SOGC: Intrapartum Consensus Guideline. 2020.
7. RANZCOG: Intrapartum care in the absence of pregnancy complications. 2017.
8. Di Mascio D et al. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor in women with neuraxial analgesia: a systematic review & meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2020 Aug; 223(2): 189-203.

נספח 1. סיווג תבניות הניטור העוברי ,משמעותן והטיפול בהן.

פרמטרים לניטור ורישום דופק לב העובר בזמן הלידה

1. קצב הלב הבסיסיBaseline fetal heart rate –
2. שונות בסיסיתBaseline variability –
3. האצותAccelerations –
4. האטותDecelerations –
5. הפעילות הרחמיתUterine activity –

1) קטגוריה תבנית תקינה

- קצב לב בסיסי תקין 160 – 110) פעימות לדקה ,(שונות תקינה 25 – 6) פעימות לדקה ,(יתכנו האצות ,ללא האטות משתנות ,ממושכות או מאוחרות.
- תבנית זו מעידה על מצב חומצי-בסיסי תקין של העובר.
- מעקב שגרתי בלבד ,ללא צורך בהתערבות.

2) קטגוריה תבנית ביניים

- אינה עונה להגדרה של תבנית תקינה או פתולוגית .
- אינה מנבאת מצב חומצי-בסיסי בלתי תקין ,מחייבת הערכה נוספת ,ויכולה לכלול את הפעולות הבאות :
  - שינוי תנוחת היולדת.
  - מתן חמצן במסכה.
  - הזלפת נוזלים.IV
  - הפסקת / הקטנת מינון אוקסיטוצין.
  - מתן טוקוליטיקה בטכיסיסטוליה.
  - אפדרין בתת לחץ דם.
  - הזלפת נוזלים לחלל הרחם.Amnioinfusion –
  - גירוי קרקפתי.

3) קטגוריה תבנית פתולוגית

- תבנית עם ניטור סינוסואידלי או תבנית עם העדר שונות המלווה באחד הממצאים הבאים : האטות משתנות / מאוחרות חוזרות) מעל 50% מהצירים לפחות 20 דקות (או ברדיקרדיה.
- תבנית זו עלולה להעיד על מצב חומצי-בסיסי בלתי תקין
- להיערך ליילוד מיידי של העובר אם אין שיפור.