

טראומה בנשים הרות

בכל מקרה של טראומה המפתח להצלחת העובר הוא הצלת האם. אם נזניח את הטיפול באם העובר ייפגע כתוצאה ישירה מכך.

יש לשאוף לא לילד בבית כל עוד אפשר אחרת מכיוון שלמד"א אין פתרון יעיל לסיבוכים בלידה לא ברמת לבן ולא ברמת נט"ן!! לידה עלולה להסתבך בקלות.

הריון נחלק לשלושה טרימסטרים, במהלך כל אחד מתרחשים שינויים פיזיולוגיים מסוימים בגופה של האישה. חשוב להכיר את השינויים המאפיינים כל טרימסטר ולהבין את המשמעות הקלינית והטיפולית.

שינויים פיזיולוגיים:

לאורך כל ההריון הרחם גדל תוך היצרות דופן הרחם. שטח הפנים נהיה גדול יותר והרחם הופך יותר פגיע. מסיבה זו גוברת הסכנה לקריעת הרחם ולהיפרדות השלייה.

בנוסף יש סכנה גדולה בטראומה חודרת.

השליה קשורה לדופן הפנימית של הרחם מצד אחד, ומהצד השני לתינוק (דרך חבל הטבור). לכן בטראומה באישה הרה זהו האיבר הפנימי עם הסכנה הגדולה ביותר לקריעה. הפרדות השליה מהווה סכנת חיים לעובר ולאם (אספקת הדם והמזון לעובר נפסקת ואיבוד דם).

מערכת הנשימה

קצב הנשימה אינו משתנה. בטרימסטר השלישי תתכן הפרעת נשימה קלה עקב הלחץ על הסרעפת, בעיקר בזמן ישיבה זקופה או שכיבה על הגב. יש לקחת עובדה זו בחשבון בעת הערכת נשימה (לא כל קושי בנשימה נובע מלחץ של הרחם על הסרעפת! יתכן ומדובר בהיפרונטילציה, מגנח לא נכון, פגיעת חזה וכו'). יש להקל על האישה (בד"כ נמצאת בלחץ ולא יודעת איך להתמודד) ולפנות אותה תוך שכיבה על צד שמאל (פנים לספסל האמבולנס) או הושבה ב- 45 כך ששרירי הבטן אינם מכווצים ומשקל העובר הוא כלפי מטה ולא על איברי הנשימה.

מערכת הדם

עלייה בקצב הלב ב 15-20 פעימות בטרימסטר השלישי. יש להתחשב בכך בהערכת הדופק- ערכים נורמליים יהיו 80-100. ירידה בלחץ הדם ב 5-15 מ"מ כספית בטרימסטר השני בשל תנגודת פריפרית ירודה (ירידה ב- Preload שתלוי בחזרה הורידית שיורדת משום שיש לחץ על וריד נבוב תחתון). בזמן הלידה לחץ הדם צריך להיות נורמלי. שכיבה אמורה לגרום לירידת לחץ דם עוד יותר, בשל הלחץ על הווריד. בפינוי על לוח גב יש להטות את הלוח שמאלה ב 15-10. אם אין אפשרות לכך יש להרים את רגל ימין של האישה ולהטות את הרחם שמאלה. אחרי השבוע העשירי תפוקת הלב עולה ב- 30%, ונפח הדם עולה בעד 50% בסוף ההריון. סימני ההלם יופיעו רק לאחר איבוד של 30%-35 מנפח הדם (מעל 2 ליטר!). לכן אין לעכב פינוי גם כשהמצב נראה קל. **בטראומה המפתח להצלחת העובר הוא הצלת האם.** באיבוד דם מאסיבי, הרחם הוא אחד האיברים הראשונים המנותק מזרימת הדם ע"י מערכת הפיזי. כלומר הסכנה לעובר יכולה להיות משמעותית למרות מצבה הטוב של האם. עם זאת באישה הרה השרויה בהלם, כמו בכל נפגע הלם אחר, אין להעלות ל"ד מעל 90 סיסטולי עם עירוי נוזלים.

סיכום- טיפול

אישה הרה בתאונת דרכים תחשב כפצועה קשה. להערכת המצב ההמודינמי יש להשוות את הערכים לנורמה בהריון. תנוחת הפינוי- הושבה ב- 45 או השכבה על צד שמאל ב- 15. פינוי מהיר ככל האפשר. המפתח הוא טיפול באם, כלומר טיפול בטראומה ע"פ סכמה רגילה. בהחייאה יש להמשיך בהחייאה תוך כדי פינוי ע"מ לאפשר את הצלת העובר בביה"ח, ולשאוף לא לקבוע מוות בשטח.

B

קשיי נשימה יהיו בכל מקרה בשכיבה ובישיבה ב- 90 מעלות.

C

עצירת שט"דים והערכת מצב הלב: דופק (מהיר, איטי, חזק, חלש), מילוי קפילרי, הזעות וצבע עור. לא נעלה לחץ דם מעל 90 סיסטולי (כמו בפצוע טראומה רגיל)

D

הזת איברים + AVPU

E

חשיפה ופינוי- לוח גב יוטה לצד שמאל (וריד נבוב תחתון כדי להוריד ממנו לחצים- ממוקם ימנית יחסית)

נשאף לא לקבוע מוות בשטח כדי לאפשר הצלה של העובר (אם משמרים CIRCULATION של האם) ניתן לעיתים להצייל את העובר.

הריון ולידה

האם לקבל לידה בשטח??

שאלות שיש לשקול

- מהי תכיפות הצירים?
- באיזה מס' לידה מדובר? ולדנית או מבכירה?
- האם הייתה ירידת מים?
- באיזה מס' הריון מדובר? כלומר האם יש עבר של הפלות
- מהו משך כל ציר?
- בעיות ידועות בהריון? מנח, הזמנה לניתוח קיסרי, ריבוי עוברים
- איזה שבוע להריון? הריון במועד הוא בשבוע 37-42
- מהו מרחק הפינוי?
- מהו העבר? ניתוחים קיסריים, סכרת הריונית
- האם יש רצון עז לרוקן מעיים?

בכל מקרה עדיף לקבל לידה באמבולנס ולא בבית- במידה ומתעוררת בעיה אפשר לעשות מניפולציה על חבל הטבור ולפנות.

מושגים

לידה- יציאה שלמה או חילוץ עובר במשקל 500 ג' ויותר או תינוק עם סימני חיות לידה מוקדמת- מתחת לשבוע 37 מעל שבוע 22
פג- תינוק שנולד לפני שבוע 37 או שמשקלו תחת 1/2 ק"ג. (באמבולנס לא מיילדים פגים)

שלבי הלידה

1. צירים ומחיקת צוואר הרחם (בולדנית לוקח 6-8 שעות ואף פחות. במבכירה 10-14 שעות במוצע).
 2. יציאת העובר (20-30 דקות).
- מאופיין בצירי לחץ (אורכם מעל חצי דקה והמרווח ביניהם נמוך מ- 2 דקות), צורך לרוקן מעיים (בשל לחץ של העובר על המעיים), בד"כ ירידת מים ודימום קל (לפעמים קורה בשלב הראשון ולפעמים לא קורה כלל), Crowning (כשרואים את הקודקוד של התינוק דרך פתח הנרתיק), תחושה (של האישה). חשוב להעריך האם הלידה הגיעה לשלב הזה, ובמקרה שכן עלינו להיערך לקבלת הלידה.
3. לידת השליה (20-50 דקות).

הימנעות מלידה

לא ננסה לילד פג, עובר המצוי במנח לא מתאים.
בנוסף יש להיזהר עם אישה שהפילה (סבירות גבוהה יותר להפלה נוספת) ומסכרת הריונית (עוברים גדולים מאוד).

יש לבקש מהאישה לשכב תוך הגבהת חלק הגוף התחתון שלה ב- 45, לנשום באופן שטחי אך לא לעצור את הנשימה (עצירת הנשימה גורמת להתכווצות שרירי הבטן), בזמן הצירים לא לדחוף.

אם רואים Crowning-

קבלת לידה

הכנת היולדת:

חמצן מחובר העשרת דם האם והעובר (במידה ויוריד דופק).
וריד פתוח- לא לשם החזרת נוזלים (שמירה על וריד למקרה של דימום).
הכנת אמבו ואמבו בייבי.
ערכת לידה- גיקוויכיסוי היולדת עם פדים גדולים.
מכינים פד בצד כדי לכסות צואה אם תצא.
שני סדינים לירכיים ושניים נוספים אחד בצד שני לפרוש על הבטן.
כפפות סטריליות על הידיים.

כשרואים crowning יש לשים יד על הראש למניעת לידת 'פיצוץ'.
הראש יוצא עם הפנים כלפי מטה ואז מסתובב. יש לתמוך בראש ובשום אופן לא למשוך.
להדריך את האישה ללחוץ בזמן ציר כשאנו מוכנים לקבל את הלידה.
אם ניתן יש לסקשן פה ואף כבר כשהראש יוצא.
חשוב להיזהר שהתינוק לא יחליק, הוא נולד עטוף במעטה שומני.
לעטוף את התינוק עם שמיכת פיקה או מגבות ולהשאיר אותו בגובה הרחם.
לחתוך את חבל הטבור עם סקלפל סטרילי שבערכת הלידה 10-15 ס"מ מהטבור בכיוון מהתינוק והלאה. אפשר לסחוט את החבל לפני ששמים אטבים.
לא להמליץ על הנקה (מסוכן בזמן הנסיעה).
במהלך הפינוי מישוהו (לא האם) צריך להחזיק את התינוק היטב.
לאחר הלידה וכעבור 5 דק' יש לבצע הערכת אפגר.

הערכת מצב יילוד- APGAR

Apgar Scale	0	1	2
Appearance	Blue body, arms, and legs	Body pink with blue arms and legs	Body, arms. legs completely pink
Pulse	No heartbeat	Under 100 beats per minute	100 to 200 beats per minute
Grimce	No response (no cry)	Weak reflex response (weak cry)	Strong reflex response (strong cry)
Activity	Completely limp	Slight- Weak movements of arms and legs	Active- Strong movements of arms and legs
Respirations	No breathing for 60 seconds	Irregular, shallow breathing (under 30)	Stong breathing and crying (over 30)

מתי מתחילים החיאה?
כשיוצא תינוק לא נושם, יש לבצע גירוי לנשימה ע"י שפשוף הגב. לאחר כדקה חותכים את חבל הטבור ומבצעים החיאה.

סיבוכים במהלך לידה

● מצג עכוז/גפה/שמט של חבל הטבור- לא ניתן ליליד באמבולנס רגיל. מעמידים את האישה על ארבע ומבקשים שתוריד את הראש ותכופף ידיים. במצג עכוז הנט"ן יכול ליליד. כדאי ליצור קשר עם המוקד ולבקש שיוודעו לביה"ח להכין חדר ניתוח.

- אי פקיעה של שק השפיר- במקום crowning נראה כאילו יש כפפה מתוחה על ראש התינוק. השק אמור להיפקע לבד בזמן הלידה עם יציאת הראש. אם נחתוך את השק יש סכנה גדולה מדי לפציעת העובר. אם התינוק נולד והשק עדיין לא נפקע- הוא במצוקה. יש לחתוך את השק, סקשן, חמצן.
- חבל טבור כרוך מסביב לצוואר- חונק את התינוק ועלול לקרוע את השליה טרם הזמן. אם יש סיכוי אחד סביב הצוואר, יש לנסות להעביר מעל הראש ואם לא מצליחים אז מעל הכתף. בכל מקרה אסור להכניס ידיים.

בכל לידה מסוכנת יש להנחות את היולדת לשכב בתנוחה נכונה (כלב או אם עוד אין crowning אז אגן מוגבה), וליצור קשר עם המוקד ע"מ להזמין נט"ן ולדבר עם חדר לידה.

סיבוכי הריון נפוצים

- רעלת הריון- פרה-אקלמפסיה- ל"ד גבוה, נפיחות, חלבון בשתן, פני ירח, פוטופוביה- בטרימסטר שלישי- נפנה לבי"ח במהירות בלי רעש סירנה ובלי אור (לכסות חלונות) על- מנת שהאישה לא תדרדר לאקלמפסיה.
- אקלמפסיה- פרכוסים- מאוד מסכן את האם והעובר- היפוקסיה קשה. יש להזמין נט"ן למתן דורמיקום ומגנזיום.
- הריון אקטופי- מחוץ לרחם- השרשה היא בחצוצרה או בחלל הבטן. העובר מתפתח ולוחץ על איברים פנימיים. בשלב מסוים עלול לקרוע כלי דם והאם תדמם למוות. זהו הריון שיפסיקו אותו באיזשהו שלב, אם התגלה מוקדם בניתוח. אם לא התגלה- יופיעו כאבי בטן מאוד חזקים בצד הבטן, יכולים לקרונ לגב/כתף. מחזור אחרון בד"כ לפני 10-14 שבועות. טיפול עם חמצן ופינוי מהיר.
- מים מקוניאליים - צואה ראשונה של העובר במי השפיר. מזהם את מע' הנשימה והעיכול- סבירות גבוהה לפטריות. חשוב לדווח לביה"ח.

פינוי יולדת

אישה בהריון מתקדם (אמצע טרימסטר II - שבוע 16-18) מפונה לחדר לידות, כי שם יש את האמצעים לנטר את העובר ולטפל גם באישה וגם בעובר. מדובר על כל מצב מסכן חיים- טראומה, קרדילוגי, זיהום.