

# נייר עמדה





### נייר עמדה 19

### בחילה והקאה בהיריון

עודכן במועצת האיגוד 13.9.2017

### רקע

בחילה והקאה בהיריון הינן מצב שכיח מאוד אשר קיים בכ-80% מההרות בשליש הראשון של ההיריון. לתופעה מספר דרגות חומרה. הדרגה הקלה ביותר ידועה בשם "בחילות בוקר" (Morning sickness) והדרגה הקשה ביותר מוגדרת כ"הקאות יתר בהיריון" (Hyperemesis gravidarum). הניסיון לסווג את מצבי הבחילה וההקאה בהיריון לפי דרגות חומרה שונות בהתאם למשך או מספר אירועי הקאה ביום אינו יעיל מבחינה קלינית (רמת הוכחה II-2). הקאות יתר בהיריון מוגדרות כמצב מתמשך של הקאות בהיריון שאינן מוסברות על ידי הפרעות אחרות וגורם לאיבוד של יותר מ-5% ממשקל ההרה עם הופעה של סימני התייבשות וקטונים (Ketones) בשתן. לעתים, בהקאות יתר בהיריון קיימות הפרעות אלקטרוליטיות, הפרעות בתפקוד בלוטת מגן (Thyroid gland) או כבד.

טיפול מוקדם במצב של בחילה והקאה בהיריון הוא חיוני על מנת למנוע התדרדרות למצב של הקאות יתר בהיריון (רמת המלצה B).

### בירור מעבדתי וסונוגרפי

- רוב הנשים בהיריון עם בחילה והקאה אינן זקוקות לבירור מעבדתי
- עם החמרת התסמינים כפי שנשפט על ידי ההרה, המעקב יעשה על ידי מדידה של קטונים בשתן
- במצב של הקאות יתר בהיריון הבירור הנדרש הוא:
  - כימיה מלאה [כולל עמילאזה (Amylase)]
  - תפקודי כבד (כולל בילירובין)
  - תפקוד בלוטת מגן freeT4, freeT3, (Thyroid Stimulating Hormone) TSH
  - ניתן להפנות לגסטרואנטרולוג לשלילת Helicobacter pylori (רמת הוכחה II-3)
- במצב של הקאות יתר בהיריון מוצע לשלול היריון מולרי (Gestational throphoblastic disease) על ידי אולטרסאונד.
- כאשר המצב של בחילה והקאה בהיריון אינו מגיב (Refractory) לטיפול תרופתי, יש לשלול סיבות פוטנציאליות לכך (רמת הוכחה III-A):
  - מחלות גסטרואינטסטיליות (הפטיטיס, מחלה ביליארית, מחלה פפטיט, וכדומה)

- מחלות גניטאורינריות [פיאלוניפריטיס (Pyelonephritis), שיזור שחלתי, אבני כליה וכדומה]
- מחלות מטבוליות (קטואצידוזיס (Ketoacidosis), Porphyria, מחלת אדיסון וכדומה)
- מחלות נוירולוגיות (מיגרנה, גידול מוחי וכדומה)
- שונות (הרעלת תרופות, מצבים פסיכוגניים וכדומה)

### שינוי אורח החיים

יש לייעץ לנשים הרות לאכול כמויות נפשו, מכיוון שאין הוכחה ששינוי דיאטטי מועיל (רמת הוכחה III-C).

יש לייעץ לאכול באופן תכוף ובמנות קטנות (רמת הוכחה III-C).

יש לייעץ להגדיל את שעות המנוחה (רמת הוכחה III-C).

מומלץ לשקול התחלת מתן ויטמינים לפני כניסה להיריון במיוחד אצל נשים עם סיפור עבר של בחילה והקאה בהיריון (רמת הוכחה I).

### טיפולים לא תרופתיים

השימוש בג'ינג'ר (Zingiberofficinale) 1000 מיליגרם (מ"ג) ליום נמצא יעיל אולם הבטיחות העוברית במינון זה טרם הובהרה (רמת הוכחה I-A). שימוש בדיקור סיני (Acupuncture) או נקודות לחץ (Acupressure) עשוי להיות יעיל (רמת הוכחה I-A).

### טיפולים תרופתיים

טיפולים תרופתיים יעילים ובעלי פוטנציאל טרטוגני נמוך. הטיפולים מפורטים להלן לפי נדבכי השימוש. לכל תרופה יש התייחסות של בטיחות השימוש לפי סיווג ה-FDA (Foodand Drug Administration) לנזק פוטנציאלי לעובר לפי קטגוריות.

- שילוב של ויטמין B6 (פירידוקסין) עם דוקסילאמין (H1 receptor antagonist) (שני המרכיבים קטגוריה A), 10 מ"ג כל אחד, בטבליה של שחרור מושהה (דיקלקטין). ניתן לקחת עד 4 טבליות ליום: שתיים לפני השינה, אחת בבוקר ואחת אחר הצהרים.
- Pramin (Metoclopramide) (קטגוריה B) במינון פומי של 10 מ"ג כל 8 שעות (רמת הוכחה II-2)
- Ondansetron (Zofran) (קטגוריה B) במינון פומי של 4-8 מ"ג כל 8-12 שעות, עד 16 מ"ג ביום, יעיל כקו שני (רמת הוכחה I-A)
- Promethazine (Phenergan) (קטגוריה C) במינון פומי של 12.5 עד 25 מ"ג כל 8 שעות (רמת הוכחה I-A)
- Dimenhydrinate (Travamin): ניתן להוסיף 50-100 מ"ג כל 4 עד 6 שעות פומי. עד 200 מ"ג ליום כאשר נלקח יחד עם Diclectin. במקרה של הקאות כפופות יש לקחת 30 עד 45 דקות לפני נטילת דיקלקטין.
- סטרואידים (קטגוריה B) נועדו למקרים עמידים לטיפול כמו להרות שיזדקקו להזנה פראנטרלית בגלל ירידה במשקל. אופן השימוש המקובל ביותר הוא ב-Prednisone פומי במינון של 50-60 מ"ג ליום ל-3 ימים עם Tapering down משך שבוע עד שבועיים (רמת הוכחה I-B).

- במקרים עמידים ניתן להשתמש ב-Mirtazapine (Miro) 30 מ"ג לפני השינה או ב-300 Gabapentin מ"ג 3 פעמים ביום, עם עליה של 300 מ"ג ליום לפי הצורך עד מקסימום 3600 מ"ג ליממה. נמצא כי טיפולים אלו אינם גורמים נזק לעובר (רמת הוכחה והמלצה II-C).
- אצל נשים עם הקאות בהריון שסובלות מרפלוקס, טיפול בחוסמי משאבות פרוטונים (PPI) או ע"י H2 Blockers מביא לשיפור משמעותי בבחילות ובהקאות.
- בנשים שסבלו מהקאות קשות בהריון קודם, טיפול תרופתי מונע שמתחיל לפני תחילת הסימפטומים, עשוי להביא לירידה בכמות ובחומרת התסמינים.

### טיפולם תוך ורידיים

- טיפולים תוך ורידיים (I.V, Intra-Venous) נועדו להרות עם סימני התייבשות (רמת המלצה C)
- הרהידרציה ניתנת תוך שימת לב לתיקון של הפרעות אלקטרוליטיות והשלמת חסרים של ויטמינים אם קיימים כמו ויטמין B1 תיאמין (עבור נשים הזקוקות לעירוי נוזלים ומקיאיות יותר משלושה שבועות, רצוי לתת תוסף תיאמין במינון 100 מ"ג ביום לתוך הווריד במשך שלושה ימים, ולאחר מכן להמשיך בנטילת מולטי ויטמין המכיל תיאמין).
- המינונים המומלצים של התרופות במתן תוך ורידי הם:
  - I.V. Pramin 10 mg X 3/d
  - I.V. Promethazine 12.5-25 mg X4/d
  - I.V. Ondansteron 8 mg X2/d
  - Continuous I.V. Ondansteron 1mg/h/24h
- הזנה פראנטרלית נועדה להרות עם הקאות יתר בהריון שממשיכות לאבד משקל למרות הטיפול נוגד הקאה (רמת הוכחה II-2). לפני כן, כדאי לשקול הזנה דרך זונדה (רמת הוכחה III).

### פסיכותרפיה

שכיח שהפרעות מצב רוח נלוות לבחילה והקאה בהריון. אם כך, אין מניעה לשימוש בתרופות אנטי-דכאוניות לפי הצורך. יש מידע מועט לגבי שימוש בשיטות פסיכותראפיות מסורתיות כטיפול בהקאות יתר בהריון. היפנוזה יכולה להיות בעלת תועלת במקרים נבחרים (רמת הוכחה III).

### אשפוז

קיימת המלצה לאשפוז למטרת טיפול והערכה כאשר ההרה לא מסוגלת להחזיק נוזלים ללא הקאה במצב של העדר תגובה לטיפול בקהילה (רמת המלצה C). לאחר אירוע של אשפוז בו נעשה ברור של סיבות פוטנציאליות אחרות, המשך טיפול על ידי רהידרציה, תמיכה תזונתית והתאמה של טיפול תרופתי יכולים להיעשות במסגרת מרפאות הקהילה. ההחלטה על אשפוז חוזר תתבסס על שיקול דעת פרטני.