

בחילות והקאות בהיריון

הוכן על-ידי:

פרופ' אריאל מני
פרופ' טל בירון-שנטל
פרופ' יואב יינן
פרופ' משנה קליני זהר נחום
ד"ר חן סלע
פרופ' משנה קליני עדו שולט
פרופ' אייל שיינר

בשם:

החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
האיגוד הישראלי למיילדות וגinekולוגיה

נייר עמדה מספר 19
מהדורה שלישית
דצמבר 2022



ניירות עמדה מתפרסמים ככלי עזר לרופא/ה ואינם באים במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

אושר במועצת האיגוד הישראלי למיילדות וגinekולוגיה ב-28.2.2022

צוות הכנת נייר העמדה (2009)

פרופ' שמואל לוריא

ד"ר אידה אמודאי

ד"ר רובי אמסטר

ד"ר נגה פורת

ד"ר משה רויבורט

ד"ר אדוארדו שכטר

ד"ר יוחנן שמעוני

צוות עדכון נייר העמדה (2017)

פרופ' אריאל מני

פרופ' טל בירון-שנטל

פרופ' יואב יינון

פרופ' משנה קליני זהר נחום

ד"ר חן סלע

פרופ' משנה קליני עדו שולט

פרופ' אייל שיינר.

עדכון המהדורה השלישית (2022)

כיון שאין יותר אפשרות להשתמש בדיקלקטין לבחילות והקאות בהיריון, והתרופה הוחלפה לבונג'סטת - במהדורה זו הוחלפה רק הפסקה העוסקת בבונג'סטת.



רקע

בחילות והקאות 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 שאינו מוסבר 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 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 [T3free, T4free, Thyroid), TSH (Stimulating Hormone]
 - 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 גסטרואינטסטינליות (הפטיטיס, מחלה ביליארית, מחלה פפטית, וכדומה)
 - מחלות גניטאוריןריות [פיאולוניפריטיס (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 כאוות נפשן, מכיוון שאין הוכחה ששינוי דיאטטי מועיל (רמת הוכחה III-C).
- יש לייעץ לאכול באופן תכוף ובמנות קטנות (רמת הוכחה III-C) והמלצה III-C).
- יש לייעץ להגדיל את שעות המנוחה (רמת הוכחה III-C) והמלצה III-C).
- מומלץ, לשקול התחלת מתן ויטמינים לפני כניסה להיריון במיוחד אצל נשים עם סיפור עבר של בחילה והקאה בהיריון (רמת הוכחה I).

טיפול לא תרופתיים

- השימוש בג'ינג'ר (Zingiber officinale) 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 III-A).

תרופתי מונע שמתחיל לפני תחילת הסימפטומים, עשוי להביא לירידה בכמות ובחומרת התסמינים.

טיפול תוך ורידיים

- טיפולים תוך ורידיים (I.V, Intra-Venous) נועדו להרות עם סימני התייבשות (רמת המלצה C)
- ההירידה ניתנת תוך שימת לב לתיקון של הפרעות אלקטרוליטיות והשלמת חסרים של ויטמינים אם קיימים כמו ויטמין B1 תיאמין (עבור נשים הזקוקות לעירוי נזלים ומקיאות 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:
 - o I.V. Pramin 10 mg X 3/d
 - o I.V. Promethazine 12.5-25 mg X4/d
 - o I.V. Ondansteron 8 mg X2/d
 - o Continuous I.V. Ondansteron 1mg/h/24h
- הזנה פראנטרלית נועדה להרות עם הקאות יתר בהיריון 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 בהיריון. אם כך, אין מניעה לשימוש בתרופות אנטי-דיכאונות לפי הצורך. יש מידע מועט לגבי שימוש בשיטות פסיכותראפיות מסורתיות כטיפול בהקאות יתר בהיריון. היפנוזה יכולה להיות בעלת תועלת במקרים נבחרים (רמת הוכחה III).

אשפוז

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

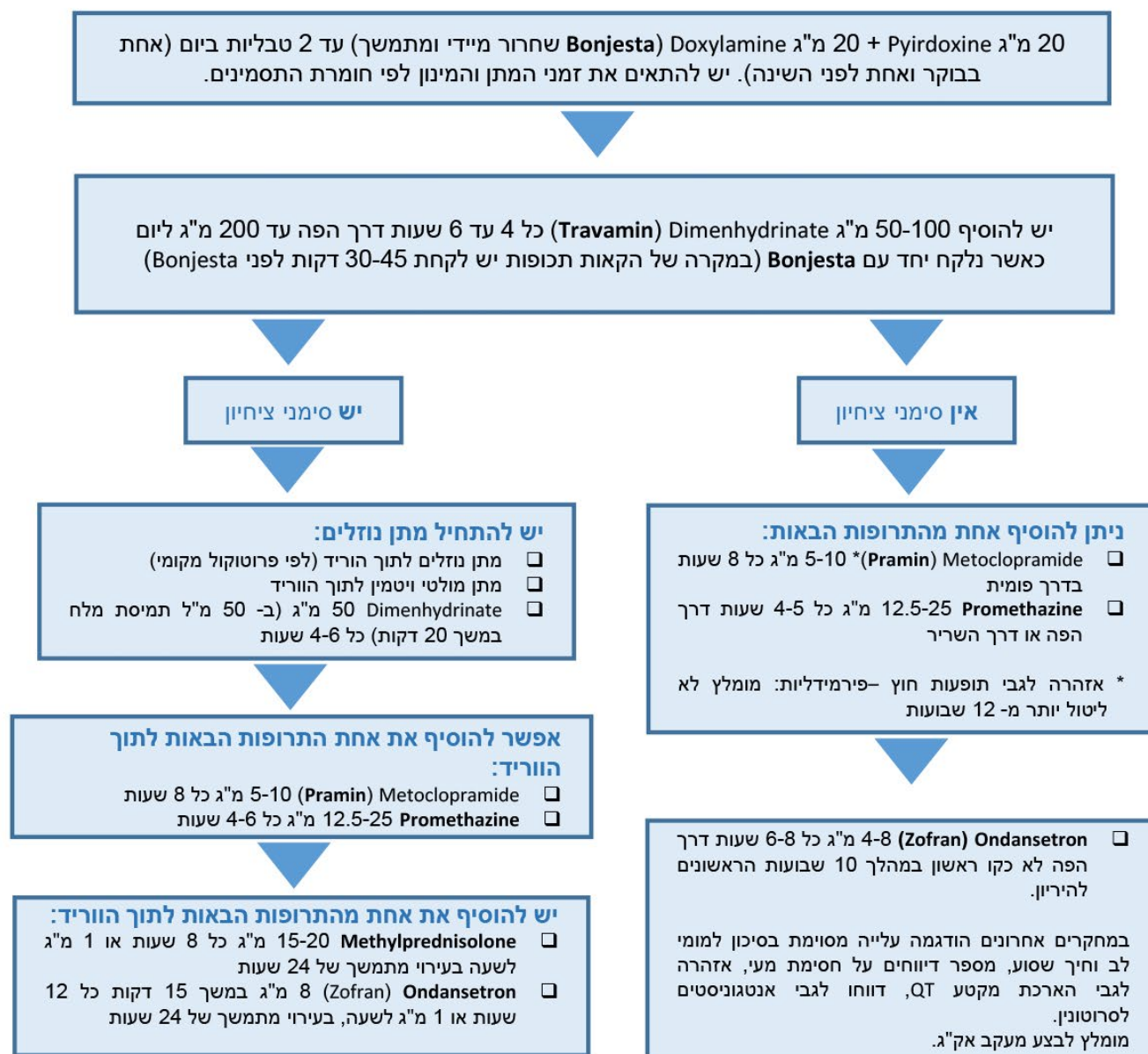
טיפולים תרופתיים

- טיפולים תרופתיים יעילים ובעלי פוטנציאל טרטוגני נמוך. הטיפולים מפורטים להלן לפי נדבכי השימוש. לכל תרופה יש התייחסות של בטיחות השימוש לפי סיווג ה-FDA (Food and Drug Administration) לנזק פוטנציאלי לעובר לפי קטגוריות.
- שילוב של ויטמין B6 (פירידוקסין) עם דוקסילאמין (H1 receptor antagonist) 20 מ"ג כל אחד (שני המרכיבים קטגוריה A), בטבליה המשלבת שחרור מיידי ומושהה (Bonjesta), לרוב כדור אחד ביום מספיק ובמידת הצורך ניתן לקחת עד 2 טבליות ליום אחת בבוקר ואחת לפני השינה. השימוש אינו מומלץ לנשים הנוטלות - monoamine oxidase inhibitors.
- 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 והמלצה I-A)
- Promethazine (Phenergan) (קטגוריה C) במינון פומי של 12.5 עד 25 מ"ג כל 8 שעות (רמת הוכחה והמלצה 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 Bonjesta. במקרה של הקאות תכופות יש לקחת 30 עד 45 דקות לפני נטילת Bonjesta.
- 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 והמלצה I-B).
- במקרים עמידים ניתן להשתמש ב-Mirtazapine (Miro) 30 מ"ג לפני השינה או ב-Gabapentin 300 מ"ג 3 פעמים ביום, עם עלייה של 300 מ"ג ליום לפי הצורך עד מקסימום 3600 מ"ג ליממה. נמצא כי טיפולים אלו אינם גורמים נזק לעובר (רמת הוכחה והמלצה C-II).
- אצל נשים עם הקאות בהיריון שסובלות מרפלוקס, טיפול בחוסמי משאבות פרוטונים (PPI) או ע"י H2 Blockers מביא לשיפור משמעותי בבחילות ובהקאות.
- בנשים שסבלו מהקאות קשות בהיריון קודם, טיפול

נספח א

הצעה לתרשים טיפולי, נתון לשיקול דעת

תרשים 1 – אלגוריתם לטיפול בבחילות והקאות בהיריון (Nausea and Vomiting of Pregnancy - NVP).
אם אין שיפור, יש להמשיך לשלב הבא



הערות:

- ☐ ביישום האלגוריתם יוצאים מנקודות הנחה שסיבות אחרות לבחילות והקאות נשללו ע"י הרופא
- ☐ בכל צעד, כאשר ניתנת הוריה לכך, יש לשקול הזנה לתוך הוריד

בכל זמן ניתן להוסיף אחד או את כל הבאים:

- ☐ Pyridoxine (ויטמין B6) 25-50 מ"ג כל 8 שעות דרך הפה
- ☐ אבקת שורש ג'ינג'ר, קפסולות או מיצוי עד 1,000 מ"ג ביום
- ☐ דיקור סיני או אקופרסורה בנקודה P6

יש לבצע מעקב אחר תופעות לוואי פוטנציאליות של Doxylamine במישלב עם Pyridoxine (ויטמין B6) ונוגדי H1 אחרים

- ☐ באף מחקר לא נערכה השוואה בין תחליפי NPV ל- NPV
- ☐ ויטמין B6 עד 200 מ"ג ליום הוא בטוח
- ☐ למוצרי ג'ינג'ר לא מבוצעת בדיקת תקן
- ☐ סטרואידים ואנטגוניסטים לסרטונין אינם מומלצים במהלך 10 שבועות ההיריון הראשונים, בשל הגברת הסיכון לחיך שסוע

מקורות

1. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *JAMA*. 2016;316(13):1392-1401.
2. ACOG Practice Bulletin No 153, September 2015. Nausea and vomiting of pregnancy.
3. Czeizel AE, Dudas I, Fritz G, Tecsoi A, Hanck A, Kunovits G. The effect of periconceptional multivitamin-mineral supplementation on vertigo, nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 1992;251:181-5.
4. Golberg D, Szilagyi A, Graves L. Hyperemesis gravidarum and *Helicobacter pylori* infection: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2007;110:695-703.
5. Zibell-Frisk D, Jen KL, Rick J. Use of parenteral nutrition to maintain adequate nutritional status in hyperemesis gravidarum. *J Perinatol*. 1990;10:390-5.
6. Stokke G, Gjelsvik BL, Flaatten KT, Birkeland E, Flaatten H, Trovik J. Hyperemesis gravidarum, nutritional treatment by nasogastric tube feeding: a 10-year retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(4):359-67.
7. Smit M, Dolman KM, Honig A. Mirtazapine in pregnancy and lactation - A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(1):126-35.
8. Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL. Treatment options for hyperemesis gravidarum. *Arch Womens Ment Health*. 2017.
9. Guttuso T Jr, Shaman M, Thornburg LL. Potential maternal symptomatic benefit of gabapentin and review of its safety in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;181:280-3.
10. Guttuso T Jr. Gabapentin's anti-nausea and anti-emetic effects: a review. *Exp Brain Res*. 2014;232(8):2535-9.
11. Shlomo M, Cohen R, Berkovitch M, Koren G. [the approach to nausea and vomiting in pregnancy]. *Harefuah* 2015;154(11):720-4, 741.





האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
Israel Society of Obstetrics and Gynecology



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה

