

בעיות הקרישה והדמום ביילוד והשלכותיהם על בצוע המילה

בעיות הדמום והפרעות הקרישה הן מהסבוכים הרפואיים השכיחים ביותר לאחר ביצוע המילה. מענין לציין, שכבר בתלמוד תוארו מצבים המתאימים להפרעות כל שהן במערכת זו. במסכת יבמות (ס"ד, ב) מסופל: „מעשה בארבע אחיות בציפורי, שמלה ראשונה ומת, שניה ומת, שלישית ומת, רביעית – באת לפני רבן שמעון בן גמליאל, אמר לה אל תמולי... קא משמע לן אחיות מחזקות” (וראה ביתר הרחבה בשו"ע, יו"ד, רס"ב, ב-ג).

לדעת חוקרים אחדים מתוארת כאן לראשונה בהיסטוריה הרפואית מחלת **ההמופיליה** (ראה: קצנלסון, התלמוד וחכמת הרפואה, ברלין, 1928, עמ' 266 ואילך; ש. כהן, אות ברית, עמ' 104-119; יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, עמ' 246-7 ובהערותיו; י. לוי, גועס, יה, תשל"ה, עמ' ע"ד; – J. Preuss, *Biblisch Talmudische Medizin*, 3rd ed, Berlin, 1923 p. 285; F. Rosner, *Ann. Int. Med.*, 70:833, 1969; G.J.C. Ingram, *J. Clin. Path.*, 29:469-479, 1976) תאור פתולוגי נוסף במערכת הקרישה מוזכר בתלמוד (שבת, קל"ד, א'): „אמר רבי נתן, פעם אחת הלכתי לכרכי הים ובאת אשה לפני שמלה בנה הראשון ומת, שני ומת, שלישי הביאתו לפני, ראיתו שהוא אדום, אמרתי לה, המתיני לו עד שיבלע בו דמו. המתינה לו עד שנבלע בו דמו ומלה אותו וחיה. והיו קוראים אותו נתן הבבלי על שמי". אחד החוקרים סבור, שמדובר כאן ב**פורפורה** עקב מיעוט טסיות הדם (ד. ארליך, הרפואה, כרך ע"ג, חוברת א', עמ' 21. וראה: י. לוי, ספר אסיא, ירושלים תשל"ו, עמ' 296-303).

ה ע ו ר ך

עקב השכיחות הרבה יחסית של בעיות דמום וקרישה לאחר המילה אנו מביאים להלן את סקירתה של ד"ר אילה אברהמוב על מנגנון הקרישה והפרעות אפשריות בגיל היילוד במערכת זו.

**

ד"ר אילה אברהמוב

ברית מילה היא פעולה כירורגית הזקוקה לשם ביצועה המוצלח למנגנון קרישה ומניעת דמם במצב תקין.

כל פגיעה בכלי הדם מעוררת תחילה את המערכת המכווצת את כלי הדם הפגוע וסותמת את הפירצה בו באופן זמני. מערכת זו, האחראית למניעת דמם, תלויה בעיקרה בפעילות הנורמלית של טסיות הדם (Thrombocytes) הנוצרים במות העצם, יחד עם כדוריות הדם האדומות והלבנות.

כדי להשלים את פעילותן של הטסיות וליצור קריש יציב ובלתי חדיר, יש צורך במנגנון קרישה תקין.

מנגנון הקרישה תלוי בקבוצת חלבונים הנוצרים בכבד, אשר נקראים גורמי קרישה, או פקטורי קרישה. גורמים אלה מסומנים במספרים רומיים I-XIII (1-13), והם מפעילים זה את זה בשרשרת (בעזרת אנזימים) עד לקבלת הקריש היציב, הנקרא פיברין.

בקים כלליים דרך היצירה היא כזאת:

טרומבין תוך הפעלת סדרת פקטורים

→ פרוטרומבין (= פקטור II)



(הקריש)

→ פיברין (= פיברינוגן (= פקטור I))

כדי שהפרוטרומבין יהפוך לטרומבין הוא זקוק לסדרה של פקטורים — החל מפקטור 12 עד לפקטור 5. הם מפעילים זה את זה עד לקבלת פעילות טרומבופלסטית, ההופכת, כאמור, את הפרוטרומבין לטרומבין.

הטרומבין שנוצר הופך את הפיברינוגן לפיברין, שהוא הקריש הסופי.

והנה התורה קבעה את ביצוע ברית המילה ביום השמיני לחיים. ואכן, יש גם טעם רפואי לקביעת ביצוע המילה בתאריך זה דווקא. שהרי, כאמור לעיל, ביצוע המילה הוא למעשה פעולה כירורגית, ובתור שכזו נדרש מנגנון קרישה ומניעת דם במצב תקין ופעיל.

והנה תינוק נולד עם מנגנון קרישה תקין. זאת בגלל השירות הטוב שהוא מקבל מאמו, בצורת פקטורים של קרישה המועברים אליו דרך השליה. עובדה זו מסבירה את מיעוט התופעות של שטפי דם אצל התינוק בזמן הלידה ומיד לאחריה. ברם, תמיכה זו של האם נעלמת תוך 3—2 ימים, ומגיל 5—3 ימים כל תינוק — אף אם הוא בריא ובשל — סובל ממצב של חוסר גורמי הקרישה. פקטורים אלה, כאמור לעיל, נוצרים בכבד, אך בימים הראשונים אחרי הלידה אין הכבד בשל עדיין לפעילות זו, וברור שאינו יכול לעמוד במעמסת יתר של התערבות כירורגית, ולכן ברית מילה בגיל 6—3 ימים יכול לגרום למותו של התינוק עקב דם מסיבי, ללא יכולתו של התינוק להתגבר על הדמם הזה.

יתר על כן, בתקופה זו של חייו יכול התינוק לדמם גם באופן עצמוני על פני העור, דרך מערכת העכול ואפילו במוחו, עקב חוסר פקטורים אחדים התלויים בנוכחות ויטמין K, שהכבד הבלתי בשל לא מסוגל לייצר בכמות מספקת. דבר זה אופייני יותר לתינוקות „בעייתיים“ (פגים, חולים, או שנולדו בעזרת מלקחיים, שולפן ריק או חתך קיסרי). מקובל כיום לתת זריקת ויטמין K באופן מניעתי מיד לאחר הלידה ובכך מונעים אנו הופעת הדמם הזה.

אם לא ניתנה הזריקה של ויטמין K ואמנם הופיע הדמם המתואר לעיל, נקרא המצב „מחלת הדמם של היילוד“ — Hemorrhagic Disease of the Newborn. ניתן לטפל בתינוק זה על ידי הזרקת ויטמין K, או מתן דם טרי,

ועל ידי כך לספק לו את הפקטורים הדרושים להפסקת הדמם. בדרך כלל המצב חולף לפני היום השמיני, ולאחר בדיקות מעבדה מתאימות ניתן להחליט שהתינוק הבריא ומבחינה רפואית הוא מסוגל לעמוד בברית המילה.

באופן פיזיולוגי עד גיל 8 ימים הכבד מתחיל להתאושש. הוא הולך ומתבגר ותיפקודיו משתפרים. ואמנם בגיל שמונה ימים קיימת כבר רמה מספקת של גורמי הקרישה ומניעת הדמם, כך שהתינוק יכול לעמוד בהצלחה בביצוע הברית.

אכן, ברור שהבעיה שונה ומסובכת יותר בתינוקות חולים ובפגים, אשר אצלם צריך לקבוע את תאריך המילה באופן אינדיבידואלי — לפי המצב.

והנה קיימים מצבים חולניים, האופייניים לפגיעה במערכת הקרישה, כאשר קיים חוסר תורשתי של גורמי קרישה בודדים או אחדים. במקרים אלה מצב החסר הוא קבוע לכל החיים, וכמובן שברית מילה — ככל התערבות כירורגית — היא מסוכן בכל גיל, אם לא תיעשה הכנה רפואית מתאימה לפני ההתערבות הכירורגית.

החסר הנפוץ ביותר הוא חסר פקטור 8 (VIII), הגורם למחלת ההמופיליה. מחלה זו עוברת בתורשה מאם לבניה, כאשר האם היא בריאה והבן חולה. במחלה זו הנשים נושאות את הגן הגורם למחלה, אך הן עצמן אינן חולות. מאידך, הזכרים הנגועים בגן זה חולים בפועל במחלה זו. לאם נגועה יש סכוי ש-50% מבניה יחלו במחלה זו. המחלה מתבטאת בדמומים קשים, בעיקר לרקמות הרכות ולפרקים. כל נתוח בחולים אלו עלול לגרום לדמם קשה.

אנו יכולים לוודא מציאות מום קרישה כאשר מבצעים בדיקות של תפקודי הקרישה סמוך ליום השמיני לחיי התינוק. בגיל זה אנו מצפים שהתינוק בריא ובשל ויראה תוצאות תקינות של תפקודי הקרישה. באם המנגנון אינו תקין, אנו מצינים את התינוק לברית המילה עם פלסמה טריה, הכוללת את הפקטור החסר ועל ידי כך אנו משלימים לו את החסר לו, כדי שיוכל להקריש את פצע המילה.

מחלה נדירה יותר היא מחלת כריסטמס (Christmes) הנובעת מחוסר פקטור 9 (IX). המחלה הו מתנהגת מבחינה קלינית כמו ההמופיליה. בצורה דומה תוארו מחלות קרישה הנובעות מחוסר מולד של שאר הפקטורים, אך מצבים אלו נדירים.

קבוצה אחרת של מחלות קשורה בטפיליה, ומתבטאת בהפרעה במניעת הדמם. ברם, מנגנון מניעת הדמם אינו מתפתח ומתנהג כמנגנון הקרישה ביילוד, ומספר הטרומבוציטים אינו תלוי בגיל היילוד.

הפרעה ראשונית במספר הטרומבוציטים ותיפקודם הוא נדיר ביותר. רוב ההפרעות בפעילות הטסיות ביילוד קשור במחלות מסוימות אצל האם, בעיקר כשהיא סובלת ממיעוט הטסיות (לדוגמה, עקב I.T.P. או מחלת לופוס). במחלות אלו יכולה האם להעביר נוגדנים לטרומבוציטים הנמצאים בדמה דרך השליה לרך

הנולד ובכך לגרום אצלו למיעוט טסיות.

תופעה זו אינה קשורה במנגנון הקרישה כלל, ומתבטאת בדימומים טפוסיים על פני העור והפרעות אופייניות בבדיקות המעבדה. כמובן, שמיעוט טסיות ללא טיפול מהווה הוראת-נגד לביצוע המילה עד להבראה ותיקון המצב.

בסיכומי של דבר, על המוהל להיות ער לבעיות של נטיה לדמם אצל היילוד. הוא חייב להפשיט את התינוק לגמרי לפני שהוא ניגש לפעולת המילה, כדי לוודא העדר שטפי דם על פני עורו של התינוק. כמו כן חייב המוהל לברר היטב אם היו מחלות של דימומים במשפחה לפני שהוא מל את התינוק. כל חשש לדימום אצל התינוק, או ספור משפחתי של נטיה לדמם, דורש התיעצות עם רופא לפני ביצוע ברית המילה.