

ד"ר חנה קטן
הרב יואל קטן

אילחוש אפידורלי בלידה – מבט רפואי והלכתי

ראשי פרקים:

1. כאב הלידה במקרא
2. מניעת כאב הלידה
3. האילחוש האפידורלי
4. כיצד מבצעים אילחוש ("הרדמה") אפידורלי?
5. תופעות הלוואי והסיבוכים של אילחוש אפידורלי
6. השפעות של אילחוש אפידורלי על מהלך הלידה
7. ההוריות בעד מתן הזריקה
8. ההוריות נגד מתן הזריקה
9. יתרונות במתן זריקת האפידורל
10. חסרונות במתן זריקת האפידורל
11. סוג נוסף של אילחוש: אילחוש שידרתי
12. האלטרנטיבות לאילחוש האפידורלי וחסרונותיהן
13. סיכום

1. כאב הלידה במקרא

כאב הלידה מתואר במקרא פעמים רבות, לראשונה בפסוק הידוע – חלק מהקללה שספג כל המין האנושי – 'בעצב תלדי בנים'¹, ובהמשך ככאב 'קלאסי', אליו נמשלו ייסורים וצרות שנפלו על עם ישראל לדורותיו. המיוחד בכאב הזה הוא שזהו כאב שסופו תקווה, סופו אושר, ולכן נמשלו לו בעיקר הכאבים הסופיים שבעקבותיהם באה הישועה, למשל 'כמו הרה תקריב ללדת תחיל תזעק בחבליה – כן היינו מפניך ה''², ובהמשך: '...יציץ ופרח ישראל, ומלאו פני תבל תנובה'. ולעתיד לבוא תתבטל הקללה הזו: 'בטרם תחיל – ילדה, בטרם יבוא חבל לה – והמליטה זכר'³!

1. בראשית ג, טז.

2. ישעיהו כו, יז.

3. שם סו, ז.

2. מניעת כאב הלידה

קדמונינו מתארים נשים צדקניות שזכו ללדת ללא כאבים⁴, מכאן שצער הלידה אינו קללה שאי-אפשר להיפטר ממנה, קל-וחומר שאין איסור להיפטר ממנו. אין על-פי ההלכה והמסורת היהודית שום ענין לרצות בכאב, גם לא בכאב הלידה. מעולם לא עלה הנושא בדורות הקודמים לדיון הלכתי, מרוב פשטותו, בניגוד לגישות נוצריות מסוימות הרואות בקללה – ציווי⁵. ההתחשבות בכאב הלידה היא כה גדולה, עד שלמרות החשיבות שבמצוות פרו ורבו, ולמרות האיסור הגדול שיש על-פי ההלכה במניעת הריון [כמובן כשאין סכנה] – התירו כבר לפני דורות רבים חלק מהפוסקים לאשה המצטערת יתר-על-המידה בלידותיה 'לשתות כוס של עקרין', כדי להימנע מהריונות שיביאו בעקבותיהם את כאב הלידה⁶.

החשש היחיד העומד בפני פוסקי דורנו הוא שהאילחושים למיניהם יכניסו למצב של סכנה את היולדת או את עובריה, ושהשיקולים הרפואיים ישמרו על יחס ערכים נאות בין ייסורי האשה לבין בריאותה ובריאות וולדה. אם נוסף על כך את הגישה הזהירה באופן כללי של הרבה מהפוסקים הגדולים – נוכל להבין את ההסתייגות המסויימת שיש לחלק מן הפוסקים מפני שיטות אילחוש חדשות, בעיקר אילחוש אפידורלי [epidural, על-קשיתי]. למעשה בשעת צורך גם הפוסקים המחמירים ביותר מקילים בענין זה⁷.

כאמור, למרות הקללה 'בעצב תלדי בנים' שמלווה את האשה מזמן בריאת העולם – יש כיום אמצעים לטשטש עצב זה⁸. נעסוק בעיקר בשיטת האילחוש האפידורלית, המקובלת יותר ויותר כאמצעי להקלת כאב הלידה.

3. האילחוש האפידורלי

ההרדמה האפידורלית נמצאת בשימוש, בניגוד למה שמקובל לחשוב, כבר קרוב למאה שנה. השימוש בה החל לצורך ניתוחים אורטופדיים, בעיקר בפלג הגוף התחתון. למיילדות נכנסה ההרדמה האפידורלית לפני למעלה משלושים שנה. בספרות העולמית מתוארת שכיחות השימוש בהרדמה זו כנעה בין 20% בבתי חולים אוניברסיטאיים שונים⁹ לבין 80%

4. ראה סוטה יב, א, ו-כו, א; וראה בדברי יוסף בן מתתיהו בקדמוניות ספר ב ט, ד על יוכבד.

5. ראה באנציקלופדיה הלכתית רפואית כרך ג עמ' 307 הע' 19-18.

6. ראה הרפואה והיהדות לרב יעקובוביץ, עמ' 139 הע' 46.

7. ראה בספר גניקולוגיה, פוריות ויילודים לאור ההלכה, בהוצאת המועצה הדתית ירושלים תשנ"ג, עמ' 47 ואילך.

8. עוד נשאר מספיק 'עצב' בהריון ובצער-גידול-בנים...

9. Hueston WJ et al., "Factors Associated with the Use of Intrapartum Epidural Analgesia", *Obst Gyn* 84 (4) (1994): 579-582.

בצרפת למשל¹⁰. נשים רבות נמנעות מלהשתמש בשיטה זו עקב חששות הנובעות מההנחה שהרדמה זו נחשבת עדיין פעולה נסיונית, שלא נצבר בה נסיון מספיק; כאמור הנחה זו אינה נכונה.

מהי הרדמה זו? מדובר על הרדמה מקומית המבוצעת על-ידי החדרת חומר מאלחש לרווח האפידורלי, שהוא המרווח שבין ה-דורה (השיכבה **החיצונית** הקשה המקיפה את חוט השדרה) לבין המרווח הקשתי (הפנימי יותר), שבו נמצא נוזל המקיף את חוט השדרה. חוט השדרה הוא מרכז עצבים הנמצא בתעלת השדרה, שהיא חלל העובר לאורך חוליות השדרה עד למוח. מטרת הזריקה לשתק את העצבים התחושתיים בחוט השדרה ולא את העצבים המוטוריים, על-מנת לשתק את הכאב של האשה, ומאידך לאפשר את המשך פעילות השרירים.

4. כיצד מבצעים הרדמה אפידורלית?

האילחוש האפידורלי נעשה בשלבים: **בשלב הראשון** האישה מקבלת כמות של 1-2 ליטר נוזלים לווריד, על מנת למנוע ירידה בלחץ דמה, העלול להיגרם עקב הרפיה של שרירי דופן כלי הדם בעקבות הזרקת חומר ההרדמה למרווח האפידורלי של חוט השדרה.

בשלב השני האשה נבדקת על-ידי רופא מרדים. הרופא שולל הוריות-נגד להרדמה אפידורלית [שנודון בהם בהמשך], וכן בודק את מבנה הגב של היולדת על-מנת למצוא את המקום המתאים להחדרת המחט בין החוליות.

בשלב השלישי האשה מושכבת על צידה בכיוון מירבי, כשהברכיים כפופות וצמודות לבטנה, או כשהיא יושבת וכפופה כיוון מקסימלי קדימה.

בשלב הרביעי מבוצע חיטוי קפדני במקום שנבחר להחדרת המחט, מוזרקת הרדמה מקומית לעור, ואח"כ מוחדרת מחט עבה לרווח האפידורלי. המרדים מזהה שאכן המחט נכנסה למקום המתאים, וזאת כאשר הוא מרגיש שנעלמת ההתנגדות של הרקמות לכניסת המחט, דהיינו שהוא חדר לתוך המרווח האפידורלי. הפעולה דורשת מיומנות של המרדים, וכמו כל פעולה חודרנית דרושה הסכמה מראש (ובכתב) של האשה.

בגמר הכנסת המחט למקום המתאים מחדירים במקומה צינורית דקה, כדי לאפשר להוסיף מנות של חומר במשך הטיפול הרפואי כאשר זה ידרש (בערך פעם בשעה). החומר שהוחדר לתוך המרווח האפידורלי מתפשט אט אט וגורם להרדמה של שורשי העצבים¹¹. זוהי שיטת ה-single bolus, המתן

10. Dailland P et al., "Epidural Anesthesia for Labor" *Cah Anest* 44 (1996): 127-143.

11. Chestnut DH, *Obstetric Anesthesia* (Mosby, 1994); Jacques A, "Epidural Analgesia" *Br J Nurs* 3 (14) (1994): 734-738; Moir DD, "Local Anaesthetic Techniques in Obstetrics", *Br J Anaest* 58 (1986): 747-759.

במנות קטנות. קיימות עוד שתי צורות מתן: האחד הוא מתן מתמשך וממושך, והשני הוא מתן הנשלט על-ידי החולה – (PCA) patient-controlled analgesia.

5. מהן תופעות הלוואי והסיבוכים של השיטה הזו?

כמו כל פעולה רפואית חודרנית גם באילחוש האפידורלי עלולים לקרות סיבוכים, ועלולות להיות לו תופעות לוואי. כל התופעות שלהלן, אם הן קורות, מהוות בעיה לטווח הקצר בלבד:

א. בחלק קטן של המקרים [4%-5%] קיימת ירידה בלחץ הדם. התופעה יכולה להיות קלה וללא צורך בטיפול, או קשה – ואז יש להגביר את נפח הדם של היולדת שיתכן שכבר ירד קודם עקב דימום רב או התייבשות בגלל אי-הוספת נוזלים לגוף. בנוסף ניתן להחדיר לגוף חומרים מכווצי כלי דם, כדי להעלות את לחץ הדם לרמה תקינה.

ב. ייתכנו כאבי גב בנקודת ההזרקה למשך מספר ימים.

ג. סיכון נוסף [קורה בין 5% ל-15% מהמקרים] הוא חדירה והזרקה חומר ההרדמה לתוך כלי דם, מה שעלול במקרים נדירים לגרום לתופעות נוירולוגיות של בלבול, טשטוש, ועד להתכווצות כללית.

ד. עלול להיגרם גם שטף דם לתוך החלל האפידורלי – זה קורה בעיקר בנשים שיש להן הפרעות קרישה מסוגים שונים. אפשר למנוע זאת מראש אם עושים בדיקות לתיפקודי קרישה, ובדיקות אלו הן חלק מההכנה המקובלת לפרוצדורה זו.

ה. לעיתים נדירות חודרת בטעות המחט לתוך הדורה והנוזל השידרתי. ב-2/3 מהמקרים נגרם מכך ליולדת נזק זמני, שלרוב מתבטא רק בכאבי ראש שחולפים תוך זמן קצר; אם הם אינם חולפים אפשר לטפל בכך על-ידי שאיבת דם מהיולדת והזרקתו לחלל האפידורלי, על-מנת לסתום את החור שנוצר בקשית שבצמוד השידרה (blood patch).

ו. אם חדרה המחט לדורה, והמרדים לא שם לב לכך והחדיר את כל החומר לשם – הוא עלול להרדים את כל חוט השידרה, מה שיכול לגרום לירידת לחץ דם מסוכנת, תוך שיתוק השרירים הרצוניים כולל שרירי הנשימה, עד לידי צורך בהנשמה מלאכותית. אך תקלה זו נדירה ביותר, ולא דווח בספרות הרפואית על שום מקרה מוות או נזק ארוך טווח בעקבות תקלה כזו¹².

12. בהערה הקודמת 3. Datta S, *The Obstetric Anesthesia Handbook* (Mosby, 1995). Norris MC, *Obstetric Anesthesia* (Lippencott, 1992).

בספרות נמצאות רק שלוש עבודות רנדומליות פרוספקטיביות עם מסקנות לא ברורות לגבי יתרונות האפידורל. במחקר שהתפרסם לאחרונה¹³ צויין שרק רבע מהנשים שעמדו ללדת במרכז רפואי גדול והוצע להם אילחוש אפידורלי הסכימו להצעה, כאשר קרוב למחצית מהנשים שנמנעו ממנו חששו שיסבלו כתוצאה ממנו מכאבי גב, רכות אחרות חששו משיתוק או פגיעה עצבית, ואחרות סירבו להצעה בגלל חשש מכאבי ראש. החוקרים מציינים שנשים דתיות נענו פחות להצעה לקבל אילחוש אפידורלי מנשים חילוניות, והם תולים את זה בין השאר בהיעדר תמיכת 'המנהיגים הדתיים' בביצוע פרוצדורה זו, בהתמודדות טובה יותר של הנשים הדתיות עם הכאב, וכן בהשלמה עם הכאב כהכרחי וכחלק מתהליך הלידה. לדעתנו אין הצדקה למניעת השימוש באילחוש אפידורלי כאופציה מקובלת במהלך הלידות.

יש לציין שאין עדות בספרות לסיבוכים ארוכי-טווח. מקובל בציבור שהזריקה גורמת לכאבי גב-תחתון, אך הדבר לא הוכח; שליש מן הנשים היולדות סובלות בכל מקרה מכאבי גב גם לאחר לידה רגילה, עקב השינויים בעמוד השדרה וביציבה, הנגרמים על-ידי גדילת הרחם במהלך ההריון, ללא שום קשר לאפידורל. מלבד זאת – כמעט תמיד כאבי גב אלו חולפים לחלוטין תוך זמן קצר, ואם לא – מדובר בדרך כלל בבעיה אורטופדית שאינה קשורה באילחוש האפידורלי, הדורשת בכל מקרה טיפול מתאים¹⁴.

למרות רשימה ארוכה זו – בסך-הכל הסיבוכים מאוד נדירים, ואם הם קורים הם נמשכים זמן קצר ואין להם נזק מצטבר.

6. ההשפעות של זריקת האפידורל על מהלך הלידה

- רוב ההשפעות של האילחוש האפידורלי על מהלך הלידה הן חיוביות:
- א. מניעת סיבוכים בעובר, למשל נשמת-יתר המופיעה עקב כאבי הלידה, הגורמת לאספקת דם ירודה לשלייה ולתת-חימצון של העובר¹⁵.
 - ב. מניעת הכאב אצל האשה, הגורם להפרשת חומרים פעילים המעכבים את הלידה.
 - ג. הזריקה מקצרת בדרך כלל את השלב הראשון של הלידה [מתחילת ההתכווצויות ועד לפתיחה שלמה של הצוואר] בגלל הרפיית השרירים

13. א' שיינר, א' שוהם-ורדי, מ' מזור, ר' הרשקוביץ ומ' כץ, מאפייני יולדות בהן בוצע אילחוש על קשיתי (אפידורלי). **הרפואה**, 134 (1998): 929-931.

14. ראה בשתי ההפניות הראשונות בהע' מס' 12, וכן ב: Farabow WS et al., "A Twenty-year Retrospective Analysis of the Efficacy of Epidural Analgesia-Anesthesia when Administered and/or Managed by Obstetricians", *Am J Obst Gyn* 169 (1993): 270-278.

15. Diaz JH, *Perinatal Anesthesia and Critical Care* (Saunders, 1991).

שהזריקה גורמת, ומאידיך יש לעיתים קרובות האטה בשלב השני של הלידה [מפתיחה שלמה ועד ליציאת הראש], דבר הגורם לעיתים ליותר התערבויות מכשירניות – ואקום או מלקחיים. הארכת השלב השני של הלידה איננה בעייתית כאשר ההזרקה בוצעה בתנאים מתאימים, כמו מיקום מתאים של הראש בתעלת הצוואר וכאשר הדופק העוברי תקין, ואז נמנעת התערבות מכשירנית ורק מתארך שלב ההמתנה לירידת הראש, ללא השפעה כלשהי על האשה שאינה סובלת מכאבים, או על העובר (כאשר אינו במצוקה).

לאחרונה התפרסם מחקר חשוב בנושא זה, בו הישוו החוקרים 2369 נשים שקיבלו אילחוש אפידורלי לנשים שקיבלו טישטוש בלבד¹⁶. לא נמצאה עליה בסיכון לניתוח קיסרי בקרב נשים שהורדמו אפידורלית, הילודים שנולדו לאימהות שהורדמו אפידורלית היו עירניים יותר מאלו של האמהות שקיבלו טישטוש, והכאב שסבלו הנשים שקיבלו אילחוש אפידורלי היה כמובן קטן משמעותית. אומנם היתה אצלן עליה קלה במספר ההתערבויות המכשירניות, והיתה התארכות מסויימת של תחילת הלידה, אך בס"ה היתה שביעות רצון רבה מפרוצדורת האילחוש האפידורלי.

7. ההוריות בעד קבלת הזריקה

יש לאפידורל יתרון גדול במקרים של הריון בסיכון גבוה, כאשר קיים ממילא סיכוי גבוה מראש להתערבות מכשירנית או ניתוחית המצריכה הרדמה. מומלץ מאוד להשתמש בשיטה זו במקרים הבאים:

הוריות אימהיות

- א. יתר לחץ דם הריוני, בתנאי שאין פגיעה בתיפקודי הקרישה (דבר שנבדק ממילא במצבים אלו).
- ב. מחלת לב אימהית.
- ג. מחלות נשימה של האם.

הוריות עובריות

- א. פגות.
- ב. הריון של תאומים.
- ג. מצג עכוז וכד'¹⁷.

16. JAMA 280 (1998): 2105-2110.

17. Datta S, "Anesthetic and Obstetric Management of High-risk Pregnancy" in *Mosby Yearbook* (1991).

8. ההוריות נגד קבלת הזריקה

ישנן מספר מצבים המהווים הוריית-נגד לקבלת אילחוש אפידורלי:

- א. מרדים לא מיומן.
- ב. מצב קיצוני של חוסר נוזלים.
- ג. עיוותים קשים בגב או בעמוד השדרה.
- ד. מחלות שונות במערכת העצבים.
- ה. זיהומים באיזור החדרת המחט.
- ו. הפרעה בתיפקודי קרישה – כמו מספר טסיות למטה מ-100,000.
- ז. שלב בלתי מתאים של מהלך הלידה – לפני לידה אקטיבית או סמוך מאוד לסיום הלידה.

9. יתרונות זריקת האפידורל

יתרונות האילחוש האפידורלי רבים:

- א. מוריד קטכולאמינים בדם, כי האשה אינה במצב של כאבים.
 - ב. משפר פרפוזיה רחמית-שלייתית.
 - ג. מוריד לחץ דם במקרים של רעלת הריון.
 - ד. הרדמה מקומית שחומרי ההרדמה אינם עוברים לעובר.
 - ה. האם בהכרה מלאה, ויכולה לשתף פעולה במהלך הלידה.
 - ו. האילחוש מהווה הכנה מוקדמת לניתוח קיסרי מיידי, אם יתעורר צורך.
 - ז. ניתן להוסיף חומר הרדמה בסיום הלידה עבור תפירת האפיוזיטומיה, או להקלה על התכווציות הרחם, ואין צורך בהרדמה חדשה.
- יש לציין שהפרופיל הביוכימי של היילודים במצבים של לידות ממושכות וקשות טובים יותר בהרדמה אפידורלית מאשר בהרדמות אחרות, או ללא כל הרדמה. זהו סימן לכך שיש פחות דחק (stress) סביב הלידה כשליולדת ניתן אילחוש זה. המנגנון הוא כנראה הורדת רמת catecholamines (חומר המופרש בדם בעקבות מצבי דחק).

10. חסרונות זריקת האפידורל

לאילחוש האפידורלי יש גם חסרונות מסויימים:

- א. דרוש צוות מיומן.
- ב. תיתכן הרדמה חלקית בלבד (למשל רק בצד אחד של הגוף).
- ג. ההרדמה יכולה להתבצע רק בטווח הזמן שבין תחילת לידה פעילה (פתיחה מתאימה, ראש לא מדי גבוה באגן), אך לא סמוך מדי ללידה (מפני שלוקח זמן מסויים להכין את הפרוצדורה ולבצעה).

- ד. עקב איבוד-תחושה זמני בכיס השתן יש צורך במשך זמן מסויים לשאוב את השתן של היולדת בעזרת קטטר, מה שאינו נעים לאשה, ועלול להעלות את שכיחות הזיהומים בדרכי השתן לאחר הלידה.
- ה. יתכן רעד בלתי-רצוני בעקבות הזריקה, או החמרה ברעד שקיים פעמים רבות ממילא בעקבות הלידה.
- ו. הגבלה בתנועתיות של האשה במשך כשש שעות לאחר הלידה.
- ז. תיתכנה יותר לידות מכשירניות.
- ח. צורך להוסיף מדי שעה חומר הרדמה¹⁸.

1.1. סוגים נוספים של אלחוש שידרתי

סוג מיוחד של זריקת אפידורל נקרא 'אפידורל בהליכה' [walking epidural]. הכוונה שהאשה מקבלת את זריקת האפידורל, ממשיכה לנוע וללכת בכוחות עצמה עד להתקדמות הלידה, בצורה זו אין ירידה בלחץ הדם, ויש השפעה סלקטיבית רק על כאב, ללא שיתוק מוטורי או סנסורי. קיימת השפעה סלקטיבית על סיבי העצב הדקים (סיבי C) שעוביים בין 0.1-2.5 מיקרונים, והם אחראים בלעדית להעברת כאב (בעוד שהסיבים העבים יותר הם מוטוריים).

התנאים לביצוע אלחוש אפידורלי מסוג זה הם:

אשה בריאה; עובר יחיד; מצג ראש; ירידת מים נקיים, עם ראש מבוסס; מוניטור ראקטיבי. כמו-כן אסור לאשה לקבל פתידין פחות משלוש שעות לפני זריקת האפידורל.

יתרונות הרדמה זו רבים:

האשה יכולה לנוע בכוחות עצמה ולהיות עצמאית עוד זמן רב; אין ירידות לחץ דם פתאומיות; אין טשטוש מוטורי או טשטוש תחושתי עמוק, וזה מקל מאוד על שיתוף הפעולה עם היולדת בזמן הלידה; הלידה יכולה להתבצע בתנוחה הנוחה לאשה; אין צורך בקטטר לריקון שתן; היולדת חשה יותר שליטה במצבה, והרבה יותר שביעת-רצון; יתכן שההליכה של היולדת מקצרת את השלב הראשון של הלידה.

בעבודה מדגמית ראשונית שבדקה חמישים נשים שילדו בבית החולים 'משגב לדרך' בירושלים וקיבלו אלחוש בשיטה זו, נמצאו התוצאות הבאות:

שביעות רצון רבה מאוד של הרוב המוחלט של הנשים.

לכולן לא היו הגבלות תנועה עד הלידה עצמה.

18. Ackerman WE, Juneja MM, *Obstetric Anesthesia Pearls* (Appleton and Lange, 1992); Norris MC, *Obstetric Anesthesia* (Lippencott, 1992); Shnider S, Levinson G, *Anesthesia for Obstetrics*, third ed. (Williams and Wilkins, 1993).

אחוז ההתערבויות המכשירניות בזמן הלידה ואחוז הניתוחים הקיסריים היו נמוכים מאוד (2 לחמישים!).

בסוג אחר של אילחוש שידרתי נקרא caudal anaesthesia. אילחוש זה מבוצע במיקום נמוך יותר בעמוד השדרה, בחוליות התחתונות של חוט השדרה. היתרון העיקרי הוא האפשרות להשתמש באילחוש זה ממש סמוך ללידה, עקב ההשפעה המהירה והיעילה של אילחוש זה על איזור מיפתח הנרתיק. חסרונותיו כוללים את החשש לפגיעה בעובר עקב המיקום הנמוך של החדרת החומר, ובנוסף יכולה להיגרם הפרעה למהלך הלידה, מפני שבעקבות שיתוק שרירי האגן יקשה על העובר לסובב את ראשו במשך הלידה. כמו-כן יש צורך להחדיר כמות חומר הרדמה גבוהה יותר מאשר באילחוש האפידורלי. מסיבות אלו השיטה דורשת מיומנות רבה יותר של המאלחש.

שיטה אחרת נקראת Saddle Block Anaesthesia. זוהי שיטת אילחוש המתאימה ללידה קרובה מאוד. האילחוש נעשה סמוך לסוף השלב הראשון של הלידה, בין החוליות S2-S4 שבחוט השדרה. האשה נשארת במצב ישיבה, וחומר ההרדמה יורד מטה עם פחות מעורבות סימפטטית ופחות ירידת לחץ דם פתאומית.

האלטרנטיבות לאילחוש האפידורלי וחסרונותיהן

חייבים לזכור מה הן האלטרנטיבות לאילחוש האפידורלי:

הרדמה כללית דרושה רק במצב של ניתוח חירום; אולם לפעמים משתמשים בחומרים המשמשים להרדמה כללית לצורך הרפיית הרחם, כאשר יש צורך לבצע פעולות תוך-רחמיות כגון משיכת עכוז, היפוך פנימי של עובר, הוצאה ידנית של שלייה, החזרת הרחם למצבו התקין במצב של 'היפוך רחם', וכד'. דוגמא לתכשיר מתאים להרפיית הרחם היא מתן ניטרוגליצרין nitroglycerin לתוך הווריד. הרפיית הרחם בשיטה זו חוסכת לעיתים את הצורך בניתוח בהרדמה כללית.

ישנן שתי שיטות לחסימות עצביות מקומיות: האחת נקראת pudendal nerve block, סוג של הרדמה הניתנת בדרך כלל יחד עם מתן מאלחש מקומי בזריקה, על מנת לגרם להרדמה באיזור הפרינאום (איזור מיפתח הנרתיק) כשסוגים שונים של אילחוש לא מספיקים. חומר ההרדמה מוחדר לעצמות האגן בזריקה דרך הנרתיק. סוג אחר נקרא paracervical block, שמשמשים בו רק כששיטות אחרות לא ישימות. השיטה מועילה בעיקר לשלב הראשון של הלידה, והיא גם גורמת לאחוז מאוד גבוה של האטת הדופק אצל העובר (עד 33% מהמקרים). הזריקה מוחדרת לריקמה התת-ירית של הנרתיק בשני צידי צוואר הרחם. עצם קירבת מיקום הזריקה לעורק הרחם עלולה לגרום להעברת כמות גדולה של החומר לעובר.

הזרקת פתידין (pethidine, 'זריקת טשטוש') לווריד מאוד מקובלת בחדרי הלידה. התרופה היא מקבוצת האופייטים (epoids). ההוריה המקובלת למתן פתידין היא בשלבים המוקדמים של הלידה, או במצבים בהם אין אפשרות לתת ליולדת אילחוש מקומי. שיטת אילחוש זו נחשבת לבלתי-יעילה במיוחד – היא גורמת לעירפול היולדת, אך לא מדכאת כאב באופן משמעותי; בעקבות כך האשה ממשיכה לסבול במידה רבה, ולכך יש השפעה על אספקת הדם לעובר, מה שעלול לגרום לו לירידות בדופק. יש להוסיף על כך את מתח השרירים הגבוה של האשה הסובלת, העלול להפריע להתקדמות הלידה. לעיתים קרובות נגרם לעובר דיכוי של מערכת העצבים המרכזית, וזה עלול להתבטא בדיכוי נשימתי או חמצת נשימתית כאשר הזריקה ניתנת סמוך ללידה, מה שמחייב נתינת תרופות נוגדות לילוד החדש. לפעמים נגרמים שינויים בדופק העוברי, שמפריעים למעקב בעזרת מכשירי הניטור אחר מצב העובר בזמן הלידה. דרגת ההשפעה ומשמעותה תלויים בתרופה הספציפית שניתנה ליולדת ובמינונה, בזמן שעבר בין נתינת חומרי האילחוש לבין הלידה וכן בכשלות העובר – פגים רגישים לחומרים אלו הרבה יותר מתינוקות בשלים.

פתידין ניתן במינונים של 10-25mg עד למינון מקסימלי של 100mg. מקרים של דיכוי אימהי ועוברי נצפים תוך 20-25 דקות ממתן החומר לתוך הווריד, ושעה עד שלוש שעות לאחר מתן החומר לתוך השריר. לכן רגילים לתת את החומר מוקדם יותר מתחילת הלידה בפועל. בדרך כלל מוסיפים לפתידין חומר נוסף דרך השריר (promethazine, פנרג'ן) במינונים של 20-25 מ"ג על-מנת לסייע ליולדת במניעת חרדה, ולהוריד את צריכת הפתידין. אין הגברה של דיכוי היילוד, ומצטמצמות תופעות כגון בחילה.

תכשיר נוסף נקרא קטמין, והוא ניתן במינון קטן לתוך הווריד. האילחוש מושג תוך מספר דקות, ויש סכנה לדיכוי נשימתי של התינוק רק במינונים גבוהים של התרופה (מעל 1mg). האילחוש הזה טוב רק כתוספת לאילחוש המקומי, ודווקא כשהוא ניתן סמוך מאוד ללידה.

אלטרנטיבה אחרת הקיימת להפחתת כאבי הלידה היא מסכת חמצן (nitrous oxide); ישנם חומרים מקבילים הניתנים ברמות תת-אנסטטיות בשלבים המאוחרים של הלידה, כגון הלוטן (halothane, isoflurane, methoxyflurane ו-nitrous oxide). היולדת נשארת ערה ומשתפת פעולה, ושומרת על רפלקסים נשימתיים תקינים. אחד הסיכונים הוא מינון יתר שיגרום לאיבוד רפלקסים נשימתיים, שעלולים לגרום להקאות, העשויות לגרום לאספירציה נשימתית. סימני מינון יתר הם התרגשות יתר, וכן בלבול וטשטוש.

יש לציין עוד את שיטת 'לידת המים' - האמורה לסייע בהרפיית שרירי האגן וליצור 'סביבה טבעית' לאם וליילוד בזמן הלידה; שימוש במכשיר ה-TENS, המזרים לאשה פולסים חשמליים בשיטה מיוחדת האמורים להוריד את רמת הכאב; שיטות היפנוזה שונות; שימוש בשיטת PAULA (שיטת השרירים הטבעתיים); שימוש באקופונקטורה (שיטת הדיקור הסיני); ולבסוף – לימוד שיטות הרפייה שונות. ניתן לומר באופן כללי שלרוב היולדות שיטות אלו אינן ישימות או אינן יעילות באופן משמעותי, ואינן מצליחות להביא את היולדת לרמת רפיון-השרירים והרגיעה הקיימות אצל האשה היולדת בסיוע אילחוש אפידורלי. אין שום סיבה שלא להפוך את הלידה מחוויה כואבת - לנעימה, כזו שתגרור אחריה נכונות ללדת לידות רבות נוספות¹⁹.

12. סיכום

לרוב הנשים היולדות, הרוצות למנוע את כאב הלידה, אין למעשה שום סיבה להימנע מאילחוש אפידורלי, בידין של מרדים מומחה; ואין צורך לומר שראוי לנשים החוששות מהריון נוסף, או לאלו הדוחות אותו מחמת החשש מכאב הלידה – להשתמש בפיתרון זה, ובכך תירבה היולדה בעם בעז"ה.

מקור: אסיא סה-סו, עמ' 82-72 (1999)

19. Morgan B et al., "Effectiveness of Pain Relief in Labor: Survey of 1000 Mothers" *Br Med J* (1982): 685-690; Philipsen T, Jensen NH, "Maternal Opinion about Analgesia in Labor and Delivery", *Eur J Obst Gyn Rep Biol* 34 (1990): 205-210.