



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 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 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)]
 - תיפקודי כבד (כולל בילירובין)
 - תפקוד בלוטת מגן freeT3, freeT4, (Thyroid Stimulating Hormone), TSH (TSH)
 - ניתן להפנות לגסטרואנטרולוג לשלילת Helicobacter pylori (רמת הוכחה II-3)
- במצב של הקאות יתר בהיריון מוצע לשלול היריון מולרי (Gestational trophoblastic 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 פפטיטית, וכדומה)

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

שינוי אורח החיים

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

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

יש ליעץ להגדיל את שעות המנוחה (רמת הוכחה 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 (Zingiberofficinale) 1000 מיליגרם (מ"ג) ליום נמצא יעיל אולם הבטיחות העוברית במינון זה טרם הובהרה (רמת הוכחה והמלצה I-A). שימוש בדיקור סיני (Acupuncture) או נקודות לחץ (Acupressure) עשוי להיות יעיל (רמת הוכחה והמלצה 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 (Food and 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 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 Diclectin. במקרה של הקאותתכופות 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 והמלצה 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 בירור של סיבות פוטנציאליות אחרות, המשך טיפול על ידי הרהידרציה, תמיכה תזונתית והתאמה של טיפול תרופתי יכולים להיעשות במסגרת מרפאות הקהילה. ההחלטה על אשפוז חוזר תתבסס על שיקול דעת פרטני.

הצעה לתרשים טיפולי, נתון לשיקול דעת



הערות:

- ביישום האלגוריתם יוצאים מנקודת הנחה שסיבות אחרות לבחילות והקאות נשללו על ידי הרופא.
- בכל צעד, כאשר ניתנת הוריה לכך, יש לשקול הזנה לתוך הווריד.

בכל זמן ניתן להוסיף אחד או את כל הבאים:

- Pyridoxine (ויטמין B6) 25-50 מ"ג כל 8 שעות דרך הפה (2).
- אבקת שורש ג'ינג'ר, קפסולות או מיצוי עד 1000 מ"ג ביום.
- דיקור סיני או אקופרסורה בנקודה P6.

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

- באף מחקר לא נערכה השוואה בין תחליפי נוזלים ל-NVP.
- ויטמין B6 עד 200 מ"ג ליום הוא בטוח.
- למוצרי ג'ינג'ר לא מבוצעת בדיקת תקן.
- סרטואידים ואנטגוניסטים לסרטונין אינם מומלצים במהלך 10 שבועות ההריון הראשונים, בשל הגברת הסיכון לחך שסוע.

צוות הכנת נייר העמדה (2009)

פרופ' שמואל לוריא, דר' אידה אמודאי, דר' רובי אמסטר, דר' נגה פורת, דר' משה רויבורט, דר' אדוארדו שכטר, דר' יוחנן שמעוני.

צוות עדכון נייר העמדה (2017)

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.

ביבליוגרפיה

- McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: asystematic review. JAMA. 2016;316(13):1392-1401.
- ACOG Practice Bulletin No 153, September 2015. Nausea and vomiting of pregnancy.
- 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.
- Golberg D, Szilagyi A, Graves L Hyperemesis gravidarum and Helicobacter pylori infection: a systematic review. Obstet Gynecol. 2007;110:695-703.
- 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.
- 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.
- Smit M, Dolman KM, Honig A. Mirtazapine in pregnancy and lactation - A systematic review. Eur Neuropsychopharmacol. 2016;26(1):126-35.
- Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL. Treatment options for hyperemesis gravidarum. Arch Womens Ment Health. 2017.
- 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.
- Guttuso T Jr. Gabapentin's anti-nausea and anti-emetic effects: a review. Exp Brain Res. 2014;232(8):2535-9.

- Shlomo M, Cohen R, Berkovitch M, Koren G. [the approach to nausea and vomiting in pregnancy]. Harefuah 2015;154(11):720-4, 741.