

במהלך ביקור החולים הלימודי שבו נטלו חלק הסטודנטים, התפתח תהליך החיאה בחולה בן 94 שנה שפתח אי-סיסטולה בעקבות תסחיף לריאות. במהלך הדרמה המתלווה לכל מאבק על חייו של חולה, קראתי לסטודנטים להיכנס לחדר (שבו התנהלה ההחיאה), שהיה גדול דיו להכיל בנוסף להם 2 אחיות ועוד 4 רופאים (2 מומחים ו-2 מתמחים), על מנת ליטול חלק בתהליך עיסוי לב חייוני, שהוא לב ליבו של תהליך ההחיאה בכלל ובמקרה זה בפרט.

לאחר ההלם הראשוני שפקד אותם, התעשתו חלקם די מהר וחבשו כפפות, ותחת הדרכת החלו לבצע את תהליך העיסוי. במהלך האירוע הם למדו כיצד למצב את גופו של החולה (ידיים ישרות וברכי המעסה בגובה בית החזה של הקורבן) כדי לבצע החיאה בנוחיות וביעילות, תוך מעקב אחר עקום לחצים (לחולה היה קו ורידי מרכזי מחובר למתמר למדידת לחץ). הם אף למדו מהי מידת הלחץ שיש להפעיל על בית החזה כדי להפיק ערכי לחץ דם יעילים.

מתוקף היות הרופא הבכיר בחדר, ניהלתי את ההחיאה, ונוכח התמשכותה היה סיפק בידי גם לבחון את התנהגות הסטודנטים והתנהלותם במעמד זה. ארבעה סטודנטים (3 בנות ובן) "נדחפו" כדי לבצע עיסוי ולהשתתף בהחיאה באופן פעיל ביותר. סטודנטית אחת שהייתה בהריון עמדה חיוורת בפתח הדלת ולא השתתפה בעיסוי, לדבריה עקב מוגבלות גופנית. שלוש אחרות ביצעו סבב אחד בלבד של עיסויים, ולאחר מכן סירבה אחת להמשיך בסבב נשנה ושתים אחרות התחמקו באלגנטיות כשהן מתמקמות קרוב לדלת החדר מין "חצי בפנים חצי בחוץ", תוך שהן 'משרדות' הלם ופניהן חיוורות מפניו של החולה העובר החיאה.

ההחיאה נמשכה 65 דקות, ובמהלכה ניתנו לחולה סבבים נשנים של תרופות עיסוי והנשמה (לאחר צנור). הוא אף חווה מספר אירועים של חזרת דופק עצמוני (ספונטני) שלא החזיק מעמד, עד שלבסוף נקבע מותו של החולה.

מיד לאחר ההחיאה שאלתי את כולם אם הזדמן להם אי פעם לקחת חלק פעיל באירוע אמיתי של החיאה ותשובתם הייתה שלילית.

למחרת, בישיבת הבוקר, ביצעתי תחקיר של האירוע, וביקשתי מהסטודנטיות (היו רק 6 נוכחות) לתאר את הרגשתן, ולשתף את כולנו (נכחו בחדר גם כ-15 מומחים ומתמחים) בתחושתן הכללית לגבי האירוע ועצם השתתפותן בהחיאה כדי שכולנו נלמד. לפני זה הקדמתי ואמרתי שיש היום

A. הטיפול משך הכאבים (האנלגטי) לנשים מיניקות צריך להיות יעיל וצריך לאפשר הנקה רציפה ובטוחה.

B. עדיף ליטול תרופות עם סיום ההנקה. C. לגבי כל תינוק הנחשף לתרופה בהנקה, יש לעקוב אחר:

1. ארגעה (Sedation) (ישנוניות יתר).
2. הקאות, בחילות, שלשול וקושי ביניקה (Poor sucking).
3. דיכוי נשימתי.
4. קשר אס-תינוק (Poor attachment) קשר אס-תינוק רופף.

**המלצות ייחודיות:**

1. Etodolac ו-Naproxen אינן מומלצות בגלל זמן מחצית חיים (T<sub>1/2</sub>), ארוך ומידע מוגבל.
2. Codeine יש להימנע במקרים נדירים מאוד, אשר בהם האם היא Ultra rapid metabolizer.

3. הטיפול בעולם מוגבל (מלבד ישראל), עקב אפשרות של השפעות לוואי. ניתן ליטול במינונים נמוכים וקצרי טווח.
4. לרוב אין צורך לאחר לידה לדנית רגילה.
5. אין מספיק מידע.

**ברכה שטהל, פאול מרלוב**

המרכז למידע טרולוגי  
בית החולים בילינסון  
מרכז רפואי רבין

**הטיפול בכאב לאחר לידה: סקר מצב במחלקות לידות בישראל**

**לכבוד העורך**

שמחנו לקרוא את מכתבם של שטהל ו-מרלוב בנוגע למאמרנו. אכן, המטרה במאמרנו הייתה להעלות את המודעות לנושא, ואנו מברכים על התגובות שקיבלנו. גם בספרות העולמית קיימת אי אחידות בפרוטוקולים המוצעים לטיפול בכאב לאחר לידה בנשים מניקות.

רצוי כי בפרוטוקול טיפול בכאב לאחר לידה בנשים מניקות, יצוינו מינוני התרופות המומלצים, מרווח זמן מומלץ בין מנות נשנות ומינון מרבי מותר לכל תרופה בנפרד. תרשים הזרימה שהוצע לעיל יכול להוות בסיס לפרוטוקול כזה.

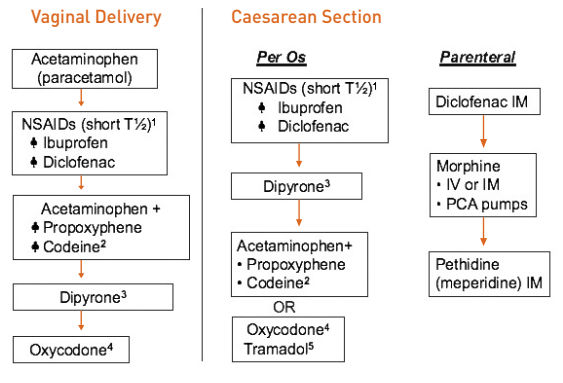
**עידו שולט**

**That's Real life - חומר למחשבה**

שמונה סטודנטים (7 בנות ובן אחד) בשלהי השנה השישית ללימודיהם בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל אביב, עברו תקופת השתלמות של שבוע במחלקתנו.

**"הטיפול בכאב לאחר לידה: סקר מצב במחלקות לידות בישראל" פרוטוקול (תרשים זרימה) מומלץ**

**Analgesic treatment for lactating mothers after birth Algorithm**



**הטיפול בכאב לאחר לידה: סקר מצב במחלקות לידות בישראל**

קראנו בעיון רב את סקירתם של עידו שולט וחב', שפורסמה בגיליון יולי 2009 של "הרפואה", (כרך 148, עמודים 427-431).

בסקר שערכו במחלקות הלידות בישראל לגבי הטיפול בתרופות בכאב לאחר לידה לדנית או ניתוח לחיתוך הדופן, הסיקו שאין אחידות בטיפול המומלץ. לא הופתענו מתוצאת הסקר, שכן כעוסקים בתחום, ידוע לנו שהמידע לגבי בטיחות הטיפול בתרופות בהנקה בקרב המטפלים והמטופלות, לרוב לוקה בחסר.

בשנת 1985 הוקם בבית החולים בילינסון מרכז למידע טרולוגי (Teratology) Beilinson Information Service - BELTIS, שמטרתו לספק מידע על בטיחות הטיפול בתרופות במהלך ההריון וההנקה. כמייעצים בתחום, לא אחת נתקלנו בהמלצות שגויות שהביאו לעיתים להפסקה מיותרת של ההנקה או לחלופין להמלצה להניק חרף הסיכון שבנטילת תרופה.

בנוסף לייעוץ הטלפוני, אנו נוהגים לפרסם פרוטוקול טיפולי בתחומים שונים. בחוברת השנתית ה-17 של המרכז שלנו המתפרסמת בימים אלה, סיכמנו המלצה לפרוטוקול טיפולי בכאב לאחר הלידה. ההמלצות מבוססות על ניסיון רב שנים, נתונים פארמקוקינטיים וסקירת הספרות הרפואית העולמית בנושא.

להלן הפרוטוקול (תרשים זרימה) המומלץ על ידינו:

**ההמלצות:**

**המלצות כלליות:**

מוסגר אוסיף – לא בטוח שאני אכן מאמין למה שאני אומר כרגע).

### סטודנטית 7:

לא הייתה נוכחת בישיבה, אך כשנדרשה בהמשך לעניין העלתה טיעון מאוד מעניין באמרה שזה לא היה 'אתי' לדבריה לשותף בהחייאה (עיסוי לב בלבד... זוכרים) סטודנטים שאינם רופאים מוסמכים עדיין.

זאת אכן הערה מלומדת מעמיקה ומושכלת ממי שבודאי מצטיינת ברמת משכל גבוהה – אחרת לא הייתה מתקבלת לפקולטה לרפואה ואף עומדת בעוד חודשיים שלושה להיות רופאה בישראל. נשאלת השאלה, אפוא, אם לא כדאי לקרוא לכל בתי הספר (כמו מד"א וכדו') – המלמדים החייאה בסיסית את הציבור ה"ליימן", ובזכות זאת ניצלים חייהם של אלפים בישראל ובעולם, לבדוק את ההיבט האתי של העניין, פן יועמדו לדין על ידי פעילי זכויות אדם...

### סטודנט 8:

לא השתתף בדיון שנערך בישיבת הבוקר, כי באותו בוקר לא שינה מדרכו לאחר מדי בוקר ולהגיע בזמנו החופשי. אולם הוא ציין שמאוד נהנה והתרשם מהאוירה במחלקה, ושאל אם יוכל לחזור ולבחור במחלקה שלנו בהמשך לאלקטיב...

### אריה רוט

טיפול נמרץ לב, המערך לקרדיולוגיה  
מרכז רפואי סוראסקי, תל אביב

אדרנלין", כשהיא יודעת שקלציום כבר אינו חלק מפרוטוקול ההחייאה. במבוכתי (לנוכח בורותו וחוסר מקצועיותו של המתמחה – שהוא בעצם מומחה ברפואה פנימית). עניתי לה שמה שמדהים אותי יותר הוא שההוראה לתת קלציום יצאה מהפרוטוקול עוד בתקופה שהמתמחה המלומד היה בתיכון...

### סטודנטית 5:

סטודנטית זו, שסירבה להמשיך בהחייאה, אמרה שהפריעה לה העובדה כי עצם זה שנתנו לסטודנטים להשתתף בהחייאה מראה כי ויתרנו לכאורה על החולה. קשה לענות על הערה כזו מסטודנטית לרפואה בשנה שישית (ההחייאה נמשכה למעלה משעה... זוכרים?) בלי להתייחס לשטח בריאות הנפש שהוא לא הנושא כרגע...

### סטודנטית 6:

אמרה שהפריעה לה האווירה הצינית בחדר וכל מיני אמירות סרקסטיות שנורקו לחלל במהלך ההחייאה על ידי אנשי הצוות הרפואי.

זאת הערה חשובה מאוד, ושמחתי שנאמרה בנוכחות הרופאים. כי מי מאיתנו לא חוטא בצניניות. לסטודנטים הסברתי, כי למרות שאיני מצדיק את ההערות הציניות, ה"צידוק" או התירוץ לכך טמונים בהבנה שזוהי אולי תגובת התגוננות שפיתחנו אנו, המתמודדים יומיום ושעה שעה עם המוות, ושאינן זו דווקא קהות חושים (במאמר

הממליצים לשתף גם בני משפחה בהחייאה, והתייחסות לעניין זה אף נמצאת במוקד מחקר של מרכזים שונים בישראל ובעולם. נראה לי שהלקח מדבריהם ראוי שיובא כאן כחומר למחשבה לכל מי שמעורב בהדרכה, ברפואה, באתיקה ובכל מה שלרפואה יש עדיין נגיעה אליו.

### סטודנטית 1:

דיווחה שהיה זה אירוע מכונן, חזק, שנתן לה מושג על החייאה בעולם האמיתי. נראה היה לה שתרגולי ההחייאה שהם מבצעים במסגרת לימודיהם הזויים משהו וממש לא רלוונטיים.

### סטודנטית 2:

לא חשבה שכל כך קשה (גופנית) לעשות עיסוי. העירה כי החוויה כלל אינה דומה לכל מה שלמדו ותרגלו בשיעורי החייאה על בובות.

### סטודנטית 3 (ההרה):

הודיעה כי צר לה שלא יכלה להשתתף פיזית בהחייאה, אך אמרה שהיה זה מקרה מלמד ושונה מכפי שתיארה לעצמה.

### סטודנטית 4:

ציינה ביבושת שהיה מאוד חשוב לצפות ולקחת חלק באירוע כזה, וכי היא שמחה שהגורל זימן לה את המקרה. לאחר הישיבה ב־4 עיניים שאלה אותי איך זה ייתכן שבתחילת ההחייאה שמעה את אחד הרופאים נותן הוראה גורפת "קלציום