

כל מה שרצית לדעת על חתך החיץ = אפיזיוטומיה

מאת: דר' עמוס בר, גניקולוג בכיר ומחבר "המדריך הישראלי להריון ולידה"

מהי האפיזיוטומיה?

אפיזיוטומיה, או בעברית: חתך אזור חיץ הנקבים, הוא חתך יזום המבוצע ממש לפני יציאת ראש העובר באזור חיץ הנקבים ובקיר האחורי של הלידן. החתך מבוצע באמצעות מספרים על ידי המיילדת או הרופא המקבלים את הלידה.

מהו אזור חיץ הנקבים?

חיץ הנקבים, או בשמו הלועזי: פרינאום, הוא האזור שבין פתח הנרתיק ופתח פי הטבעת. שני נקבים אלו עטופים בסיבי שריר טבעתיים בצורת הספרה 8. האם יש סוגים שונים של אפיזיוטומיה? אפיזיוטומיה היא חתך המבוצע בקו ישר אמצעי בין שני הנקבים. עם זאת, בארץ שכיחה יותר אפיזיוטומיה מדיו-לאטרלית, שהיא חתך המתחיל בחלקו האחורי של פתח הנרתיק (הפונה לכוון פתח פי הטבעת), ומשם מבוצע אלכסונית על-פי רוב כלפי רגל ימין של האישה. האם ניתן לדעת מראש האם החיתוך יהיה הכרחי? רק כשראש התינוק לוחץ על אזור חיץ הנקבים ועומד לצאת, אפשר לדעת האם הרקמות גמישות דיין ואם יהיה צורך בפואי בביצוע החתך.

מה מטרת האפיזיוטומיה?

מטרת האפיזיוטומיה היא להרחיב את פתח הלידן, למנוע קרעים בלתי מבוקרים בנרתיק, בחלחולת, בצינור השופכה או בשלפוחית השתן ולקצר את משך יציאת התינוק.

מתי החלו לבצע אפיזיוטומיה?

במאה ה-18 החלו לבצע אפיזיוטומיה כאשר ניסו להציל חיי תינוקות בלידות מסובכות. לקראת סוף המאה ה-19 החלה ליברליזציה? והשימוש בחתך הפך שכיח יותר, משום שנראה היה שתפירה של חתך מבוקר קלה ויעילה יותר מתפירת קרע ספונטני. עם זאת, הוא היה עדיין שמור ללידות קשות בלבד. בתחילת המאה העשרים הוחל כמעט בכל העולם בשימוש נרחב באפיזיוטומיה, מתוך האמונה, כאמור, שהתפירה וההחלמה מחתך עדיפים על החלמה מקרע בלתי מבוקר, וכן שביצוע החתך מקל ומקצר את משך יציאת התינוק ומונע בשלב מאוחר יותר את צניחת אברי האגן והנרתיק. ובארץ? בשנות השמונים של המאה הקודמת הייתה קיימת הוראה ברוב בתי החולים בארץ, שאינה נתונה לשיקול דעת המיילדת, המורה לבצע אפיזיוטומיה לכל יולדת בלידה ראשונה, ללא קשר למשקל התינוק, או ליכולתו לצאת ללא גרימת קרע באזור חיץ הנקבים. נכון להיום רוב המאמרים אינם מצביעים על יתרון בביצוע החתך לכל יולדת, לכן ההמלצה היא להימנע משימוש שיגרתי בחתך גם בלידות מכשירניות, ולשקול שימוש בחתך במקרה בו צריך לזרז הוצאת עובר עקב מצוקה, או אם נראה שיווצרו קרעים גדולים בלידה ללא ביצוע החתך. אין ספק שהניסיון של המיילדת הוא מרכיב חשוב בהחלטה

מתי החל השינוי בתפיסה?

בשנות השמונים של המאה העשרים התפרסמו עבודות ראשונות שקראו להימנע משימוש שיגרתי בחיתוך החיץ ולהשתמש בו רק כאשר הוא נדרש. העבודות שהתפרסמו לא היו חד משמעיות, אך נראה היה שאין יתרון בביצוע החתך. עדיין יש מאמרים רבים שמצביעים על יתרונות לביצוע החתך בלידות ראשונות (שמקובל לחשוב שהן קשות יותר), או בלידות מסובכות, כמו: לידת מלקחיים ועכוז (שכמעט ולא מבוצעות יותר), או במקרה של עובר גדול במיוחד - כל זאת במטרה להגן על היולדת מפני קרעים נרחבים. לא ברור עדיין איזה משקל יש לאפיזיוטומיה במניעה של צניחת אברי האגן בהמשך החיים, לעומת גורמים אחרים, כמו: הגמישות המולדת של האזור; או ביצוע תרגילים לחיזוק רצפת האגן לאחר הלידה. נכון להיום רוב המאמרים אינם מצביעים על יתרון בביצוע החתך לכל יולדת, לכן ההמלצה כיום היא להימנע משימוש שיגרתי בחתך גם בלידות מכשירניות, ולשקול שימוש בחתך במקרה בו צריך לזרז הוצאת עובר עקב מצוקה, או אם נראה שיווצרו קרעים גדולים בלידה ללא ביצוע החתך. אין ספק שהניסיון של המיילדת הוא מרכיב חשוב בהחלטה.

האם התפרסמו מחקרים בנושא הצורך ויעילות השימוש באפיזיוטומיה?

בארץ פורסמו מספר מחקרים אודות הצורך בחתך ויעילות השימוש בו, כשהאחרון והגדול שבהם בוצע בבאר שבע בשנת 2010 ומצא כי חיתוך החיץ שהיה נהוג בלידות ראשונות לא רק שאינו מגן על הנרתיק, אלא שלעיתים הוא אף עלול לסכן את בריאות היולדת. במעקב אחרי 150 אלף לידות נמצא שאפילו במקרי לידה קשים בהם נראה שיש הכרח בביצוע

החתך, כמו: לידת פרע הכתף, לידה מכשירנית (ואקום או מלקחיים) ולידות שבהן העובר שוקל יותר מארבעה קילו – לא מגן חיתוך החיץ על הנרתיק, ולעתים הוא אף עלול לגרום לקרע גדול בנרתיק הגורם לסבל רב ולעתים גם לנזק בלתי הפיך, וכמובן שמאריך שלא לצורך את תקופת ההחלמה של היולדת עד לאיחוי המלא של האזור. לסיכום, חתך החיץ אינו מיותר, ולעיתים זוהי פעולה הכרחית וחשובה, אם כי ניתן לומר שהיום בכל בתי החולים בארץ קיימת הוראה לא לבצע את החתך באופן אוטומטי, אלא להפעיל שיקול דעת.

מהן שיטות התפירה של החתך?

ניתן לתפור את החתך בתפרים בודדים או בתפירה ממושכת, כמו כן ניתן לתפרו בתפירה רגילה או בתפרים פנימיים בלתי נראים. התפירה נעשית בחוטים הנספגים מעצמם ואין צורך להוציאם. יש הטוענים שתפירה ממושכת בעייתית יותר, משום שאם התפר יפתח, כל החתך עלול להיפתח, לעומת מצב בו תפר בודד נפתח ושאר האזור נשאר תפור.

האם נשארת צלקת?

כן, אך ברוב המקרים האזור מחלים בצורה נפלאה והצלקת כמעט שאינה נראית לעין.

מה ניתן לעשות כדי למנוע את הסיכוי שיבצעו חתך בחדר לידה?
נראה שהגברת גמישות הנרתיק והרחבתו יקטינו את ההסתברות לביצוע חתך.

מהן השיטות הקיימות היום להגברת גמישות הנרתיק?

• **עסוי הפרינאום-אזור חיץ הנקבים**
רצוי שאת העיסוי יבצע בן הזוג, אך אפשר גם לבצעו לבד. רצוי להשתמש בשמן טבעי, כאשר השמנים המומלצים הם: שמן נבט החיטה ושמן שקדים שהוא חסר ריח (לנשים הסובלות מפטרת רצוי לא להשתמש בשמן נבט החיטה).

אופן הטיפול: טובלים בשמן את הגליל העליון של האצבע המורה בשתי הידיים ומושחים את השמן באזור הכניסה לנרתיק ובאזור חיץ הנקבים, מחדירים שתי אצבעות כ-1.5 ס"מ לתוך הנרתיק ומותחים את פתח הנרתיק כלפי מטה לכיוון פי הטבעת. בשלב ראשון מותחים את העור סנטימטר או שניים, בהמשך מפרידים את האצבעות, ממשיכים את המתיחה הצידה לכיוון הירכיים, תוך הגדלת המתיחה למטה ולצדדים. את העיסוי מומלץ לבצע לפחות פעמיים בשבוע במשך עשר דקות בכל פעם החל משישה שבועות לפני הלידה.

• **אמבט אדים**

במקביל לעיסוי הפרינאום, יש הטוענים שאמבט אדים לפרינאום, פעם או פעמיים בשבוע יכול לעזור לריכוך האזור.

אופן הטיפול: מרתיחים כליטר מים ויוצקים אותם לקערה גדולה. ניתן להוסיף למים שבקערה כף שמן נבט חיטה וענף רוזמרין.

מצננים מעט, ומניחים את הקערה ובה הנוזל בתוך אסלת השירותים. יושבים על קרש האסלה, כמו בזמן עשיית הצרכים, במשך מספר דקות, חום האדים צריך להיות נעים - אם הוא חם מדי, יש להמתין שהמים יצטננו מעט.

• שימוש באפי נו Epi No

מחקרים הראו ששימוש בבלון אפי נו מקטין את הסיכוי לביצוע החתך, שכן הבלון עושה בצורה מבוקרת, פשוטה ומדויקת את שעושה עיסוי הפריניאום. יתרון נוסף שיש לבלון הוא שהאישה מבצעת את התרגול לבדה ואינה זקוקה לבן זוג שיבצע את העיסוי (דבר שלחלק מהזוגות אינו נעים).

האפי נו הינו מכשיר, הדומה בצורתו למכשיר מדידת לחץ דם ידני, המורכב מבלון מתנפח בעל צורה קונית מוארכת וממתקן ניפוח, עם או בלי שעון לחץ. הבלון מוכנס אל פתח הנרתיק משבוע 38 להריון פעם ביום, כאשר האישה מנפחת את הבלון בעזרת מתקן הניפוח עד לקוטר מקסימלי של 10 ס"מ ונותנת לו לשהות בתוכה כעשר דקות. לאחר מכן היא מוציאה את הבלון, המדמה את גודל ראש התינוק הפוטנציאלי, מבלי לגרום נזקים לרצפת האגן.

• עיסוי הפריניאום בשמן בזמן הלידה

רצוי להביא ללידה בקבוק של שמן שקדים ולבקש מהמיילדת להשתמש בו לריכוך אזור הפריניאום בזמן יציאת התינוק, בדומה לעיסוי הפריניאום שתואר קודם. מניסיון המיילדות גם שיטה זו יכולה להקטין את הסיכוי לביצוע החתך.

שימוש בג'ל חדש דיאנטל

הג'ל עוזר גם לקצר את משך הלידה וגם מקל על יציאת העובר ומקטין את הסיכוי לביצוע החתך. נראה שזהו המוצר המבטיח ביותר שקיים היום. המינוס העיקרי שלו הוא מחירו שעומד על יותר מ 500 ש"ח.

האם ניתן לבקש מהמיילדת לא לבצע חתך?

יש לזכור שרוב המיילדות כיום משתדלות שלא לבצע חתך באופן אוטומטי. אתרים שונים באינטרנט ממליצים ליולדת להגיד שהיא מתנגדת לביצוע החתך בכל מקרה ולקחת על עצמה את האחריות למה שיקרה. עצת אחיתופל זו היא שערווריתית, שכן יש מקרים בהם הקרעים שיווצרו מאי ביצוע החתך יגרמו לנזקים קשים בעתיד עקב פגיעה בשרירי פתח פי הטבעת; או שהמיילדת אינה מנוסה דיה ואינה מרגישה בטחון לבצע לידה ללא חתך; או שצריך להוציא את העובר בזריזות. סירוב לביצוע חתך במקרים אלה עלול לסכן את היולדת. לסיכום, ניתן לבקש מהמיילדת להתאמץ שלא לחתוך, אך כדאי להשאיר לאנשי המקצוע את שיקול הדעת הסופי. יש לזכור שהחלטה על ביצוע החתך מתרחשת ממש עם יציאת התינוק, ולא ניתן לחזות אותה מראש.

לא היתה ברירה ובוצע חתך. כיצד ניתן לסייע להחלמתו?

1. שטיפות במים פושרים: שטיפות מרובות, רובן ללא סבון, עוזרות מאד להחלמה. גם לאחר מתן שתן כדאי לסיים בשטיפה של מים חמימים.
2. אמבטיות ישיבה: ניתן לעשות אמבטיות מקומיות (בגיגית או באמבט) עם כמה גרגרי קאלי.
3. פדים עם מגנזיום סולפט: תמיסת מגנזיום סולפט בריכוז של 30% על פד יעילה מאד להקלת הכאבים. ניתן גם להקפיא פד טבול בתמיסה ולהשתמש בו כתחבושת רגילה.

4. משחות הומיאופטית: נמכרות בבתי הטבע ובבתי המרקחת. ניתן להשתמש במשחת טראומיל או במשחות על בסיס ארניקה וקלנדולה שמורחים ישירות על התפרים. 5. ויטה מרפן: משחה רפואית שמורחים ישירות על התפרים, והיא מסייעת להחלמה מהירה יותר של פצעים וחתכים.

6. דבש: הדבש היא תרופת פלא בכל הקשור בזירוז החלמה של חתכים. יש למרוח ישירות על התפרים.

7. קצף אפיפואם או פרוקטופואם: קצף שמשמש במקורו לטיפול בטחורים ונמצא יעיל בהקלה על בצקת וכאבי תפרים. שני התכשירים זהים לחלוטין: הראשון יקר ואינו נמצא בקופות החולים ואילו את השני, המיועד לטחורים, ניתן להשיג עם מרשם רופא.