

תסמונת כשל רב־מערכתי ופצעי לחץ

תקציר:

הקדמה: תסמונת כשל רב־מערכתי עם פצעי לחץ היא סיבה נפוצה לאשפוז במחלקה הגריאטרית לסייעוד מורכב.

מטרות: שכיחות פצעי לחץ בחולים הלוקים בכשל מערכתי.

שיטות: השוואה בין חולים הסובלים מכשל מערכתי עם ובלי פצעי לחץ בקבלתם למחלקה.

תוצאות: מתוך 192 חולים שאושפזו במחלקה במהלך חמש שנים האחרונות, 146 (76%) לקו בכשל מערכתי: 99 פיתחו אי ספיקת ריאות, 83 אי ספיקת לב ו־69 אי ספיקת כליות. בחולים עם אי ספיקת לב נמצא שיעור פצעי לחץ גבוה באופן שהיה משמעותי סטטיסטית בהשוואה לחולים שלקו באי ספיקת נשימה או באי ספיקת כליות ($P > 0.006$) [רמות המוגלובין, סך חלבונים ואלבומין היו נמוכות באופן מובהק בכל הקבוצות, וביעור גבוה יותר בחולים עם פצעי לחץ בהשוואה לחולים ללא פצעי לחץ ($p = 0.004$, $p = 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.001$), בהתאמה]. אנמיה, קיהיון (דמנציה) ופרקינסון נמצאו בשכיחות גבוהה באופן מובהק בחולים עם פצעי לחץ וכשל מערכתי לעומת החולים ללא פצעי לחץ וללא כשל מערכתי ($p = 0.01$, $p = 0.01$, $p = 0.02$), בהתאמה. מחצית בקירוב מהחולים עם כשל מערכתי לקו בסוכרת בהשוואה לחולים ללא כשל מערכתי, באופן שהיה מובהק סטטיסטית ($p = 0.04$). השכיחות של אירוע מוח ויתר לחץ דם הייתה גבוהה בקרב חולים עם כשל מערכתי בהשוואה לחולים ללא כשל מערכתי, ללא מובהקות סטטיסטית ($p = 0.2$). ההישרדות החציונית נמצאה נמוכה באופן מובהק בקבוצת החולים עם פצעי לחץ וכשל מערכתי (74 יום) בהשוואה לקבוצת החולים ללא פצעי לחץ שלקו בכשל מערכתי (258 יום) ($p = 0.01$).

דיון: אנמיה, קיהיון ומחלת פרקינסון משפיעות על הופעת פצעי לחץ, בעוד שמחלות מערכתיות כגון סוכרת, יתר לחץ דם ואירוע מוח משפיעות על כשל מערכתי. ההישרדות החציונית הממוצעת נמוכה באופן מובהק בחולים עם פצעי לחץ לעומת חולים ללא פצעי לחץ, ללא קשר לכשל מערכתי.

אפרים יאול
יעקב מנצ'ל

מחלקה גריאטרית לסייעוד מורכב
בית החולים שרה הרצוג, מסונף לפקולטה
לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה,
ירושלים

מילות מפתח:
KEY WORDS

פצע לחץ; קשישים; כשל מערכתי; הישרדות.
Pressure ulcers; Multiple organ failure; Elderly; Survival time

הקדמה

תסמונת כשל רב־מערכתי (תכר"ב)¹ היא סיבה נפוצה לתמותה במחלקות לטיפול נמרץ, פנימיות וכירורגיות [1]. במחלקות אלו יש מספר רב של חולים הלוקים במחלות מרובות ומסובכות הנמצאים בסיכון ללקות בתכר"ב. הסיבות השכיחות להופעת קריסת המערכות הן זיהומים, חבלות, סיבוכים בתר ניתוחים, חסר זילוח וחילוף חומרים מוגבר. אלח דם (ספסיס) הוא הגורם העיקרי לתכר"ב בחולים עם מחלות מרובות ולאחר ניתוחים. בהיעדר זיהומים מוגדרת התסמונת כתסמונת דלקתית מערכתית (SIRS). התסמונת הדלקתית מערכתית ואלח דם גורמים לתכר"ב [2]. כדי למנוע קריסת מערכות יש לדאוג להספקת דם מתאימה ובמיוחד מתן חמצן, טיפול בזיהומים שכיחים ומתן הזנה מתאימה [3]. כשל רב־מערכתי מוגדר כקריסה של שתי מערכות גדולות לפחות. המערכות העיקריות הן מערכת הלב וכלי הדם, הריאות, הכליות והכבד. אין פרסומים רבים בספרות על תכר"ב בחולים קשישים המצויים במסגרות אשפוז ממושכות ועל הקשר של תכר"ב עם פצעי לחץ. המחלקה לסייעוד מורכב מאשפוז חולים עם מחלות

קשות ותפקוד ירוד, ורבים מהם לוקים בכשל אחד של האיברים העיקריים ונפטרים מתכר"ב. כמחצית מהמטופלים מתקבלים למחלקה עם פצעי לחץ בדרגות גבוהות נוסף על מחלותיהם הרבות (פצעים בדרגות 3–4), ושיעור התמותה בקרבם גבוה. אוכלוסיית הקשישים בבתי אבות והאוכלוסייה המרותקת בבית מאופיינת בשכיחות גבוהה של תחלואת פצעי לחץ [4]. הסיכון לפתח פצעי לחץ עולה עם הגיל [5]. במחקר שנערך בנושא שכיחות פצעי לחץ ב־116 בתי חולים, נמצא כי 73% מהאוכלוסייה הייתה מעל גיל 65 שנים [6]. אוכלוסיית הקשישים עם הפגיעה בתפקוד, המרותקת למיטה עקב מחלות כרוניות כגון אי ספיקת לב, סוכרת, אי ספיקת כליות, כליתנית, מחלות כלי דם, תת תזונה, אנמיה וזיהומים, חשופה להופעתם של פצעי לחץ [7].

מטרות

מטרות המחקר היו למצוא שכיחות של פצע לחץ בקרב חולים עם כשל מערכתי של הכליות, הלב והריאות. כמו כן נבדקו השפעת המאפיינים השונים של החולים: גיל, מין, מדדים תזונתיים ומחלות על הופעת פצעי לחץ. השערת המחקר היא שפצעי לחץ מופיעים בשכיחות גבוהה יותר בחולים עם כשל מערכתי.

¹תכר"ב - תסמונת כשל רב מערכתי

שיטות

תבנית המחקר היא השוואתית: שני המשתנים העצמאיים שנבדקו היו הימצאות כשל מערכתי ופצעי לחץ שנבדקו בקבלתם למחלקה, לעומת המשתנים כגון גיל, מין, מחלות כרוניות, מדדים תזונתיים (משקל, BMI, Hgb, אלבומין, סך חלבונים, כולסטרול) וזמן הישרדות. כשל מערכתי נקבע לפי הגדרת הספרות הרפואית: אי ספיקת לב דרגה 4, אי ספיקת כליות עם טיפול בדיאליזה, ואי ספיקת נשימה עם הימצאות חמצן או מסכה במתן לחץ חיובי באופן קבוע (לא נקבעה אי ספיקת כבד עקב מיעוט חולים). אוכלוסיית המחקר היו כל חולים שהתקבלו למחלקה לסיעוד מורכב בבית חולים הרצוג בחמש שנים האחרונות. הם סווגו לאוכלוסייה עם וללא אי ספיקת כליות, אי ספיקת לב ואי ספיקת ריאות, עם או ללא פצעי לחץ. המאמר עבר את אישור ועדת הלסינקי המוסדית.

שיטות סטטיסטיות

התוצאות מבוטאות כאחוז או כממוצע ± סטיית תקן. כל התבחינים הסטטיסטיים הם דו כיווניים. ערך p של פחות מ-0.05 נחשב כמובהק. השוואת ערפליים בין ארבע קבוצות המחקר נעשתה באמצעות מודל לניתוח שונות עבור משתנים רציפים; ובאמצעות תבחין חיברייבוע עבור משתנים בינאריים. ניתוח הישרדות לפי ארבעת הקבוצות נעשה באמצעות מודל של קפלן מאיר. כדי לבדוק האם פצעי לחץ מוסיפים לניבוי שיעור ההישרדות, הותאם גם מודל הישרדות של קוקס (COX) בנוסף לפצעי לחץ. הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו באמצעות תוכנת SAS גרסה 9.4.

דיון

הממצאים מצביעים שאי ספיקת לב לעומת אי ספיקת נשימה או אי ספיקת כליות, מופיעה במובהק במטופלים עם פצעי לחץ בהשוואה למטופלים ללא פצעי לחץ ($p > 0.006$). ניתן להסביר, שהפגיעה בכלי הדם הכליליים ובתפוקת הלב גורמת לחוסר זילוח של דם וחמצן לאיברים ולרקמת העור ההיקפיות כתוצאה מאי ספיקת הלב. בנוסף הן קרקע פורה להתפתחות פצע לחץ. חוסר זילוח ואיטכמיה של הרקמות הם גורם סיכון ישיר להופעת פצע לחץ [8].

ארבעים חולים בני 80 שנים ומעלה עם אי ספיקת לב קשה ועמידה ואי ספיקת כליות בינונית המלווה באנמיה, טופלו באריתרופויאטין

תוצאות

סך הכול אושפזו במרכז הרפואי הרצוג במהלך חמש השנים האחרונות 192 חולים במחלקה סיעודית מורכבת: 146 (76%) פיתחו אי ספיקה מערכתית ו-46 (24%) אושפזו ללא אי ספיקה מערכתית. הגיל הממוצע של החולים עם אי ספיקה מערכתית היה 80.8 שנים ו-79.4 בחולים ללא אי ספיקה מערכתית ($p = 0.46$). כמחצית מכלל החולים - 94 (49%) סבלו מפצעי לחץ, ו-96 (51%) היו ללא פצעי לחץ ($p = 0.15$). מתוך החולים עם פצעי לחץ (81%), 74 פיתחו בנוסף אי ספיקה מערכתית, ואילו 20 (19%) לא פיתחו אי ספיקה מערכתית. מסך 146 החולים עם כשל מערכתי 99 סבלו מכשל ריאתי, 83 מכשל של הלב, ו-69 מכשל הכליות. בחולים עם כשל של הלב (אי ספיקת לב) השכיחות של חולים עם פצעי לחץ לעומת חולים ללא פצעי לחץ הייתה גבוהה עם מובהקות סטטיסטית ($p = 0.006$), בעוד שהשכיחות של פצעי לחץ באי ספיקת כליות וריאות הייתה דומה וללא מובהקות סטטיסטית (טבלה 1).

רמות ההמוגלובין, הכולסטרול, סך החלבונים והאלבומין היו נמוכות בכל הקבוצות, והיו מובהקות במיוחד בחולים עם פצעי לחץ בהשוואה לחולים ללא פצעים לחץ ($p = 0.004$, $p > 0.001$).

טבלה 1:

פצעי לחץ בחולים עם אי ספיקת ריאות, לב וכליות

p	ללא פצעי לחץ	פצעי לחץ	סך הכול	אי ספיקת ריאות
0.657	50	49	99	אי ספיקת לב
0.006	36	47	83	אי ספיקת כליות
0.293	39	30	69	

טבלה 2:

מדדים תזונתיים, מדד מסת גוף, ההמוגלובין, סך חלבונים והאלבומין בחולים עם או ללא אי ספיקה מערכתית הלוקים בנוכחות או בהיעדר פצעי לחץ

p-value	PU + /OF +	PU - /OF +	PU + /OF -	PU - /OF -		
0.548	23.79	24.42	21.49	25.35	Mean	BMI
	6.19	5.13	4.78	6.91	Std	
0.004	10.38	11.08	10.34	10.87	Mean	Hgb
	1.35	1.50	1.44	1.48	Std	
<.001	66	65	16	20	N	chol
	18.18	65.67	14.51	96.05	Mean	
0.036	26.03	28.69	25.93	27.72	Mean	Alb (g)
	6.44	8.48	5.26	6.01	Std	
0.001	63.25	64.71	65.20	63.35	Mean	T_protein (g)
	9.90	7.45	7.46	8.82	Std	

ספיקה מערכתית לעומת חולים ללא פצעי לחץ עם אי ספיקה מערכתית (p=0.02; p=0.01), בהתאמה. מחלות ניווניות אלו של מערכת העצבים המרכזית (המוח) מחמירות עד שהחולה מרותק למיטה, חסר תנועה, כשהוא סובל מעויתות ומהתכווצויות. נוסף על בעיות התנועה מופיעות בעיות בליעה, תת תזונה וזיהומים שונים הגורמים להופעת פצעי לחץ [16].

Mitchell וחב' [17] הגדירו קיהיון מתקדם כמחלה סופנית משום ששיעור התמותה בחולים אלו גבוה: רבע מהם נפטרו במהלך ששת החודשים הראשונים. במחלקה לסייעוד מורכב נמצאה שכיחות גבוהה של פצעי לחץ בחולים הלוקים בקיהיון: 66.5% לעומת 33.5% בחולים ללא קיהיון. שיעור ההישרדות החציוני של הלוקים בקיהיון ובפצעי לחץ היה נמוך במובהק 96- יום לעומת 863 יום (p=0.001) בחולים ללא פצעי לחץ [18]. כמחצית מהחולים לקו בסוכרת, שנמצאה בשכיחות גבוהה באופן מובהק (p=0.04) בקרב חולים עם כשל מערכתי לעומת חולים ללא כשל מערכתי. באירוע מוח ויתר לחץ דם נמצאה שכיחות גבוהה של כשל מערכתי לעומת החולים ללא כשל מערכתי, ללא מובהקות סטטיסטית.

מחלות מערכתיות אלו מצביעות על פגיעה קשה בכלי הדם בכל מערכות הגוף. ההישרדות החציונית הייתה נמוכה במובהק בקבוצת החולים עם פצעי לחץ, וללא אי ספיקה מערכתית הייתה ההישרדות 90 יום, בעוד שבחולים עם אי ספיקה מערכתית ירדה ההישרדות ל-74 יום. בהשוואה לקבוצת החולים ללא פצעי לחץ עם אי ספיקה מערכתית, הייתה ההישרדות 258 יום, בעוד שללא אי ספיקה מערכתית היא עלתה ל-336 יום (p=0.04); (p=0.01), בהתאמה. נמצא שהפצע לחץ הוא הגורם המשפיע על ההישרדות הנמוכה. השערה זו נבדקה באמצעות COX ונמצא 1.77HR = p < 0.001 עבור PU, לעומת OF שבו לא נמצאה מובהקות (p=0.93). פצעי לחץ מופיעים כאחת משבע הסיבות לתמותה מוקדמת בבתי חולים ובמסגרות לטיפול ממושך [19].

מהנתונים שהוצגו ניתן ללמוד שמדדים תזונתיים, אנמיה, קיהיון ומחלת פרקינסון משפיעים בצורה מובהקת על הופעת פצעי לחץ, בעוד שמחלות מערכתיות מסוג סוכרת ואירוע מוח משפיעות על הופעת אי ספיקה מערכתית. השרידות החציונית הממוצעת נמוכה בקרב חולים עם פצעי לחץ לעומת חולים ללא פצעי לחץ, בלי קשר לאי ספיקה מערכתית. התמותה נובעת מכך שפצע לחץ הוא תוצר סופי של הצטברות פגיעות באברים שונים, והוא בבחינת מדד פרוגנוסטי גרוע. ייתכן שהוא אף גורם לכשל מערכתי של רקמת העור. עקב השפעתם המובהקת של פצעי לחץ על ההישרדות הנמוכה של החולים ועל המדדים התזונתיים הירודים, יש לעשות מאמץ למנוע הופעת פצעי לחץ בחולים המרותקים למיטה, לוקים בתת תזונה ועם ירידה ברמת ההמוגלובין והחלבונים. פצעי לחץ שכיחים במיוחד בלוקים בקיהיון מתקדם ובמחלת פרקינסון. עקב השכיחות המובהקת להימצאות פצעי לחץ בחולים אלה, יש לעשות הכול כדי למנוע סבל בחולים אלה ועלויות גבוהות למערכת הרפואית.

הסיבוכים של פצעי לחץ הם חדירה של זיהום לרקמות העור הסמוכות, לשריר ולעצם ואף אלח דם. סיבוך שכיח הוא מעורבות בעצם עם זיהום (אוסטיאומליטיס). יש להיות ערניים לפגיעה בעצם ולהיעזר בשיטות הדימות המקובלות. מניעת פצעי לחץ צריכה להיות מטרה חשובה בהתחשב בפרוגנוזה הלא טובה והסיבוכים המלווים אותה. הופעתם מגבילה את החולים, וגורמת לכאבים ולסיבוכים נוספים הגורמים לסבל נוסף. יש לבצע בדיקה יומית של העור ובמיוחד באזורים מועדים להופעת פצע לחץ (בגב התחתון באזור החוליות הסקרליות, בגולטאוס, בשני צדי

טבלה 3:

שכיחות תחלואות שונות בחולים עם או ללא אי ספיקה מערכתית שפיתחו או לא פיתחו פצעי לחץ

Overall p-values	PU + /OF +	PU - /OF +	PU + /OF -	PU - /OF -		
0.26560	31	29	4	8	Frequency	CVA
	41.89%	40.28%	20.00%	30.77%	%	
0.04579	34	40	4	12	Frequency	Diabetes
	45.95%	55.56%	20.00%	46.15%	%	
0.20811	45	52	10	15	Frequency	Hypertention
	60.81%	72.22%	50.00%	57.69%	%	
0.24675	13	7	3	1	Frequency	PVD
	17.57%	9.72%	15.00%	3.85%	%	
0.01858	37	23	11	6	Frequency	Anemia
	50.00%	31.94%	55.00%	23.08%	%	
0.02388	47	35	15	10	Frequency	Dementia
	63.51%	48.61%	75.00%	38.46%	%	
0.01423					Frequency	Parkinson Disease
					%	

ובברזל לתוך הווריד. כתוצאה מהטיפול חל שיפור בתסמינים של אי ספיקת לב ובמצב הכליות [9]. רמת המוגלובין, כולסטרול, סך חלבונים ואלבומין היו נמוכים באופן מובהק סטטיסטית בשתי הקבוצות עם פצעי לחץ לעומת הקבוצה ללא פצעי לחץ. BMI נמצא נמוך ללא מובהקות סטטיסטית בחולים עם פצע לחץ. רמות אלבומין וכולסטרול הם סימנים פרוגנוסטיים גרועים באוכלוסייה המבוגרת והם מדד לסיכון גבוה לתמותה [10]. בנוסף הם תורמים להופעת פצע לחץ, וייתכן אף שפצע לחץ הוא לבדו מדד פרוגנוסטי גרוע. אנמיה הייתה בשכיחות גבוהה במובהק בחולים עם פצעי לחץ ואי ספיקה מערכתית לעומת החולים ללא פצעי לחץ עם כשל מערכתי (p=0.01). אנמיה היא תופעה מלווה ותורמת בחולים עם שכיחות גבוהה של פצעי לחץ, ייתכן שעל רקע השפעתה השלילית על אספקת החמצן לרקמות ההיקפיות.

אנמיה של פצע לחץ נגרמת כתוצאה ממחלות כרוניות הגורמות למחסור בניצול הברזל בגוף. הורמון ההפסדין מווסת את חילוף הברזל בגוף ואת ספיגתו במעי, ושומר על סך הברזל בגוף בטווחים תקינים ומונע חסר או עודף [11]. היצירה והתפקוד של הורמון הפסדין מושפעים מתהליכים דלקתיים המלווים פצעים קשיי ריפוי. בתהליך הדלקתי גורם ההפסדין לירידה בספיגת הברזל ובעקבות זאת להחמרת האנמיה [12]. תיקון האלבומין והאנמיה יש להם תפקיד חשוב בריפוי פצעי לחץ. במחקר תצפית שערכו Shanin וחב' [13] הם מצאו, כי מדדי תת תזונה [ירידה במשקל, מדד מסת גוף (BMI) מתחת ל-18.5 וירידה באכילה] נמצאו בשכיחות גבוהה משמעותית בחולים עם פצעי לחץ [13]. במחקר פרוספקטיבי שהושוו בו מטופלים במצב תזונתי תקין לעומת מאושפזים בתת תזונה במסגרת אשפוז בבית חולים, נמצא כי המטופלים שלקו בתת תזונה היו בסיכון גבוה פי שניים (RR=2.2) לפתח פצעי לחץ בהשוואה למטופלים במצב תזונתי תקין [14].

למרות השכיחות הגבוהה של פצעי לחץ בלוקים בתת תזונה, הרי שבמחקר שיטתי, אקראי וכפול סמיות נמצא שיפור קטן בלבד במתן העשרה קלורית למניעת פצעי לחץ ולטיפול בפצעי לחץ קיימים [15]. במחלות מסוג קיהיון ופרקינסון נמצאה שכיחות גבוהה שהייתה מובהקת בחולים עם פצע לחץ ואי

מחבר מכותב: אפרים יאול

רחוב לייב יפה 28, ירושלים 93390

טלפון: 02-5316872

דוא"ל: efrimj@herzoghospital.org

האגן, עקבים ושכמות). בדיקת העור הכרחית לגילוי ממצאים המעידים על פגיעה בעור ויש לטפל מיד בחולים עם פגיעה כזו. יחד עם זאת, לעיתים חולים מועברים מבתי החולים הכלליים ללא ציון מועד הופעתו של פצע הלחץ. ●

ביבליוגרפיה

- Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL & al, Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. Crit Care Med 2006; 34:344.
- Anmane D, Bellissant E & Cavaillon JM, Septic shock. Lancet 2005; 365:63.
- Mervyn S. Management of Multiple Organ Failure: but not hard and fast rules. J of Antimicrobial Chemotherapy, 1998;41:103-112 suppl. A.
- Davis CM & Caseby NG, Prevalence and incidence studies of pressure ulcers in two long-term care facilities in Canada. Ostomy Wound Manage. 2001;47(11):28-34.
- Margolis DJ, Knauss J, Bilker R & al, Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in an outpatient setting. Age Ageing. 2003;32(3):259-64.
- Whittington K, Patrick M & Roberts J, A National Study of Pressure Ulcer Prevalence and Incidence in Acute Care Hospitals Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 2000; 27:209-215.
- Jaul E & Calderon-Margalit R, Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. Int Wound J, 2013.
- Bouten CV, Oomens CW, Baaijens FP & al, The etiology of pressure ulcers: skin deep or muscle bound? Arch Phys Med Rehabil, 2003;84(4):616-9.
- Silverberg DS, Wexler D, Blum M & al, Effect of correction of anemia with erythropoietin and intravenous iron in resistant heart failure in octogenarians. Isr Med Assoc J, 2003 May;5(5):337-9.
- Volpato S, Leveille SG, Corti MC & al, The value of serum albumin and high-density lipoprotein cholesterol in defining mortality risk in older persons with low serum cholesterol.
- Camaschella C, Iron-Deficiency Anemia. N Engl J Med, 2015; 372:1832-1843.
- De Domenico I, Ward DM & Kaplan J, Hepcidin regulation: ironing out the details. J Clin Invest, 2007;117(7):1755-8.
- Shahin ES, Meijers JM, Schols JM & al, The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Nutrition, 2010;26(9):886-9.
- Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH & al, Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. J Am Geriatr Soc, 1996;44(12):1435-40.
- Langer G, Schloemer G, Knerr AJ & al, Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev, 2003(4):
- Vitale C, Monteleoni C, Burke L & al, Strategies for Improving Care for Patients with Advanced Dementia and Eating Problems. Annals of Long Term care, 2009;17: 32-39.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK & al, The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med, 2009;361(16):1529-38.
- Jaul E, Meiron O & Menczel J, The effect of pressure ulcers on the survival in advanced dementia patients and co-morbidities Journal of Experimental Aging Research, 2016 42 (4)382-389.
- Thomas JM, Cooney LM & Fried TR, Systematic review: Health-related characteristics of elderly hospitalized adults and nursing home residents associated with short-term mortality. Journal of the American Geriatrics Society, 2013: 902-11.

כרוניקה

הפלה אינה גורמת לדיכאון



לא נמצא כל הבדל בנטילת נוגדי דיכאון בשנה שלפני ההפלה לבין נטילתם בשנה שלאחר מכן. כמו כן, הטיפול בנוגדי דיכאון פחת והלך עם הזמן מתאריך ההפלה. בנשים שילדו לידת חי, נמצאה הגברה בטיפול בנוגדי דיכאון בשנה שלאחר הלידה לעומת השנה שלפניה, טיפול שגבר והלך עם הזמן מתאריך הלידה, כל זאת בהשוואה לנשים שלא ילדו. המחברים מסיקים, שאין קשר בין הפלות לנטילת נוגדי דיכאון, אלא שניתן לייחס את התופעה להבדלים בגורמי סיכון אחרים לדיכאון. המחברים קובעים כי התבססות על הדעה שהפלה פוגעת בבריאות הנפשית של האישה היא שגויה.

איתן ישראלי

תופעות פסיכולוגיות אפשריות לאחר הפלה מוצגות כמדיוניות בהגבלת אישורי הפלות בארה"ב ובמדינות אחרות. **סטינברג וחב'** (JAMA Psychiatry. Published online May 30, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0849) ערכו מחקר נרחב ביותר שכלל 400,000 נשים בדנמרק בקירוב, כדי לקבוע האם הפלה בשליש הראשון של ההיריון או לידה ראשונה, קשורות עם נטילת תרופות נוגדות דיכאון. המחקר נערך בין השנים 1980-1994 ואותרו 30,834 נשים שעברו הפלה וכן 85,592 שילדו בפעם הראשונה. הממצאים הצביעו אומנם על כך שנשים שעברו הפלה נוטות יותר ליטול נוגדי דיכאון בהשוואה לנשים שלא עברו הפלה, אך