

חבלה קהה או חודרת בבטן בהיריון

תקציר:

חבלה בבטן, ובמיוחד קהה, היא אירוע שכיח בהיריון שלרוב מסתיים בלא כלום מבחינה רפואית. יחד עם זאת, לחבלה מסוג זה קיים פוטנציאל סיכון ברמת האם, כמו גם ברמת העובר, ובכל אחד משלבי ההיריון. על כן יש להתייחס ברצינות לכל מקרה של חבלה בבטן ברמת חדרי מיון הנשים או היולדות בשל הנזק הפוטנציאלי לאם, לעובר או לשניהם, העלול להיות חמור אם אינו מזוהה ומטופל במהירות המרבית האפשרית. זיהוי תוצאי חבלה משמעותית בעובר נשען בעבר על שטיפה צפקית לזיהוי דימום תוך בטני וכיום הוא נעשה בעיקר באמצעות סקירת על שמע (אולטרסאונד), בדיקת CT וניטור עוברי (בכפוף לגיל ההיריון בעת החבלה). יחד עם זאת, מידת החשד לפגיעה משמעותית באם או בעובר ועל פי ההתרשמות הקלינית היא באחריות הרופא המטפל, מאחר שאין תמיד הלימה בין חומרת הפגיעה לבין תלונות האישה ותסמיניה. הגורמים העיקריים לחבלה בבטן במהלך ההיריון כיום הם תאונות דרכים, נפילות ותקיפה של האישה ההרה. במאמר הנוכחי מפורטים המנגנונים הפיזיולוגיים הגורמים לפגיעה במקרה של חבלה בהיריון, כמו גם דרכי האבחון והטיפול. יש לזכור כי קיימת גם מציאות של חבלה חודרת בבטן האישה ההרה, אשר מהווה גורם סיכון רב עוצמה לאישה ולעובר. נושא זה אף הוא נדון במאמר הנוכחי.

דוד רבינרסון
לירון קידר
עדי בורוביץ

בית החולים לנשים ע"ש הלן שניידר,
מרכז רפואי רבין, פתח תקווה

מילות מפתח: היריון; חבלה קהה; חבלה חודרת.
KEY WORDS: .Pregnancy; Blunt/penetrating; Injury

הקדמה

אין רופא נשים העובד במרפאה או בחדר מיון נשים שלא נתקל במהלך עבודתו בפנייה של אישה בשלב כלשהו של ההיריון, המתייחסת לחבלה בבטנה מסיבות שונות ומגוונות. לרוב לא נצפים סימני חבלה על הבטן, אין רגישות במישוש האזור הפגוע וסקירת על שמע ו/או משגוח (מוניטור) תקינות. יחד עם זאת, חבלה קהה או חודרת בבטן בהיריון באישה במהלך הריונה עלולה להתברר כמסכנת את חיי האישה ואת חיי עובריה. על פי הספרות הרפואית הרלבנטית, חבלה חודרת לבטן היא נדירה הרבה יותר מחבלה קהה. בהיבט ההיסטורי, חבלה חודרת לבטן מוזכרת כבר בחוקי חמורבי שנכתבו במאה ה-15 לפני הספירה ובהמשך גם בתנ"ך: "וכי ינצו אנשים, ונגפו אישה הרה, ויצאו ילדיה, ולא יהיה, אסון – ענוש ייענש, כאשר ישית עליו בעל האישה, ונתן בפללים" (ספר שמות, פרק כ"א, פסוק כ"ב). על פי הספרות משלושת העשורים האחרונים, רוב מקרי החבלה לבטן התייחסו לנפילות, למכות או לתקיפות של האישה ההרה, כשבימינו אנו נמצא כי המקורות העיקריים למקרי חבלה חודרת לבטן הם תאונות דרכים, פגיעות במקום העבודה (בתי חרושת) או פצעי ירייה או דקירה [1], אך גם נפילות.

בטן חוקרת) מהווים עד לימינו את אחת מן הסיבות השכיחות למות הניתן למניעה כתוצאה מסיבה זו [2]. ברבע האחרון של המאה העשרים, נמצא כי חבלה חודרת לבטן היא הגורם המוביל בתמותה של האם במדינות המפותחות, והיא אחראית לכ-46% מכלל מקרי התמותה של האם בהיריון [3]. Goldman ו- Wagner [4] קובעים, כי ב-6%-7% מכל ההריונות מעורבת חבלה חודרת לבטן על רקע תאונה במהלך השליש השלישי להיריון, וכי תאונות דרכים הן הסיבה השכיחה ביותר לחבלה חודרת לבטן במהלך ההיריון (67%).

- **חבלה בבטן במהלך ההיריון ובכל שלבי היא אירוע שכיח יחסית המביא לא מעט נשים הרות לבדיקה בחדרי מיון יולדות או נשים.**
- **חבלה בבטן בזמן ההיריון, ובכל שלב שלו, עלולה להיות קהה או חודרת, והינה תמיד בעלת פוטנציאל סיכון הן לאם, לעובר, או לשניהם.**
- **רמת חשד גבוהה לנזק באם, בעובר או בשניהם, וכתוצאה מן החבלה, היא מחייבת המציאות. היא מחייבת התייחסות לכל ממצא, פעוט ככל שיראה בהסתכלות ראשונית, וזאת בשל החשש מתמותה של האם והעובר.**

הגדרה זו מצוי במובאה עצמה) מתו כתוצאה ממנה. Mattox ו-Gloetzi [6] מתייחסים לשיעור תמותת העובר כתוצאה מחבלה חודרת לבטן במהלך ההיריון הקורית מעבר לשבוע ה-25 להיריון

שכיחות חבלה חודרת לבטן בהיריון ושיעורי התחלואה והתמותה

שיעור של 10% לערך מכלל הפגיעות המחייבות בסופו של דבר ביצוע פתיחת בטן חוקרת בהיריון הוא על רקע חבלה חודרת לבטן, כשחוסר מחשבה (אבחון) או אי עשייה (ניתוח פתיחת

אבחון חבלה חודרת לבטן בהיריון

היריון קשור בשינויים פיזיולוגיים בגוף האישה ההרה העלולים להגביר את הסיכון לאישה כתוצאה מחבלה חודרת לבטן במהלך הריונה, ומכאן שגם לעובר שהיא נושאת. שינויים אלו עלולים להגביר את רגישות האישה ההרה הנחשפת לחבלה חודרת לבטן והם מובאים בטבלה 1 [1]. שיטות האבחון המקובלות כיום להערכת מיקרים של חבלה חודרת לבטן הן סקירת על שמע (US) וטומוגרפיה מחשבית (CT). מעבר להדגמת דופק עוברי במקרי חבלה חודרת לבטן, עולה שאלת המציאה של נזל בחלל הכיס ע"ש דוגלס (הנקודה האנטומית הנמוכה ביותר בחלל הבטן). Sirlin וחב' [10], בסדרה של 1,047 אירועי חבלה חודרת לבטן, קובעים כי מציאת נזל בחלל הדוגלס כממצא יחיד בבדיקה זו במקרים של חבלה חודרת לבטן ובנשים בגיל הפוריות, אינה בעלת משמעות קלינית-אבחונית לעניין החומרה של הפגיעה. מסקנה זו אינה חלה על נשים לאחר חבלה חודרת לבטן, שבהן נמצא נזל בחלקים אחרים של הבטן, שכן ממצא שכזה עלול להצביע על פגיעה בבטן העלולה לסכן את חיי האישה וכפועל יוצא מכך גם את חיי עובריה, ולפיכך היא מחייבת טיפול. במסקנה זו תומכים גם Ormsby וחב' [11]. לעומת מחברים אלו קובעים Richards וחב' [12], כי במקרים של חבלה חודרת לבטן בנשים הרות, ממצא של נזל חופשי בכיס ע"ש דוגלס הוא בעל משמעות קלינית ועלול להצביע על נזק אפשרי לבטן, המחייב המשך בירור ואבחון באמצעים נוספים. מחברים אלו [12] בחנו תוצאות קליניות בעקבות ביצוע סקירת שמע בנשים הרות לאחר חבלה חודרת לבטן (בדיקה שבוצעה ב-2,319 נשים). הם קבעו, כי רגישות שיטת דימות זו טובה פחות בנשים הרות בהיריון מתקדם (בניגוד לנשים בשליש הראשון להריון).

באשר לשימוש בטומוגרפיה מחשבית לשם אבחון פגיעות פנימיות באיברי הבטן בכלל, ולא דווקא בנשים הרות, קבעו Roberts וחב' [13], כי שיטת אבחון זו היא היעילה ביותר להערכת פגיעות של איברי הבטן במקרים של חבלה חודרת לבטן. באופן ממוקד יותר הם טוענים, כי שיטת דימות זו היא יעילה ביותר לאבחון פגיעות בטחול, בכבד, בבלב, בכליות, בתריסריון וכן במעי הדק ובכרכשת ("המעי הגס"). מחברים אלו גם מוסיפים ומפרטים את הטעויות האבחוניות העלולות לנבוע בשימוש בשיטת דימות זו. לדעה זו, בדבר יעילות הטומוגרפיה המחשבית כשיטת הדימות הנבחרת לאבחון פגיעות באיברי הבטן במהלך ההערכה הראשונית של אישה בהיריון לאחר חבלה חודרת לבטן, מצטרפים Lauder milk וחב' [14]. יחד עם זאת, הם קובעים כי לשם אבחון פגיעות בעובר עצמו כתוצאה מהחבלה חודרת לבטן עדיף להשתמש בסקירת על שמע. בהקשר זה קובעים Braun וחב' [15], כי סקירת על שמע היא כלי יעיל ביותר במצבים של חבלה חודרת לבטן, והוא מייטן את הצורך בשימוש בשיטות אבחון אחרות כדוגמת טומוגרפיה מחשבית, ציסטוגרפיה ואף שטיפת חלל הבטן בנוזל בנשים הרות לאחר אירוע חבלה חודרת לבטן. לסיכום פרק זה, יש להזכיר גם את הצורך להשתמש בבדיקה על שם קליינהאואר-בטקה, אשר נותנת מידע על כמות הדם העוברי אל האם כתוצאה מחבלה חודרת לבטן ומכאן מספקת מידע רב ערך על מצבו של העובר [16]. יחד עם זאת, יש החולקים על הצורך בביצוע בדיקה זו במצבים של חבלה חודרת לבטן [17].

(שכן עד אז העובר אינו נתפש כבעל סיכוי לחיות מחוץ לרחם אימו), וזאת בסדרה של 103 מקרים של חבלה חודרת לבטן בהיריון מתקדם. הם קובעים כי תאונות דרכים אחראיות ל-50% מכל מקרי החבלה חודרת לבטן הקשים בהיריון, כששיעור התמותה של העובר עומד על 82%. יחד עם זאת, Makaranka וחב' [7] מדווחים על מקרה של חבלה חודרת לבטן בהיריון אשר יוחס לפגיעה משימוש בחגורת בטיחות. Mattox וחב' [8], קובעים כי הסיבוך המיילדותי השכיח ביותר במקרים של חבלה חודרת לבטן מעבר לשב' 25- להיריון הוא לידה מוקדמת. במקרים של חבלה חודרת לבטן בהיריון, Petron וחב' [9], בסדרה של 155 מקרים של חבלה חודרת לבטן, מצאו שיעורי תחלואה אימהית של 73% ושיעורי תמותה של האם בשיעור של 66%. בסדרה זו, רוב המקרים המתוארים הם על רקע ירייה או דקירה, שלא בדומה לתאונות דרכים, שהן הסיבה העיקרית לחבלה חודרת לבטן.

יחד עם זאת, נשים בהיריון חשופות יותר לחבלות או לנפילות כתוצאה מאובדן שיווי המשקל שלהן עקב גדילת הבטן והפרת האיזון הפיסיקאלי הנגזר, ולנפילות אלו יש פוטנציאל נזק אפשרי לאם, לעובריה או לשניהם. הנפילות והפגיעה בחוש שיווי המשקל, עשויות להיות מיוחסות גם לשינויים ההמודינמיים הנרחבים הקורים באישה ההרה והמשפיעים על הסטת דם לטובת העובר על חשבון האם.

טבלה 1: השינויים הפיזיולוגיים החלים בגוף האישה במהלך ההיריון (10)	
השינוי	תוצאותיו
עליה בנפח הדם ועלייה בתפוקת הלב	הלם תת נפחי כבר באובדן של 40% מנפח הדם
הגדלת נפח הפלסמה	אנמיה פיזיולוגית
ירידה בלחצי הדם בעורקים ובוורידים	אין הלימה במדידת סימנים חיוניים ובין המצב הקליני האמתי
עלייה בדופק האם גם במצב מנוחה	
הגדלת נפח בית החזה	שינוי במיקומם של סמנים אנטומיים
התרוממות הסרעפת לכיוון בית החזה	זהירות יתר בביצוע פעולות חודרניות בחלל בית החזה על מנת שלא לחדור לחלל הבטן
הזווית התחתית של עצם החזה גדלה	
ירידה בנפח הדם התפקודי השאריתי	ירידה מהירה בלחץ החמצן בדם במהלך מצב של חוסר נשימה או במצב של חסימת קנה הנשימה
עליה בצריכת החמצן	
חסימת דרכי האוויר במהלך שכובה	
ירידה בנפח כל נשימה ועלייה בקצב הנשימות	ירידה בריווי החמצן וכן ברמות הביקרבונאט בדם
ירידה בדרישת הגוף לחומרי הרדמה באם האישה ההרה נדרשת להם	התאמה של מנות התרופות הניתנות במהלך ארגעה (סדציה)
ירידה בתנועתיות הקיבה	הגברת הסיכון לשאיפת תוכן קיבתי במהלך הרדמה (התסמונת ע"ש מנדלסון)
ריפיון של הסוגר הגסטרואיזופגאלי	
הפרעה בשיווי המשקל של האם ההרה (גדילת הבטן)	נפילות וחבלות

את המצבים המחייבים המשך השגחה מיילדותית באשפוז ומעבר לתקופת ההערכה הראשונית בת השתיים עד שש שעות בחדר המיון (שהיא התקופה הסטנדרטית לבריור ואבחון במיון שבו עובדים מחברים אלו) וכמפורט בטבלה 3.

Esposito וחב' [20] בחנו את היעילות האבחונית של שיטת צפק בסדרה של 40 נשים הרות שעברו חבלה חודרת לבטן, שכולן היו מעורבות בתאונת דרכים מסוג כזה או אחר – וזאת בהשוואה לשימוש בסקירת על שמע או בטומוגרפיה מחשבית. תוצאה חיובית בשיטת הצפק הייתה מדויקת ברמה של 92% באבחון נזקים לאיברים הפנימיים בבטן כתוצאה ישירה מהחבלה חודרת לבטן, ובנוסף היא נמצאה בטוחה לשימוש. מחברים אלו ממליצים, כי במצבים של פציעות חמורות, הלם, שינויים במצב ההכרה והופעת חסרים נירולוגיים, יש להשתמש גם בשיטות האבחוניות המקובלות של על שמע וטומוגרפיה מחשבית. הם מסכמים וקובעים כי שיטה זו מהירה, זולה, ניתנת לביצוע במיון ונמצאה כיעילה לא פחות משיטות האבחון האחרות בניבוי דם תוך בטני – ממצא המהווה הוריה מוחלטת ומיידית לביצוע פתיחת בטן חוקרת. בהקשר זה Mirza וחב' [21] ו-Edmonton וחב' [22], מפרטים את סדר הפעולות הנדרש מרופא המיון בעמדו מול אישה הרה הסובלת מחבלה בבטן הנראית לו כבעלת פוטנציאל לנזק בטני פנימי. אשר לשכיחות הפגיעות באיברי הבטן השונים במהלך חבלה חודרת לבטן, הן מפורטות בטבלה מספר 2 ועל פי סדר שכיחות יורד. הוריות להשארת אישה הרה הפונה לחדר מיון עקב חבלה חודרת לבטן ולשם אשפוז, מובאות בטבלה 3 [15]. הכירורגים שבין קוראי המאמר, האמונים על טיפול באישה הרה לאחר חבלה חודרת לבטן, מופנים למאמרם המקיף של Skubic ו-Salim [23], שבו מוצגות החלופות האבחוניות במצבים של חבלה חודרת לבטן בהיריון וניהול פרשות חולות מסוג זה.

נושאים שונים הקשורים בחבלה חודרת לבטן בהיריון

למרות שיטות האבחון היעילות והיכולת הטיפולית המרשימה בנשים עם חבלה חודרת לבטן בהיריון, עדיין יש לזכור כי מצב קליני זה קשור בתמותה משמעותית של האם והעובר. סיבה

בנוסף, יש להביא בחשבון את העובדה שאין תמיד הלימה בין תלונות האישה ההרה (או אף היעדרן) לבין חומרת מצבה [18].

ניהול פרשת חולה עם חבלה חודרת לבטן בהיריון שהופנתה לחדר מיון

על פי McAnena וחב' [2], מנגנון הפגיעה של חבלה חודרת לבטן מתבטא בהיבטים הפיסיקאלי והפיזיולוגי בזמן פגיעה באיברי הבטן עקב לחץ גבוה או לחץ נמוך. המנגנונים הפיזיולוגיים הקשורים בחבלה חודרת לבטן יכולים להרות קשורים בגורמים הבאים: (1) עלייה חדה ומשמעותית של הלחץ התוך-בטני הנוצר כתוצאה מכוח חיצון ועלול לגרום לקריעה של איבר חלול בבטן או פירוק ("פיצוץ") פתאומי של איבר בטני מוצק ובעל מרקם אחיד; (2) כוחות מעיכה ודחיסה של איברי הבטן עקב הלחץ על דופן הבטן הקדמי כתוצאה מהפגיעה אל מול עמוד השדרה או כלוב הצלעות מאחור ומלמעלה ובהתאמה; (3) כוחות גזירה פתאומיים כתוצאה מהפגיעה הפתאומית והלחץ התוך בטני הנלווה אליה עלולים לגרום לקרע באיבר תוך בטני או בכלי דם המצוי בחלל הבטן. שכיחות הפגיעה באיברי הבטן השונים עקב חבלה חודרת לבטן מובא בטבלה 2.

Einav וחב' [19] מפרטים נקודות מפתח להתייחסות לאישה הרה לאחר חבלה חודרת לבטן ברמת חדר המיון: (1) 1%-4% מהנשים ההרות מוערכות בחדרי המיון או הלידה על רקע חבלה בבטן; (2) לאמת או לשלול באופן גורף היריון בכל אישה הסובלת מחבלה חודרת לבטן, שהיא בגיל הפוריות ומגיעה לחדר המיון בתלונה על חבלה חודרת לבטן; (3) שימוש בסמים, נקיטת אלימות ביתית או חשד לדיכאון של האישה אמורים להעלות את רף החשד לחבלה חודרת לבטן באישה ההרה; (4) אם האישה אכן בהיריון, יש לקבוע את גיל ההיריון ולהיצמד לעקרונות הטיפול המתקדם בחבלה חודרת לבטן על פי שיטת ה-ATLS; (5) חיות העובר אמורה להיות מוערכת רק לאחר ייצוב מצבה של האם ההרה; (6) תחלואה בהיריון העלולה להיגזר מהחבלה חודרת לבטן קורית ב-25% מהמקרים וכוללת הפירדות שליה, קרע ברחם, לידה מוקדמת וצורך בניתוח דחוף לחיתוך הדופן (ניתוח קיסרי). מחברים אלו מוסיפים וקובעים

טבלה 2:

שכיחות הפגיעות באיברי הבטן כפי שנמצאו בפתיחת בטן חוקרת בעקבות חבלה חודרת לבטן [2]

האיבר בבטן	שיעור השכיחות של פגיעה בו עקב חבלה חודרת לבטן בהיריון
טחול	46%
כבד	33%
מזנטריום	10%
מערכת השתן	9%
לבלב	9%
מעידק	8%
כרכשת ("מעידק גס")	7%
תריסריון	5%
פגיעה בכלי דם	4%
קיבה	2%
כיס המרה	2%

טבלה 3:

ההוריות להשארת אישה הרה לאשפוז עקב פניה למיון על רקע חבלה חודרת לבטן [15]

- ממצאים מיילדותיים חשודים
- חשד להפרדות שליה
- חשד להתפתחות לידה מוקדמת
- הוכחה לפעילות רחמית אקטיבית (התכווצויות רחם)
- ממצא של דם נרתיקי
- סימני למצוקת עובר
- ממצאים פתולוגיים שונים היכולים להיות מוסברים ע"י אירוע החבלה חודרת לבטן
- ממצאים אימהיים הדורשים אשפוז וטיפול על פי פרוטוקולי טראומה (מבלי קשר להיות האישה הרה)
- צורך בביצוע הרדמה כללית לאם מכל סיבה שהיא
- פציעת ראש משמעותית לאם

של אישה לאחר חבלה קשה לבטן בהיריון במיון לא נצפים דמם לדני ו/או פעילות רחמית, אין הוריה לאשפוז האישה לשם השגחה.

יחד עם זאת, אם מצבה הקליני של האם בעקבות חבלה חודרת לבטן בהיריון נראה שפיר, הדבר אינו מצביע בהכרח על מצבו של העובר. להדגמה, Baethmann וחב' [27] מדווחים על סיבוכים נירולוגיים שנמצאו בקרב ילודים לאימהות שעברו חבלה חודרת לבטן בהיריון בין השב' ה-30-40 להריון ומצבן שלהן היה שפיר. Vorheis וחב' [28], מדווחים על אישה הרה שעברה חבלה חודרת לבטן ושבעקבותיה התגלתה פריצה של היריון בשב' ה-16. Penttilä ו-Rainio [29] מדווחים על אירוע של תסחיף מי שפיר שגרם למות האם ועובר; האישה, שהייתה בשב' 38 להריונה, נפגעה בתאונת דרכים מחבלה חודרת קשה לבטן.

לנוכח העובדה שחבלה חודרת בבטן האישה הרה היא בעלת פוטנציאל ברור לנזק לאישה ו/או לעובר, עולה השאלה האם תוצאים שליליים במקרים של חבלה קשה ניתנים אף הם לניבוי. לשאלה זו נדרשו Leone וחב' [30], אשר פרסמו תוצאות של מחקר פרוספקטיבי שנערך בין השנים 1997-1994. המחקר נערך בקרב 85 נשים הרות שסבלו מחבלה קשה לבטן במהלך הריון. עשרים ושמונה מהן היו מעורבות בתאונת דרכים, 27 מהן הגיעו להערכה במיון בעקבות נפילה ו-30 סבלו מתקיפה (מהן 17 נשים הרות שחוו זאת במסגרת ביתית). אשפוז והשגחה נדרשו בארבע נשים (שלוש מהן על רקע אלימות מבית). שלוש עשרה נשים סיימו את הריון בלידה מוקדמת אשר יוחסה לחבלה קשה לבטן בזמן הריון בחלוקה על פי מועד הלידה נמצא, כי נשים לאחר חבלה קשה לבטן ונשים שילדו לפני השב' ה-37 להריון היו חשופות ליותר סיבוכים, כגון צורך בקבלת תכשירים למניעת התכווצות הרחם, סיבוכים סב-לידתיים כמו פגיעה עצמונית מוקדמת של קרומי מי השפיר, וכן שיעור גבוה יותר של היפרדות שליה. חוקרים אלו מוסיפים וקובעים, כי תלונות מסוג כאבי בטן או רגישות ברחם וכן תחושת צירים על ידי האם הרה בעקבות האירוע שהביא לאשפוז, אינן קשורות באופן מובהק לסיכון של לידה מוקדמת. סיכון משמעותי שכזה נמצא בנשים שפיתחו סיבוכים סב-לידתיים מן הסוגים שתוארו לעיל. הנשים אשר חוו תקיפות במסגרת ביתית (אלימות במשפחה) נטו לפתח יותר סיבוכים סב-לידתיים.

לסיכום

חבלה קשה לבטן בהיריון היא תופעה שכיחה למדי. חבלה חודרת לבטן שכיחה פחות מחבלה קשה חוזרת לבטן. רוב המקרים הם טבים במונחי הנזק לאם הרה או לעובר, כשמעקב מהיר בחדר המיון המיילדותי נחשב כמספק לשחרור האישה הרה ללא צורך בטיפול נוסף. כלי העזר האבחוניים ברמת רופא הנשים הם סקירת על שמע, ביצוע הבדיקה ע"ש קלינאואור-בטקה לשם הוכחת/שלילת דמם עוברי אל האם וכמותו וביצוע מוניטור לצירים במקרה של היריון מתקדם (מעל שב' 24). במקרים של חבלה חודרת לבטן, היחס אל המטופלת אמור להיות כאל אירוע חירום רפואי המחייב צוות ובדיקות דימות ברמת טיפול נמרץ, מחשב לפגיעה קטלנית באחד או יותר מאיברי הבטן, במקביל לפגיעה אפשרית ברחם או בעובר.

ראשונה לכך היא האיחור בפינוי ממקום ההתרחשות של החבלה חודרת לבטן בהיריון אל חדר מיון בכלל, ובפרט אל חדר מיון הערוך מבחינות צוות ומכשור להתמודד עם מצבים קליניים קשים אלו. סיבה נוספת היא הצורך לדאוג במקביל לשני מטופלים – האם ועובר. לנוכח עובדות אלו, אין תמה כי חבלה חודרת לבטן בהיריון היא בעיה רפואית אשר לה שיעורי תמותה בלתי נמנעים – הן ברמת האם הרה, העובר או שניהם יחד. לנושא זה נדרשו Corsi וחב' [24], אשר בחנו שאלה זו במחקר רטרוספקטיבי בקרב 27 נשים הרות שסבלו מחבלה חודרת לבטן, במשך תשע שנים. הגיל הממוצע של הנשים שנבדקו בו עמד על 23.7 שנים (טווח של 16-40 שנים), גיל ההיריון הממוצע בעת אירוע החבלה חודרת לבטן שהביא להפניית האישה הרה למיון היה 21.5 שב' (טווח של 10-40 שב') כשרוב הנפגעות (46.5%) היו בשליש השני להריון. ברוב המקרים בסדרה זו נמצאו 65.3% של חבלה חודרת לבטן קשה שקרתה עקב דריסה של האישה או מעורבותה בהתנגשות בין שני כלי רכב לפחות. חוקרים אלו מסכמים את ממצאיהם ומדווחים על שיעור תמותה של האם שעמד על 11.5%, בעוד שתמותת עובר נמצאה בשיעור של 30.7% (37.5% ממקרי תמותה אלו יוחסו לתמותה של האם הרה).

הסיבה העיקרית למות העובר בנסיבות אלו נמצאה כהפרדות שליה (50%). יש לזכור כי מאמר זה התפרסם בשנת 1999 ויש להניח כי יכולות האבחון והטיפול השתפרו מאז, אך, ובכל מקרה, מאמר זה מדגים את הסיכון הרב שחבלה חודרת לבטן בהיריון מציבה בפני האם ועובר ולכן נדרשות ערנות ויכולת תגובה מהירה במקרים דנן המובאים לחדר מיון תוך הימנעות מהקלת ראש, גם אם אין תסמינים קליניים ברורים המצביעים על דחיפות (ומכאן קדימות) בטיפול. כך, ולמשל, מדווחים Stewart וחב' [20], על שני מיקרים של חבלה חודרת לבטן בהיריון אשר נראו על פניו כקלים ולא מסוכנים, אך בדיעבד הסתיימו במות העובר. מכאן, שמצבה הקליני הטוב של האישה אינו משקף בהכרח את מצבו של עובר, ויש להתייחס גם אליו במהלך האבחון ומכאן גם לקבוע את הטיפול. מחברים אלו גם ממליצים על שימוש בחגורות בטיחות במכוניות שהן בעלות שלוש נקודות עיגול, על מנת להבטיח את בטיחות האם ועובר במהלך נהיגה כנהגת או כנוסעת, שכן נקבע כבר כי רוב מיקרי החבלה החודרת לבטן בהיריון ניתנים לייחוס סיבתי של תאונות דרכים. היום זהו סטנדרט בטיחות הנהוג בכל המכוניות ועל ידי כל יצרניהן. Runnebaum וחב' [26] עוסקים בנושא של חבלה קשה חוזרת לבטן בהיריון. הם מתארים חמש נשים בהיריון אשר נבדקו במיון המוסד הרפואי שבו הם עובדים, חבלה קשה חוזרת לבטן בהיריון. מספר האירועים שבהן היו מעורבות נשים אלו נע בין שני אירועים של חבלה קשה לבטן בהיריון בקרב ארבע מהן, בעוד שהאישה החמישית הייתה מעורבת בארבעה אירועי חבלה קשה לבטן במהלך הריונה. הסיבות לאירועים החוזרים של חבלה קשה לבטן היו (בסדר יורד) תאונות דרכים, נפילות ותקיפה של האישה. כל ההריונות הסתיימו במועד (שב' 38-40 להיריון), למעט מקרה אחד שבו ילדה האישה בשב' 34. משך האשפוז וההשגחה לאחר אירוע נתון היה בין יומיים ל-27 ימים (בעיקר בשל פעילות רחמית שנצפתה בניטור עוברי לאחר המקרה שהביא את האישה לביה"ח). למרות זאת מסכמים המחברים את מאמרם בקבעם, כי אם בזמן ההערכה

לכל מקרה של חבלה קהה בהיריון, ובמיוחד בהיריון מתקדם, על מנת למנוע תוצאים הרי אסון בעתיד לאם, לעובר או לשניהם יחדיו. ●

מחבר מכותב: דוד רבינרסון
dadirabi@gmail.com :דוא"ל

קיימים גם אירועים חוזרים של חבלה קהה לבטן בהיריון – בעיקר בנסיבות של מחלה הגורמת לנפילות חוזרות או בשל אלימות ביתית. יחד עם זאת, מניסיונם הקליני של המחברים בחדר מיון הנשים שהם עובדים בו, רוב האירועים של חבלה קהה לבטן הם פשוטים, אינם מסובכים ואינם מסוכנים לאם, לעוברת או לשניהם. בכל זאת, יש להקדיש תשומת לב פרטנית

ביבליוגרפיה

1. *Petrone P & Marini CP, Trauma in pregnant patients. Curr Problems in Surg, 2015;52:330-51.*
2. *McAnena OJ, Moore EE & Marx JA, Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. Surg Clin North Am, 1990;70:495-515.*
3. *Meroz Y, Ellchahal U & Ginosar Y, Initial trauma management in advanced pregnancy. Anesth Clin, 2007;25:117-29.*
4. *Goldman SM & Wagner LK, Radiologic management of abdominal trauma in pregnancy. AJR, 1996;166:763-7.*
5. *Crosby W & Costiloe J, Safety of lap-belt restraint for pregnant victims of automobile collisions. New Engl J Med, 1971;284:632-6.*
6. *Mattox KL & Gloetzi L, Trauma in pregnancy. Crit Care Med, 2005;33:s385-s389.*
7. *Makaranka S, Hever P & Cavale N, Traumatic abdominal wall hernia secondary to seat belt injury: A case successfully managed by delayed surgical mesh repair and complicated by intervening pregnancy. BMJ Case Rep, 2018, bcr-2018-224880.*
8. *Mattox KL & Gloetzi L JK, Rosemergy AS & al, Evaluation of blunt abdominal trauma in the third trimester of pregnancy: Maternal and fetal considerations. Obstet Gynecol, 1990;75:33-37.*
9. *Petrone P, Talving P, Browder T & al, Abdominal injuries in pregnancy: a 155-month study at two level 1 trauma centers. Injury. Int J Care Injured, 2011;42:47-9.*
10. *Sirlin CB, Casola G, Brown MA & al, US of blunt abdominal trauma: Importance of free pelvic fluid in women of reproductive age.*
11. *Ormsby EL, Greg J, McGahan JP & al, Pelvic free fluid: Clinical importance for reproductive age women with blunt abdominal trauma. Annals Emerg Med;49:251.*
12. *Richards JR, Ormsby EL, Romo MV & al, Blunt abdominal injury in the pregnant patient: Detection with US. Radiology, 2004; 233:463-70.*
13. *Roberts JL, Dalen K, Bosanko GM & Jafir SZH, CT in abdominal and pelvic trauma. Radiographics, 1993;13:735-52.*
14. *Laudermilk C, Gavant MI, Qaisi W & al, Screening Helical CT for evaluation of blunt abdominal traumatic injury in the pregnant patient. Radiographics, 1999;19:s245-s255.*
15. *Brown MA, Sirlin CB, Farahmand D & al, Screening sonography in pregnant patients with blunt abdominal trauma. J Ultrasound Med, 2005;24:175-81.*
16. *Krywko K & Shunkwiler SM, Klienbauer-Betke test. StatPearls, 2019.*
17. *Girard M, Marchand F, Uch R & Bretelle F, Trauma and pregnancy: Is the Kleinbauer-Betke test really useful? Gynecol Obstet Fertil senol, 2017;45:584-9.*
18. *Nekki MM, Hendy D, Dong F & al, Correlating abdominal pain and intra-abdominal injury in patients with blunt abdominal trauma. Trauma Surg Acute Open, 207;26:e000109.*
19. *Einav S, Sela HY & Weiniger CF, Management and outcomes of trauma during pregnancy. Anesthesiol Clin, 2013;31:141-56.*
20. *Esposito TJ, Gens DR, Gerber smith L & Scorpio R, Evaluation of blunt abdominal trauma occurring during pregnancy. The J of Trauma, 1989;29:1628-31.*
21. *Mirza FG, Devine PC & Gaddipati S, Trauma in pregnancy: A systematic approach. Am J Perinatol, 2010;27:579-86.*
22. *Edmonton VJ, Edmonton RC, Maslovitz S & Toronto DF, Guidelines for the management of a pregnant trauma patient. J Obstet Gynaecol Can, 2015;37:553-71.*
23. *Skubic JJ & Salim A, Emergency general surgery in pregnancy. Tauma. Surg Acute Care Open, 2017;e000125.*
24. *Corsi PR, Rasslan S de Oliveira L & al, Trauma in pregnant women: analysis of maternal and fetal mortality. Int J Care Injured, 1999;30:239-43.*
25. *Stuart GCE, Hrding PGR & Davies EM, Blunt abdominal trauma in pregnancy. CMA J, 1980;122:901-4.*
26. *Runnebaum IB, Holcberg G & Katz M, Pregnancy outcome after repeated blunt abdominal trauma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Bioll, 1998; 80:85-6.*
27. *Baethmann M, Kahn T, Lenard H-G & Voit T, Fetal CNS damage after exposure to maternal trauma during pregnancy. Acta Paediatr, 1996;31:1331-8.*
28. *Vorheis RW, Waswick WA, Delmore JE & al, The Am Surgeon, 2004;70:559-60.*
29. *Rainio J & Penttila A, Amniotic fluid embolism as a cause of death in a car accident - a case report. Forens Sci Int, 2003; 137: 231-4.*
30. *Leone Pak L, Reece EA & Chan L, Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? Am J Obstet Gynecol, 1998;179:1140-4.*