

# המעקב האמבולטורי במרפאת ילדים לאחר תינוקות עם צהבת ילודים

## נכתב על-ידי:

פרופ' שאול דולברג (יו"ר)  
ד"ר שמעון ברק

## בשם:

האיגוד הישראלי לרפואת ילדים  
האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה  
החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה (אמבולטורית) (חיפ"א)

יוני 2022

המכון לאיכות  
ברפואה



הנחיות קליניות מתפרסמות ככלי עזר לרופא/ה ואינן באות במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

### חברי הועדה לעידכון ההנחיות (2021)

פרופ' שאול דולברג (יו"ר), מומחה ברפואת ילדים, מומחה בניאונטולוגיה.  
 ד"ר שמעון ברק, מומחה ברפואת ילדים, יו"ר חיפ"א.  
 ד"ר שרון שגב דומאי, מומחית ברפואת ילדים, חברת ועד החברה לרפואת הנקה בישראל.  
 פרופ' אריה ריסקין, יו"ר האיגוד הניאונטולוגי בישראל, מומחה ברפואת ילדים, מומחה בניאונטולוגיה.

### חברי הועדה לכתיבת ההנחיות (2011)

פרופ' שאול דולברג (יו"ר), מומחה ברפואת ילדים, מומחה בניאונטולוגיה.  
 ד"ר שמעון ברק, מומחה ברפואת ילדים.  
 ד"ר בתיה וייס, מומחית ברפואת ילדי ובגסטרואנטרולוגיה ילדים.  
 ד"ר שרון שגב, מומחית ברפואת ילדים.

**תוכן העניינים**

1. מבוא .....	עמוד 4
2. הגדרות.....	עמוד 4
3. עקרונות המעקב אחר צהבת.....	עמוד 4
4. צהבת וברית מילה.....	עמוד 6
5. צהבת בשבוע השני לחיים.....	עמוד 6
6. מעקב אחר תינוקות עם צהבת ממושכת או צהבת על רקע המוליטי.....	עמוד 6
7. מקורות.....	עמוד 8

## 1. מבוא

צהבת הילוד היא תופעה שכיחה מאוד, וכשני שלישים מן הילודים ייפתחו אותה בימים הראשונים לאחר היוולדם. ברוב המקרים, הצהבת אינה מחייבת נקיטת פעולות, אך כיוון שקיים פוטנציאל לנזק ארוך טווח, חשוב מאוד שיעשה מעקב רפואי הולם. ההנחיות להלן: מיועדות לסייע לרופא הילדים בקהילה בקבלת החלטות על המעקב הקליני והמעבדתי אחר תינוקות עם צהבת ילודים ששחררו ממעקב בית החולים.

ההנחיות מתרכזות במעקב בשבוע הראשון לחיים, ובמעקב אחר תינוקות עם צהבת ממושכת, והן משלימות את ההנחיות לטיפול ומעקב אחר צהבת הילוד 2013 של האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה המופיעות באתר האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה (<https://neonatology.ima.org.il/>).

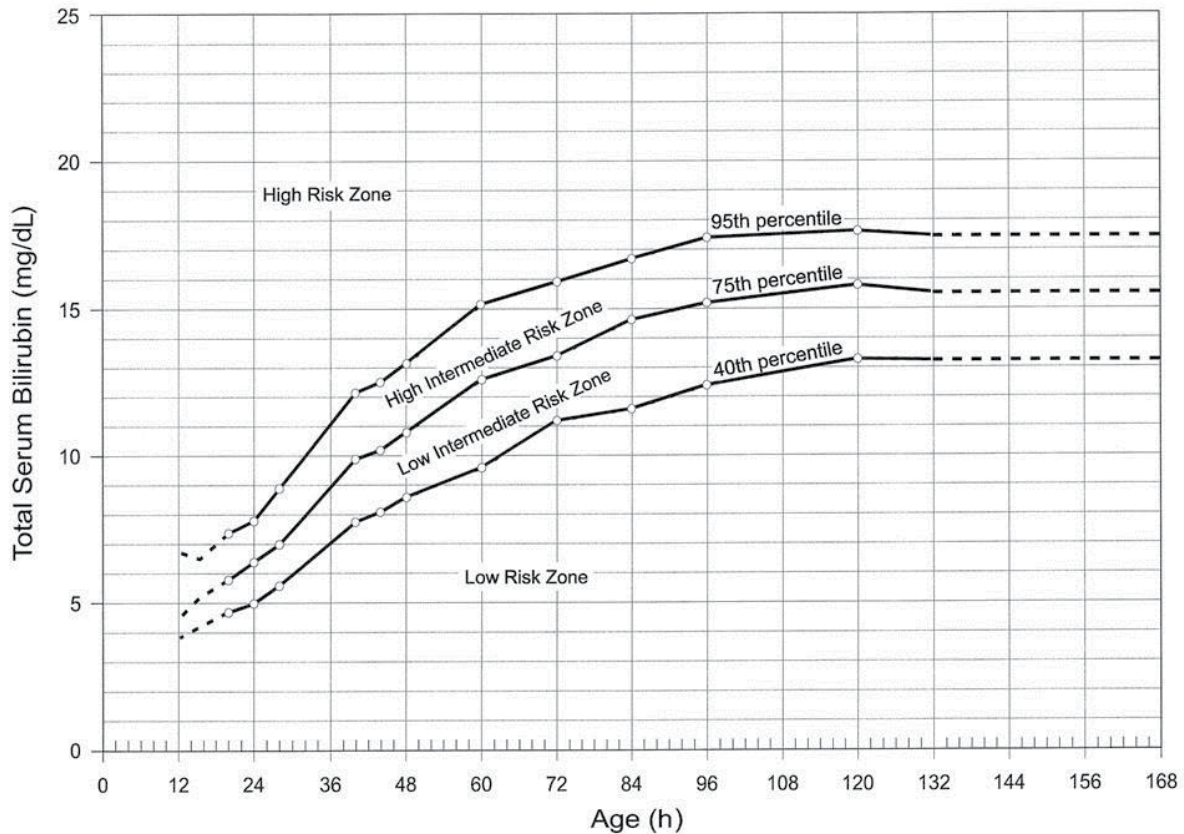
## 2. הגדרות

- א. **צהבת ישירה פתולוגית:** ערך בילירובין ישיר (מצומד) מעל 1.5 מ"ג לד"ל. כל ערך מעל 1 מ"ג לד"ל מחייב בירור מעבדתי וקליני.
- ב. **צהבת ממושכת:** צהבת קלינית בבדיקת הרופא בגיל 14 יום ויותר.
- ג. **בירור מעבדתי לצהבת:** בדיקת סוג הדם של הילוד והאם, תבחין קומבס ישיר, בילירובין ישיר, ספירת דם מלאה כולל רטיקולוציטים ורמת האנזים G6PD.

## 3. עקרונות המעקב אחר צהבת

1. אבחון צהבת נעשה על ידי בדיקה קלינית-גופנית של הרופא או/ו בעזרת בדיקה עדכנית בבילירובינומטר, או בדיקת דם. אין להסתמך על תיאור בעל פה, או הערכה של הורים או גורם אחר.
2. עלייה פתאומית בערכי בילירובין מגדילה את הסיכון להופעת קרניקטרוס (kernicterus). הדבר נכון בעיקר, בתינוקות אשר בבירור הצהבת נתגלו סימני המוליזה, לרבות, אי התאמת סוג דם ובעיקר, מצב של חסר אנזים G6PD. על כן, יש לראות בכל עלייה פתאומית מצב של חירום רפואי, ובתוך זה, תינוק שעבר ל-risk zone גבוה יותר בעקומת בוטאני (ראה נספח מס' 1).

## נספח מס' 1: עקומת בוטני



3. האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה ממליץ, על מעקב קליני של הצהבת 48-72 שעות לאחר השחרור מבית היולדות. אם בעת הבדיקה התינוק אינו מראה סימני צהבת קלינית משמעותית (ראה סעיף 4 להלן), או שערך בדיקת הבילירובין בזמן הביקורת (ובתנאי, שגילו של התינוק 96 שעות לפחות) אינו עולה על 12.5 מ"ג לד"ל - אין צורך בבירור נוסף.

4. לצהבת הילוד נטייה להופיע ולהתפשט בכיוון צפלו-קאודלי ולכן, צהבת קלינית משמעותית תיראה לעין הבודק שהיא יורדת עד לרגליים. היה, והתינוק הגיע לרופא מבלי שנבדקה, קודם לכן, רמת הבילירובין בדם, יש להפנותו לבדיקת דם ולהתייחס לרמת הבילירובין בדמו על פי עקומת בוטני (נספח מס' 1) בהתאם לגילו.

5. על פי מקומו בעקומת בוטני יש להתייחס לילוד בהמלצות כדלהלן:

מיקום הילוד	הפעולה שיש לנקוט
Low risk zone	אין צורך בבדיקות דם נוספות וניתן להסתפק במעקב קליני
Low intermediate risk zone	יש לזמנו, לבדיקה קלינית נוספת בתוך 48 שעות. בדיקת מעבדה נוספת לבילירובין תיעשה על סמך שיקול קליני.
High intermediate risk zone	יש לחזור, על בדיקת דם לבילירובין בתוך 24 השעות הקרובות ומומלץ, לבצע בירור מעבדתי לצהבת אם זה לא נעשה עד כה.
High risk zone	חייב בירור מעבדתי מייד, ויש לשקול, את הצורך בטיפול ובכלל זה, האפשרות להמשיך מעקב הצהבת בבית החולים.

#### 4. צהבת וברית מילה

הנחיות קליניות אלה אינן מתייחסות להחלטות הלכתיות בדבר מילה. יש להתייחס לתינוק שהצהבת שלו חשודה כנובעת ממחלת כבד, או מחלה המטולוגית עם המוליזה מוגברת, או חסר של ויטמין K כשיקול בהחלטה לגבי קיום ברית מילה. לגבי כל האחרים, אין חשיבות רפואית לרמת הבילירובין, ואין מבחינה רפואית הצדקה להמליץ על דחיית ברית, מה גם, שברית המבוצעת מאוחר יותר כרוכה בסימני סבל רב יותר של התינוק.

#### 5. צהבת בשבוע השני לחיים

תינוק שהגיע לרופא בשבוע השני לחייו לראשונה עם צהבת קלינית משמעותית (למשל, צהבת המגיעה עד לרגליים) יופנה לבירור מעבדתי שיכלול: בילירובין וספירת דם. בערך של בילירובין מתחת ל-13 מ"ג לד"ל אין צורך בהמשך מעקב מעבדתי. בערכים שבין 13 ל-15 מ"ג לד"ל יש לזמן לביקורת צהבת תוך 48 עד 72 שעות. בערכים מעל 15 מ"ג לד"ל יש לבצע ברור מעבדתי מלא לצהבת.

#### 6. מעקב אחר תינוקות עם צהבת ממושכת או צהבת על רקע המוליטי

א. תינוק שידוע כי הצהבת שלו הייתה כרוכה בהמוליזה (למשל, תבחין קומבס חיובי בתינוקות עם חוסר התאמה בסוגי דם או רטיקולוציטוזיס משמעותית) יש לבצע ספירת דם חוזרת בגיל 2-3 שבועות לכל המאוחר, ומוקדם יותר במקרה של סימנים קליניים לאנמיה.

ב. בכל תינוק עם צהבת קלינית בגיל 3 שבועות ויותר יש לוודא, ביצוע של בדיקת בילירובין ישיר ובלתי ישיר (בשאלה של איטמות דרכי המרה), בדיקת קומבס ישיר (בשאלה של המוליזה) וספירת דם (בשאלה של אנמיה). כמו כן, יש לוודא באתר סקר הילודים את תוצאות בדיקת בלוטת התריס ([www.health.gov.il/yelod](http://www.health.gov.il/yelod))

ג. צהבת אינה עילה להוספת תמ"ל לתזונתו של ילוד ואינה מחייבת שינוי כלכלה.

ד. בתינוק יונק, תיתכן צהבת ממושכת בערכים יחסית גבוהים. מצב זה אינו דורש הפסקת הנקה, אלא להיפך, עידודה. ככלל, אין הצדקה להפסיק הנקה בגלל צהבת ילודים, למעט, מקרים נדירים בהם התינוק מתקרב מאד לערכים המצדיקים ביצוע החלפת דם, וגם אז, ניתן לשקול הפסקת הנקה למספר שעות תוך שאיבת החלב, כדי לא לפגוע בהמשך הנקה מוצלחת. אין גם צורך במעקב על ידי בדיקות דם חוזרות אם הבילירובין מראה יציבות.

ה. במקרים של היפרבילירובינמיה ישירה, יש להפנות לבירור מיידי במרפאת גסטרו-ילדים לשלילה מוקדמת של אבחנת איטמות דרכי המרה.

1. צהבת ממושכת (מעל גיל חודש) מחייבת הערכה מחודשת כולל - ברור מעבדתי לרבות, תפקודי כבד.

2. לא מומלצת חשיפה של תינוקות לשמש כדרך להורדה של בילירובין.

## 7. מקורות

1. Bhutani V.K., Johnson L., Sivieri E.M: Predictive ability of a pre-discharge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics*. 1999; 103: 6-14.
2. Keren R.: Identifying newborns at risk of significant hyperbilirubinemia: a comparison of two recommended approaches. *Arch Dis Child*. 2005; 90: 415-421.
3. Christensen R.D. Yaish H.M. Hemolytic disorders causing severe neonatal hyperbilirubinemia. *Clin Perinatol*. 2015; 42: 515-527.
4. Grosse S.D. Prosser L.A. Botkin J.R. Screening for neonatal hyperbilirubinemia—first do no harm? *JAMA Pediatr*. 2019; 173: 617.

**The Israel Pediatric  
Association**



**האיגוד הישראלי לרפואת  
ילדים**



המכון לאיכות  
ברפואה



**ההסתדרות הרפואית בישראל  
המכון לאיכות ברפואה**