

## فصل پانزدهم

### تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص

#### لب شکری و شکاف کام

تغذیه دهانی در نوزادانی که به صورت مادرزادی دارای ناهنجاری های شایع هستند یک مشکل عمده است. ناهنجاری های فوق مانع چفت شدن (seal) موثر دهان به پستان شده و در نتیجه این نوزادان برای تغذیه دهانی نیازمند کمک هستند.

#### فواید تغذیه با شیر مادر

تغذیه شیرخواران دچار لب شکری و یا شکاف کام با شیرمادر فواید متعددی دارد از جمله بهبود تکامل ماهیچه های دهان و صورت، پر شدن بهتر شکاف لب بوسیله پستان به دلیل انعطاف پذیری پستان، کاهش التهاب گوش میانی، و ایجاد آسایش و لذت ناشی از مکیدن غیر تغذیه ای برای این شیرخواران که توانایی مکیدن تغذیه ای ندارند. به مادران این نوزادان که تغذیه موثری از پستان ندارند باید تکنیک های دوشیدن شیر آموزش داده شود، تا شیر همواره در دسترس باشد.

#### شکاف در کام سخت

این نوزادان قادر نیستند فشار منفی مکش مناسب در حفره دهانی ایجاد کنند، در نتیجه دچار بلع هوای فراوان می شوند. آن ها اغلب برگشت شیر (رگورژیتاسیون) از بینی داشته و در اثر تلاش طولانی برای تغذیه از پستان خسته می شوند. این موانع سبب دریافت ناکافی شیر و در نتیجه وزن گیری ناکافی در ماه های اول بعد از تولد می گردد. در صورتی که فشار منفی برای مکیدن ایجاد شود تغذیه پستانی موفقیت آمیز خواهد بود. در غیر این صورت یک نیپیل مصنوعی مخصوص نرم با سوراخی بزرگ یا انتقال مستقیم شیر به دهان نوزاد مورد استفاده قرار می گیرد. پروتزهای کامی نیز به منظور کمک به ایجاد فشار منفی مکش، موجود می باشند. در استفاده از پروتز و نیپیل مصنوعی مخصوص باید احتیاط کرد تحریک و یا ساییدگی لبه های کام ایجاد نشود.

#### لب شکری تنها

این ناهنجاری به احتمال زیاد با موفقیت شیردهی همراه است. در این شیرخواران در صورتی که شکاف لب پرشود، فشار منفی مناسب مکیدن ایجاد خواهد شد. برای این منظور با استفاده از انگشت شست دست

حمایت‌کننده پستان در حالت C، می‌توان شکاف را پر نمود و در نتیجه چفت شدن لب‌ها به پستان کامل می‌شود.

### نوزادان دارای لب شکری و شکاف کام توأم

این نوزادان به احتمال کم‌تری موفق به تغذیه پستانی خواهند شد چرا که نمی‌توانند فشار منفی کافی ایجاد کنند و معمولاً عملکرد دهانی-حرکتی ضعیفی دارند. این شیرخواران معمولاً نیاز به برنامه تغذیه‌ای اختصاصی دارند که در آن شیرمادر توسط وسایل مخصوص در اختیار وی قرار می‌گیرد (فصل ۱۱). تکنیک‌های کمک به مادر برای تغذیه نوزاد مبتلا به شکاف کام و یا لب شکری با شیرمادر در جدول ۱-۱۵ آورده شده است. در ضمن مادر می‌تواند به منظور تداوم تولید شیر کافی، شیرش را بدوشد.

### ترمیم جراحی

ترمیم لب شکری از طریق جراحی معمولاً در ماه‌های اولیه پس از تولد صورت می‌گیرد (۱ تا ۴ ماهگی)، در حالی که شکاف کام حدوداً ۹ تا ۱۲ ماهگی ترمیم می‌شود. سابقاً شیرخوارانی که تحت عمل ترمیم لب شکری قرار می‌گرفتند، در طول دوره‌ی ریکاوری پس از جراحی از طریق فنجان، قطره‌چکان یا قاشق تغذیه می‌شدند. مطالعات نشان می‌دهد شیرخوارانی که پس از ترمیم لب شکری، از پستان تغذیه شدند، بهبودی بهتری داشتند. نتایج حاصل از یک مطالعه، نشان داد شش هفته پس از جراحی، شیرخوارانی که از طریق پستان تغذیه شده‌اند در مقایسه با شیرخواران تغذیه شده از طریق وسایل فوق، وزنگیری بهتری داشته، طول مدت بستری آن‌ها پس از جراحی در بیمارستان کوتاه‌تر بود، تجویز داروهای ضد درد و مسکن برای آن‌ها کم‌تر و نیاز به استفاده از مایع داخل وریدی در آن‌ها نیز کم‌تر بوده است. بنابراین در برخی موارد لازم است تا هر چه زودتر پس از عمل جراحی، تغذیه پستانی از سر گرفته شود.

**جدول ۱-۱۵- تکنیک‌های تغذیه با شیر مادر در شیرخواران مبتلا به لب شکری و یا شکاف کام**

- ۱- هر ۲ الی ۳ ساعت به طور مکرر نوزاد را تغذیه کرده و روش‌های تحریک رفلکس جهش شیر (let-down) و درست گرفتن پستان (Latch-on) را فرا بگیرید.
- ۲- برای نگهداشتن پستان از روش C یا روش کف دست (شست بالا و سایر انگشتان در زیر پستان) استفاده کنید. از روش نگهداری U نیز برای نگهداشتن پستان می‌توانید استفاده کنید.
- ۳- نوزاد را هم سطح پستان نگه دارید. در شیرخواران هیپوتونیک، تنه و سر باید به کمک بالش هم سطح پستان قرار گیرد.
- ۴- به منظور جلوگیری از انسداد راه‌های هوایی و برگشت شیر از بینی، از وضعیت‌های نیمه نشسته مثل زیر بغلی استفاده کنید.
- ۵- برای شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب شکری دو طرفه از روش بغل کردن straddle استفاده گردد (شیرخوار در دامن مادر نشسته و پاهای او در طرفین شکم مادر قرار می‌گیرد). در این روش نیروی جاذبه در رساندن شیر به نوزاد کمک کرده و نیز برگشت شیر از بینی و آسپیراسیون کاهش می‌یابد.
- ۶- پستان را در سمتی از کام که بیشترین استخوان سالم را دارد قرار دهید و نیپل را به سمت پایین قرار دهید تا به داخل شکاف وارد نشود.
- ۷- پستان را با ملایمت به طور ریتیمیک ماساژ دهید تا شیر بیشتری انتقال یابد. مادر میتواند برای جبران فقدان مکش توسط شیرخوار و تحریک رفلکس جهش شیر، پستان را با دست به داخل دهان کودک بدوشد.

برگرفته از: Wagner C. Personal communication

**سندرم پیرابین**

سندرم پیرابین شامل ناهنجاری‌های دهانی از جمله چانه کوچک، افتادگی زبان به طرف پایین و خلف دهان و شکاف کام بوده که همگی بر توانایی تغذیه نوزاد تأثیر گذاشته و ممکن است مشکلات عمده در تغذیه وی ایجاد کند. این شیرخواران به دلیل افزایش مشکلات تنفسی و انسداد مزمن راه‌های هوایی نیاز به کالری بیشتری دارند. برخی از این شیرخواران با تغییر روش‌های تغذیه پستانی و نیز تکنیک تغذیه با نیپل قادر خواهند بود کالری کافی را دریافت کنند. نوزادانی که قادر به تحمل تغذیه دهانی نباشند، به منظور دریافت مواد مغذی کافی نیازمند تغذیه با لوله هستند.

اختلال در بلع و مکیدن علت عمده مشکلات تغذیه در آغاز دوره نوزادی است. کوچکی فک باعث بروز مشکلاتی در گرفتن پستان می‌شود. شکاف کام در عمل مکیدن تولید اختلال می‌کند زیرا زبان به سمت خلف دهان جابجا می‌شود و شیرخوار به خوبی قادر به حرکت دادن نوک پستان نبوده و در نتیجه در راندن شیر به ناحیه اوروفارنکس دچار مشکل می‌شود. مشکلاتی نیز در عمل بلعیدن ممکن است به دلیل دفورمیتی

زبان (glossoptosis) بروز کند. شیرخوار معمولاً چند بار سریعاً مک زده و سپس تنفس قطع می‌شود. در این شیرخواران هماهنگی و انجام همزمان مکیدن و بلعیدن مشکل می‌باشد. در طی تغذیه دهانی، شیر به قسمت نازوفارنکس راه می‌یابد که این حالت همراه با اختلال بلع و وضعیت نابهنجار زبان، خطر بروز اسپیراسیون را بالا می‌برد. در مواردی که زبان به منظور جلوگیری از خفگی و اسپیراسیون به قسمت قدام دهان فیکس شده باشد (glossopexy)، شیرخوار همچنان در پستان گرفتن مشکل داشته و برای تحرک زبان و بلعیدن نیز دچار مشکل می‌گردد.

شیر مادر برای این شیرخواران به دلیل بالا بودن ریسک اسپیراسیون و متعاقب آن عفونت‌های تنفسی بسیار مفید است. استفاده از شیر مادر باعث کاهش بروز عفونت گوش میانی و نیز عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی در این شیرخواران می‌شود زیرا از نگرانی‌های عمده در این نوزادان، ریسک بالای ابتلا به عفونت گوش میانی و نیز کاهش شنوایی می‌باشد. مادران شیرخوارانی که قادر به تغذیه با شیر مادر بصورت موثر نیستند باید برای تداوم تولید شیر کافی به دوشیدن زود هنگام شیر تشویق شوند.

### سندرم داون

شیرخواران مبتلا به سندرم داون، برای یک تغذیه پستانی مناسب نیازمند مداخلات ویژه می‌باشند. ساختار دهانی آن‌ها ممکن است دارای ناهنجاری‌های متفاوتی باشند که بر تغذیه آنان تأثیر می‌گذارد. این ناهنجاری‌ها شامل بزرگی زبان، زبان شیاردار، کام باریک و بینی کوچک همراه با پل بینی پایین می‌باشد. این شیرخواران ممکن است به علت هیپوتونی ژنرالیزه در مکیدن موثر و به علت داشتن زبان بزرگ در گرفتن پستان دچار مشکل شوند. آنان نمی‌توانند زبان را به شکل مقعر و پیاله مانند دور آرئول تغییر شکل دهند، در نتیجه شیر به جای آن که به انتهای حفره دهانی رفته و سپس به راحتی بلع شود، به کناره‌های حفره دهانی ریخته می‌شود. معمولاً رفتار تغذیه‌ای با بهبود تون عضلات بدن بهبود می‌یابد. برای آشنایی با تکنیک‌های تغذیه با شیر مادر مبتلایان به سندرم داون، جدول ۲-۱۵ را ملاحظه کنید.

**جدول ۲-۱۵- تکنیک‌های شیردهی برای شیرخواران مبتلا به سندرم داون**

- ۱- شیرخوار را در فواصل کوتاه و مکرر (هر ۲ الی ۳ ساعت) شیر بدهید.
- ۲- درحالی که سرشیرخوار را برای کنترل بهتر حمایت می‌کنید تنه و سرشیرخوار را در یک سطح نگه دارید.
- ۳- وضعیت دادن:
  - a- به منظور کنترل بهتر نوک پستان از روش نگهداری C استفاده کنید - انگشت شست در بالا و انگشتان دیگر در زیر پستان.
  - b- با یک انگشت چانه نوزاد را از زیر حمایت کنید. به منظور حمایت بیشتر فک و همچنین ایجاد فشار ملایم رو به پایین بر روی چانه به منظور باز کردن دهان نوزاد، می‌توانید از انگشت اشاره استفاده کنید.
  - c- برای شیرخواران هیپوتونیک، روش نگهداری U، پستان مادر و چانه نوزاد را مورد حمایت قرار داده و فک زیرین می‌تواند در فضای کف دست استراحت کند.
- ۴- در مواردی که بلع هوا و خفگی به صورت مکرر اتفاق می‌افتد، پس سرشیرخوار را بالاتراز نوک پستان قرار دهید. مادر می‌تواند لم داده (روی صندلی پشتی دار) تا گلوی شیرخوار بالاتراز نوک پستان قرار بگیرد. در صورت موثر بودن این روش، باید مکرراً آروغ شیرخوار گرفته شود.
- ۵- در شیرخواران مبتلا به بزرگی زبان، در باز کردن دهان و نیز پستان گرفتن به آن‌ها کمک کنید. نگه داشتن پستان به روش C و روش U در این زمینه مفید خواهد بود.
- ۶- برای رفع مشکل بیرون راندن زبان:
  - a- به شیرخوار، در حالی که چانه اش رو به پایین است، تقریباً در تماس با قفسه سینه، شیر بدهید.
  - b- به گونه شیرخوار به سمت دهانش به آرامی ضربه زده و نیز لبانش را چند بار نوازش کنید.
  - c- با انگشت اشاره (انگشت باید تمیز باشد و ناخن آن کوتاه و صاف گردد) قسمت بیرونی لثه شیرخوار را ماساژ دهید. ابتدا از خط وسط شروع کرده و کم‌کم به سمت کناره‌های لثه بروید.
  - d- هنگامی که شیرخوار دهانش را باز کرد، به آرامی نوک زبانش را با نوک انگشت اشاره به سمت پایین فشار داده و تا سه بشمارید.
  - e- فشار را قطع کنید و در همان حالت ۱ الی ۲ بار زبان را از نوک آن به عقب برانید. مراقب باشید نوزاد عرق نزنند..
  - f- قبل از هر بار شیر دادن ۳ الی ۴ بار، این عمل را تکرار کنید.
- ۷- در شیرخواران هیپوتونیک یا ضعیف، استفاده از محافظ نوک پستان «nipple shield» ممکن است برای عادت دادن او به تغذیه پستانی مفید باشد (فصل ۱۱).

### زایمان چندقلو

تغذیه چندقلوها شامل دوقلوها و سه‌قلوها، در بسیاری از موارد با شیرمادر و بدون نیاز به مکمل به خوبی انجام پذیر است. تغذیه چندقلوها با شیرمادر نیازمند صرف وقت بیشتر و نیز تغذیه بهتر مادر است. توصیه رایج در خصوص انرژی مورد نیاز مادر برای تغذیه با شیرمادر، ۵۰۰ تا ۶۰۰ کیلوکالری در روز به ازای هر قل می‌باشد. راه‌های متنوعی برای تغذیه چندقلوها با شیرمادر وجود دارد. دوقلوها به یکی از این سه روش با شیرمادر تغذیه می‌شوند: به صورت همزمان، جداگانه بر اساس برنامه میل و تقاضای شیرخوار و یا جداگانه بر اساس میل و تقاضای تغییر یافته به نحوی که یک شیرخوار بر اساس میل و تقاضای تغذیه شده و سپس بلافاصله شیرخوار دیگر تغذیه می‌شود. در روش شیردهی همزمان، در زمان صرفه جویی می‌شود و همچنین فواید فیزیولوژیک دارد به نحوی که کودک قوی‌تر در یک سمت، رفلکس جاری شدن شیر را برای قل دیگر تحریک و فعال می‌کند. هر چند که متداول‌ترین روش تغذیه هر شیرخوار بصورت انفرادی است زیرا:

- ۱) مدتی زمان لازم است تا مادر از شرایط زایمان بهبود یابد.
- ۲) شیرخواران توانایی بلعیدن یکسانی ندارند.
- ۳) وضعیت جدید اغلب برای خانواده سخت است.

تشویق پدر و یا سایر اعضای خانواده برای کمک به مادر در تغذیه شیرخوار، از برخی استرس‌ها می‌کاهد. بسیاری از مادران و شیرخواران سریع تطابق پیدا می‌کنند و مادر می‌تواند روش و برنامه مورد نظرش را انتخاب کند. برخی از مادران شیرخوارشان را منحصراً با شیر خود، برخی دیگر ترکیبی از تغذیه پستانی همراه با دوشیدن مکانیکی شیر و تغذیه از طریق بطری شیر و یا دیگر لوازم جایگزین، تغذیه می‌کنند.

### شیردهی پشت سرهم

شیردهی پشت سرهم (tandem nursing) اشاره به تداوم شیردهی در حاملگی بعدی و پس از زایمان نوزاد بعدی است. یک حاملگی طبیعی نمی‌تواند دلیلی برای از شیر گرفتن فوری باشد. اما زایمان پیش از موعد معمولاً مانع تداوم تغذیه با شیرمادر می‌گردد. در بعضی از فرهنگ‌ها هنگامی که حاملگی قطعی شد، بر اساس اعتقادات فرهنگی، مذهبی، یا گرایش‌های اجتماعی، حکم به از شیر گرفتن نوزاد داده می‌شود. یک بررسی در زمینه شیردهی در دوران حاملگی، نشان داد فقط ۴۳ درصد مادران در طول بارداری شیردهی را ادامه دادند. ۴۸ درصد از شیرخواران، بیشتر در اواخر ترمیستر دوم که مادر کاهش واضح تولید شیر را گزارش می‌دهد، خودشان را از شیر گرفتند. دلایل اصلی از شیر گرفتن شیرخوار از طرف مادر، درد پستان و نوک پستان، خستگی و تحریک پذیری است. فقط ۷ درصد مادران در طول شیردهی، انقباض رحم را گزارش نمودند. حمایت روحی

روانی از کودک از شیر گرفته شده بسیار مهم است.

باید مطمئن شد که نوزاد تازه متولد شده در تغذیه از پستان در اولویت قرار گیرد، تا رشد او به خطر نیفتد. اغلب تغذیه فرزند بزرگتر که از قبل از پستان تغذیه می شده، فقط به منظور حفظ آرامش کودک و نیز اظهار خواسته مادر، انجام گیرد. بعضی مطالعات نشان داد نوزاد تازه متولد شده ای که مادرش عهده دار تغذیه هم زمان دو فرزند بوده، دچار کندی رشد شده است که احتمالاً ناشی از تفاوت در کیفیت ترکیبات شیر مادر در طول زمان می باشد. مادر به اندازه همان مقدار شیری که از پستانش برداشته می شود (خورده می شود)، شیر تولید خواهد کرد. بنابراین در صورتی که وی دو یا چند شیرخوار را شیر می دهد، مقدار بیشتری شیر تولید خواهد کرد.

### شیردهی در فرزندخواندگی

تغذیه فرزند خوانده با شیر مادر امکان پذیر است و نیازمند آماده سازی پستان ها برای تولید شیر می باشد. پستان ها در غیر حاملگی، در واکنش به تحریک فیزیکی ناشی از مک زدن یا دوشیدن پستان، دستخوش تغییراتی می شوند. در صورت تحریک پستان، پرولاکتین ترشح شده و شیر تولید می شود. اگر چه افزایش مقدار پرولاکتین و تولید شیر متفاوت است. یک جزء اصلی در شیردهی موفق، رگ کردن و جریان یافتن شیر (Let-down) است که ارتباط مستقیم با مقدار کافی اکسی توسین موجود در گردش خون دارد. رفلکس Let-down را می توان با استفاده از اکسی توسین خارجی تسهیل کرد. تولید شیر ممکن است از ۱ الی ۶ هفته، به طور متوسط حدود ۴ هفته پس از آغاز دوشیدن پستان یا تغذیه از پستان طول بکشد. شیرافزاها اغلب مورد استفاده قرار می گیرند. اما اثربخشی آنها هنوز اثبات نشده است (فصل ۱۲). توصیه متخصصین آن است که این اقدامات قبل از پذیرفتن نوزاد آغاز شود، چرا که پروسه تقبل فرزند، خود استرس زا بوده و با تولید شیر تداخل ایجاد می کند. اگر مادر از لوازم کمکی تغذیه (Supplemental Feeding) و نیز تماس پوست با پوست استفاده کند مفید خواهد بود. این تکنیک ها به نوزاد اجازه می دهد تا طی مکیدن، مواد تغذیه ای ضروری را دریافت کند. میزان موفقیت با توجه به سابقه بارداری متفاوت است. زنان نولی پار ممکن است مشکلات بیشتری داشته باشند.

### شیردهی مجدد

مادرانی که شیردهی به نوزاد خود را آغاز کرده اما به دلیل بیماری شدید شیرخوار که قادر به شیر خوردن نبوده و یا به دلیل بیماری خود، شیردهی را متوقف کرده اند، ممکن است تمایل داشته باشند که شیردهی را مجدداً شروع کنند. مادرانی که قبلاً تجربه شیردهی داشته اند در مقایسه با مادرانی که شیردهی یک فرزند خوانده را

برای اولین بار شروع کرده‌اند، از لحاظ روانی برای تولید شیر آمادگی بهتری دارند. با تحریک دوباره نوک پستان، حلقه نورو-اندوکرین مجدداً فعال شده و تولید شیر از سر گرفته می‌شود. در حدود ۷۵ درصد از زنانی که پروسه شیردهی مجدد را آغاز می‌کنند، شیردهی با موفقیت همراه خواهد بود.