

فصل نهم

تداوم شیردهی - جنبه‌های مادری

حمایت از مادران شیرده باید بلافاصله پس از زایمان ادامه یابد. متخصصین زنان و مامایی باید در ویزیت‌های مختلف پس از زایمان وضعیت پستان‌ها را ارزیابی کنند و از نحوه ارزیابی و درمان مشکلات مختلف مادر و مسائل مربوط به شیردهی آگاه باشند.

ویزیت‌های پیگیری پس از زایمان

ویزیت روتین مامایی

معمولا ویزیت روتین مادر توسط متخصص مراقبت‌های زنان و مامایی برای ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان، برنامه‌ریزی می‌شود. متخصصین زنان و مامایی باید مادر را تشویق نمایند تا در این ویزیت‌ها شیرخوار را همراه خود بیاورد.

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

بجز مشاهده و ارزیابی اولیه تغذیه با شیرمادر و چگونگی وضعیت پستان‌ها در روز ۵-۳ پس از تولد در این ارزیابی نیز اطلاعاتی در زمینه مشکلات مشاهده شده در تغذیه با شیرمادر و همچنین نگرانی‌های مادر استخراج می‌شود. این ویزیت زمان مناسب و ایده‌آلی برای ارزیابی و مشاهده وضعیت شیرخوردن شیرخوار، به ویژه ارزیابی وضعیت درآغوش گرفتن شیرخوار، چگونگی گرفتن پستان توسط شیرخوار و انتقال شیر از مادر به شیرخوار می‌باشد.

حمایت از مادر شیرده

ثابت شده که حمایت پرسنل ارایه دهنده خدمات زنان و مامایی از تصمیم مادر در مورد تغذیه شیرخوار از پستان موجب تداوم تغذیه با شیرمادر می‌شود. این زمان، موقع بسیار مناسبی جهت تشویق مادر برای تجربه موفق شیردهی است و به رفع نگرانی‌های مادر کمک می‌کند.

ارزیابی و معاینه پستان

ارایه دهنده خدمت باید معاینه پستان را به منظور بررسی وضعیت پستان و کشف هر نشانه‌ای از ضربه یا صدمه، عفونت یا توده‌های پستانی انجام دهد. اگر پستان مادر دچار احتقان و پرخونی است، ضمن بررسی علل بروز احتقان و توصیه‌های لازم، می‌توان از مادر تقاضا کرد که قبل از معاینه شیرخوارش را شیر بدهد. این مسئله از مخفی ماندن مشکلات پستان طی معاینه بالینی جلوگیری می‌کند. مراقبین مامایی باید مادر را به تداوم تغذیه با شیرمادر تشویق نموده و مزایای تغذیه انحصاری با شیرمادر تا سن ۶ ماهگی را تأکید نمایند. همچنین به مادر توصیه کنند که خودآزمایی منظم پستان را ادامه داده و هرگونه یافته غیرطبیعی را به پزشک معالج خود گزارش دهد.

برنامه‌ریزی برای بازگشت به کار

در این مراقبت پس از زایمان، ارائه دهنده مراقبت باید با مادر تازه زایمان کرده در مورد برنامه او برای بازگشت به کار در خارج از منزل صحبت نموده و راه‌های مختلف تغذیه شیرخوار با شیرمادر و دوشیدن شیر را بحث نماید. دوشیدن شیر باید قبل از شروع به کارمادر در خارج از منزل آغاز شود. این امر سبب می‌شود که مقادیر کافی شیر را ذخیره نماید و پاسخگوی مقادیر مختلف مصرف روزانه شیرخوار باشد (فصل ۱۰). لازم به ذکر است که در سال ۲۰۱۰، برنامه عمل «Patient Protection and Affordable Care Act»، ماده ۷ استانداردهای کار عادلانه (FLSA) Fair Labor Standards Act را اصلاح نموده و کارفرماها را ملزم کرده به کارکنان زن برای دوشیدن شیر و مراقبت از کودک تا یک سالگی مرخصی ساعتی اعطا نمایند. همچنین کارفرماها موظف اند مکانی (غیر از سرویس بهداشتی) را که از دید و ورود سرزده همکاران و عموم مردم در امان باشد، برای مادران شیرده فراهم نمایند.

گروه‌ها و افراد حامی

مادران باید اسامی و شماره تلفن افرادی را که می‌توانند بصورت شبانه‌روزی به آنها مشاوره شیردهی و کمک ارائه نمایند، در اختیار داشته باشند. مادران شیرده همچنین باید با گروه‌های همسان (مادرانی که خود قبلاً تجربه شیردهی موفق داشته‌اند) تماس برقرار کرده، از کمک و حمایت آن‌ها برخوردار شوند (به ضمیمه مراجعه شود).

مراقبت‌های بعد از سزارین

چنانچه مادری تحت عمل سزارین قرار گرفته باشد، ممکن است قبل از زمان مراقبت‌های معمول (۶-۴ هفته

پس از زایمان) نیاز به یک ویزیت اولیه داشته باشد. هر چند که این مراقبت به طور عمده به مشکلات ناشی از عوارض جراحی توجه دارد، اما در ضمن می تواند زمان مناسبی برای بررسی هر گونه شکایت و مشکل ناشی از تغذیه با شیر مادر باشد. زیرا مادرانی که تحت عمل سزارین قرار گرفته اند، مشکلات بیشتری در زمینه شروع و تداوم شیردهی خواهند داشت.

مشکلات شیردهی مربوط به مادر - در کوتاه مدت

درد نوک پستان و احتقان پستان بیشترین شکایت زنان شیرده می باشد و این شکایات ممکن است به طور خیلی زودرس، بلافاصله پس از زایمان بروز کند، اما در هر زمان دیگری در طول دوره شیردهی نیز ممکن است بروز نماید.

درد نوک پستان

ارزیابی تکنیک شیردهی و نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار مهمترین قسمت پیشگیری و مدیریت زود هنگام درد و ترک نوک پستان می باشد. جزئیات تاریخچه مثل شروع درد، محل و زمان آن مهم است. تشخیص های افتراقی شامل التهاب ساده، خراشیدگی، شقاق، درماتیت تماسی، عفونت و اسپاسم عروقی نوک پستان می باشد. مشخص شده هیچ ماده موضعی بهتر از مالیدن شیر دوشیده شده به نوک پستان پس از هر بار شیردهی کمک کننده نیست.

عفونت های میکروبی نوک پستان

عفونت یکی از علل درد نوک پستان بعد از طی دوره اولیه پس از زایمان می باشد. با هر نقصی (defect) در پوست، ترک نوک پستان یا خراش آن، ممکن است استافیلوکوک آرنوس در آن رشد کند. درمان موضعی با پمادهای آنتی بیوتیک و مراقبت های موضعی از زخم باعث بهبود موضع زخم در ظرف چند روز می شود.

عفونت قارچی نوک پستان

یکی از معمول ترین دلایل بروز این عفونت، برفک دهان شیرخوار است.

شکایات: عفونت سطحی در نوک پستان یا پوست که عامل آن قارچ می باشد، با درد نوک پستان، خارش یا صورتی رنگ شدن پوست تظاهر می کند.

علل: عوامل مستعد کننده ابتلا به عفونت کاندیدایی پستان شامل ضربه به پستان، استفاده از آنتی بیوتیک، دیابت، استفاده از استروئید و نقص ایمنی می باشد. برخی کارشناسان متوجه شدند که استفاده از پدهای

پستان که دارای لایه پلاستیکی بوده و رطوبت را در خود نگه می‌دارند، با بروز کاندیدا همراه بوده است.

ارزیابی: چنانچه تشخیص دیگری موجود نباشد، بر مبنای علائم بالینی به تنهایی می‌توان کاندیدا را درمان کرد. در بسیاری از موارد اثبات این که کاندیدا تنها ارگانیسم عامل ایجاد بیماری است مشکل می‌باشد. به دلیل وجود قارچ در همه جای سطح پوست، کشت پوست ممکن است به صورت فلور نرمال پوست تظاهر نماید حتی در مادران بدون علامت نیز مثبت شود. بنابراین کشت دادن شیر یا سطح پوست مفید نمی‌باشد و به طور معمول انجام آن توصیه نمی‌شود.

درمان: درمان عفونت سطحی کاندیدایی نوک پستان باید بصورت همزمان در مادر و شیرخوار انجام شود. همسر نیز ممکن است به درمان نیاز داشته باشد. درمان‌ها شامل موارد زیر است:

- **درمان ضد قارچ:** ترکیبات ضد قارچ مؤثر و متنوعی در دسترس هستند. به طور معمول مادران با ترکیبات ضد قارچ موضعی مانند کتوکونازول، نیستاتین و مایکونازول درمان می‌شوند. کرم ضد قارچ برای پستان مادر، بعد از شیردهی استفاده می‌شود. محلول‌های ضد قارچ مثل سوسپانسیون نیستاتین که بعد از تغذیه در داخل گونه‌ها و زبان شیرخوار مالیده می‌شود مؤثر هستند. ناحیه پوشک (تناسلی) شیرخوار نیز ممکن است نیاز به درمان داشته باشد. این درمان به طور معمول باید برای مدت ۱۴ روز یا حداقل چندین روز پس از برطرف شدن علائم بیماری ادامه یابد.

- **ویوله دوژانسین:** روش دیگر برای درمان موضعی این عفونت استفاده از ویوله دوژانسین ۰/۲۵ درصد تا ۱ درصد است که بر روی ناحیه مبتلا به مدت ۳ روز با سواب مالیده می‌شود. این دارو ممکن است سبب ایجاد لکه‌های پایدار بر روی لباس، تغییر رنگ موقت دهان شیرخوار و اغلب التهاب، زخم دهانی، استوماتیت (التهاب دهان)، تهوع، استفراغ و اسهال شود.

- **فلوکونازول خوراکی:** برای مادرانی که نوک پستان شان بعد از چند روز استفاده از درمان موضعی بهتر نشده، علائم پایدار بود یا بدتر شد، استفاده می‌شود. شیرخوار هم در موارد عود یا کاندیدایز مقاوم به درمان ممکن است به فلوکونازول خوراکی نیاز داشته باشد.

- **درمان اضافی (مکمل):** هر شیئی که در تماس با دهان شیرخوار (مانند پستانک، نوک‌های مصنوعی) یا پستان مادر (مثل لوازم شیردوش) است، باید هر روز با محلول آب صابون داغ، شسته و جوشانده شود. لباس‌ها مانند کرس‌ت و بلوزهای مادر باید هر روز با استفاده از محلول‌های رقیق سفید کننده، شسته و یا در معرض نور خورشید خشک شوند. در صورت استفاده از پد، انواع یک بار مصرف آن ارجح است. قرار دادن پستان‌ها در معرض هوای آزاد و مراقبت صحیح از زخم نیز به بهبود سریع آن کمک می‌کند. سایر

نواحی مبتلا به عفونت قارچی مانند عفونت قارچی واژن یا تینه آکروریس در همسر و یا وجود ضایعات ناشی از کهنه (diaper rash) در شیرخوار نیز باید بررسی شوند. صرف نظر از نوع رژیم درمانی مورد استفاده، مادر باید در مورد رعایت بهداشت و جلوگیری از ابتلای مجدد به عفونت های احتمالی آموزش ببیند.

احتقان پستان

احتقان، تورم و انبساط ناشی از تخلیه ناکافی پستان است که معمولاً در زمان افزایش تولید شیر در حدود روزهای ۳ تا ۷ بعد از زایمان رخ می دهد (فصل ۷). همچنین، احتقان ممکن است دیرتر، بدلیل حذف وعده هائی از شیردهی و یا تغییر ناگهانی در دفعات شیردهی رخ دهد. احتقان پستان نباید با انسداد مجرای پستان که منجر به ایجاد توده یا طنابی در پستان می شود، اشتباه گردد. همچنین نباید با التهاب پستان (ماستیت) که منجر به تب، علائم سیستمیک شبیه آنفولانزا و افزایش تعداد گلبول های سفید می شود، اشتباه گرفته شود (جدول ۹-۱). احتقان ممکن است به علت شیردهی غیر مؤثر یا دفعات کم تغذیه شیرخوار که خود ناشی از زخم نوک پستان، خواب آلودگی شیرخوار یا جدایی مادر و شیرخوار است، رخ دهد. پستان باید از نظر احتمال ماستیت و انسداد مجرای شیر مورد بررسی قرار گیرد. درمان نکردن احتقان می تواند منجر به بروز مشکلاتی در گرفتن صحیح پستان توسط شیرخوار و ماستیت شود. بهترین درمان احتقان پستان جلوگیری از بروز آن است و بهترین راه پیشگیری، تغذیه مکرر شیرخوار با شیر مادر یا تخلیه و دوشیدن پستان ها (۸ تا ۱۲ بار در روز از هر دو پستان) می باشد.

جدول ۹-۱ - تفاوت یافته ها در احتقان پستان، انسداد مجرای شیری و ماستیت

خصوصیات	احتقان پستان	انسداد مجرا	ماستیت
زمان شروع	تدریجی، بلافاصله پس از زایمان	تدریجی، بعد از دفعات تغذیه با شیر مادر	ناگهانی، پس از ۱۰ روز
محل	دو طرفه	یک طرفه	معمولاً یک طرفه
تورم و گرمی	منتشر	ممکن است جابجا شود، بدون گرمی یا با گرمی کم	موضعی، قرمز، خیلی گرم و متورم
درد	منتشر	خفیف، ولی موضعی	شدید، ولی موضعی
درجه حرارت بدن	کمتراز ۳۸,۴ درجه سانتیگراد (۱۰۱ درجه فارنهایت)	کمتراز ۳۸,۴ درجه	بیش از ۳۸,۴ درجه
علائم سیستمیک	حال عمومی خوب	حال عمومی خوب	علائم شبه آنفولانزا

Adapted with permission From Breastfeeding: A Guide for the medical professional. 6th ed. Lawrence RA, Lawrence RM. Elsevier, Mosby, Philadelphia, PA; 2005:563.

انسداد مجاری شیری (توقف جریان شیر یا استاز شیر)

شکایات: انسداد مجرای شیری در واقع یک انسداد موضعی جریان شیر می باشد و اغلب به صورت یک گره دردناک در پستان ظاهر می شود و اندازه این توده ممکن است با شیردهی کاهش یابد.

علل: این وضعیت (توقف جریان شیر) می تواند به دلایل گوناگون از جمله تغییر ناگهانی در برنامه زمان بندی شیردهی، تخلیه ناکافی پستان، استفاده صرفاً از یک وضعیت شیردهی، پوشیدن لباس های تنگ و چسبان (مانند سینه بند های فنردار تنگ) و یا وضعیت خوابیدن مادر ایجاد شود. به خصوص اگر این شرایط در یک قسمت از پستان تکرار شود، ممکن است با مشکلات آناتومیکی ایجاد شده منجر به انسداد مجاری شیری شود. به ندرت ممکن است چیزی که به عنوان انسداد مجرای شیری قلمداد می شود یک تومور خوش خیم یا بدخیم باشد که باعث انسداد مجرا شده است.

ارزیابی: انسداد مجرا به راحتی از احتقان و ماستیت قابل تشخیص است، به این دلیل که در انسداد مجرا علائم سیستمیک بیماری و تب دیده نمی شود (جدول ۱-۹). اگر انسداد مجرای شیری طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت برطرف نشود و یا تب ایجاد شود مادر باید توسط متخصص و مشاور شیردهی مورد بررسی قرار گیرد.

درمان: درمان انسداد مجرا با استفاده از کمپرس گرم و مرطوب قبل از تغذیه شیرخوار و ماساژ ناحیه مبتلا قبل و حین تغذیه شیرخوار صورت می گیرد. در صورت امکان بهتر است تغذیه شیرخوار از پستان مبتلا شروع شود. شیردهی در وضعیت های مختلف انجام گیرد تا تخلیه پستان بهتر صورت گیرد به طوری که بینی شیرخوار در امتداد انسداد باشد. مطمئن شوید که بافت پستان فشار داده نمی شود مثلاً هنگامی که مادر با فشار انگشتش روی پستان می خواهد راهی برای تنفس شیرخوارش باز کند.

ماستیت

ماستیت به طور معمول به صورت یک عفونت باکتریال یک طرفه پستان تعریف می شود و در ۲ تا ۳ درصد زنان شیرده رخ می دهد.

شکایات: ماستیت اغلب به صورت ناحیه ای مشخص، گرم، با درد هنگام لمس، تورم و قرمزی موضعی یک طرفه پستان ظاهر می شود که بعد از روز دهم پس از زایمان دیده می شود.

بیشترین میزان شیوع ماستیت در هفته دوم و سوم بعد از زایمان می باشد. بسته به شدت عفونت، محدوده ناحیه التهاب می تواند از چند سانتی متر تا تقریباً یک پستان کامل باشد. التهاب پستان ممکن است با شروع درد ناگهانی در پستان، درد عضلانی و تب ناگهانی همراه باشد. ماستیت در بعضی مواقع با علائمی مشابه

آنفلوآنزا مانند احساس خستگی شدید، حالت تهوع، استفراغ، تب و سردرد خود را نشان می دهد.

علل: عفونت معمولاً از طریق یک شکاف در پوست (پستان)، معمولاً شقاق نوک پستان وارد بدن می شود. هر چند که استاز شیرو پرخونی ناشی از احتقان، یا انسداد مجاری شیری نیز می تواند منجر به ماستیت شود. ۵۰ درصد ارگانایسم های بیماری زا از نوع استافیلوکوک اورئوس مقاوم به پنی سیلین هستند. دیگر ارگانایسم های مشاهده شده شامل ایشرشیاکولی، استرپتوکوک گروه A، پیتواستریتوکوک، هموفیلوس آنفلوآنزا، کلبسیلا پنومونیه و باکتریوئیدها می باشند.

ارزیابی: پستان را برای تشخیص صحیح ماستیت و رد وجود آبسه به دقت معاینه کنید. پزشکان باید از ارگانایسم های مقاوم موجود در جامعه آگاهی داشته و در صورت عدم پاسخ به درمان های خط اول، باید کشت شیر مادر و تست حساسیت آنتی بیوتیک درخواست نمایند.

درمان: درمان ماستیت باید بلافاصله پس از تشخیص صورت پذیرد و اقدامات زیر انجام شود:

- یک آنتی بیوتیک مؤثر علیه استافیلوکوک مقاوم به پنی سیلین تجویز شده و درمان ۱۰ تا ۱۴ روزه انجام شود.
- آنتی بیوتیک های ایمن برای درمان شامل سفالوسپورین های نسل اول یا دی کلوگزاسیلین می باشند. در صورت حساسیت بیمار به پنی سیلین، ارتیروماپسین و مشتقات آن نیز مؤثر هستند. در صورت شک به استاف آرئوس مقاوم به متی سیلین، درمان جایگزین (آلترناتیو) توصیه می شود.
- به مادر آموزش دهید شیردهی را به طور صحیح ادامه دهد زیرا شیر مادر برای شیرخوار مضر نیست. شیردهی مکرر توصیه شود. در صورت تحمل مادر، شروع شیردهی از پستان مبتلا رجحیت دارد. اما اگر شیردهی از پستان مبتلا با درد زیاد همراه است شیردهی از پستان غیر مبتلا شروع شود تا علایم تخفیف یابد. پستان مبتلا باید در هر نوبت تغذیه شیرخوار، از طریق شیردهی، دوشیدن شیر (توسط شیردوش) یا هردو تخلیه شود. در شرایط خاص ممکن است دوشیدن دستی یا استفاده از شیردوش برای تخلیه شیر از پستان مورد نیاز باشد، به این دلیل که درد شدید مانع از شیردهی می شود. حذف دفعات شیردهی در زمان ماستیت توصیه نمی شود، چرا که خود این امر ممکن است مادر را مستعد ابتلا به آبسه پستان نماید.
- مادر باید به دریافت مایعات کافی، توصیه و تشویق شود.
- به مادر توصیه شود حداقل تا ۲۴ ساعت پس از فروکش کردن تب در بستر استراحت کند. مادر می تواند در طی این مدت شیرخوار را در کنار خود داشته باشد و از اعضای خانواده درخواست کمک کند.
- **مسکن ها:** تسکین علامتی با تجویز مسکن های ملایم (استامینوفن، ایبوپروفن)، کمپرس سرد یا گرم (هر

کدام که بهتر عمل کند) و کرسر نگهدارنده پستان انجام می‌شود.

- موارد شدید ماستیت که به سرعت به درمان سرپایی جواب نمی‌دهد، نیاز به بستری شدن در بیمارستان و درمان تزریقی خواهند داشت.

ماستیت مزمن و یا راجعه

علائم: علائم ماستیت مزمن یا راجعه مشابه علائم ماستیت حاد است با این تفاوت که ماستیت مزمن به درمان مقاوم است.

علل: ماستیت مزمن یا راجعه معمولاً از درمان ناکامل ماستیت یا استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های غیر مؤثر و نامناسب ناشی می‌شود. بیماران مبتلا به ماستیت به طور معمول پس از یک دوره کوتاه مدت دریافت آنتی‌بیوتیک احساس بهبودی می‌کنند، اما باید به آنان توصیه شود که دوره درمان را کامل نمایند. علت دیگر ماستیت راجعه، درمان ناقص عوامل زمینه‌ای مستعد کننده مانند تروما و شقاق پایدار یا ضایعه انسدادی می‌باشد.

ارزیابی: در موارد عود عفونت، باید بعد از درمان عفونت، معاینه کامل پستان و بررسی دقیق از نظر وجود هر گونه توده کیستیک یا جامد در بافت پستان انجام شود. همچنین بررسی با سونوگرافی نیز مفید می‌باشد.

درمان: کشت نمونه وسط شیر دوشیده شده می‌تواند برای تشخیص، درمان و خصوصاً برای موارد عود مرتبط با پاتوژن‌های غیر شایع یا مقاومت آنتی‌بیوتیکی مؤثر باشد. به طور معمول نباید در کشت‌های نمونه وسط شیر پاتوژنی موجود باشد. بیمار باید به مدت دو هفته کامل تحت درمان قرار گیرد و هر عامل مساعد کننده بیماری برطرف شود. در برخی موارد دوره طولانی‌تر درمان با آنتی‌بیوتیک نیاز می‌شود.

آبسه پستان

ناحیه‌ای با محدوده (دیواره) مشخص در پستان است که حاوی ترشحات چرکی بوده و در ۵ تا ۱۱ درصد از زنان مبتلا به ماستیت رخ می‌دهد.

علائم: علائم و نشانه‌های آبسه شبیه ماستیت است ولی علائمی مانند لمس توده موج یا سفتی مشخص در پستان اضافه می‌شود. چنانچه پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت از شروع درمان علائم ماستیت برطرف نشود، پستان باید از نظر احتمال وجود آبسه مورد بررسی قرار گیرد.

علل: یکی از علل احتمالی تشکیل آبسه، عدم درمان یا درمان ناکافی ماستیت می‌باشد.

ارزیابی: پستان باید به منظور تشخیص سایر علل بروز توده پستانی، به دقت مورد ارزیابی قرار گیرد.

درمان: درمان فوری با ایجاد برش و تخلیه محتوای آبنسه، تجویز آنتی بیوتیک ها و تخلیه کامل پستان (از شیر) هر چند ساعت یک بار ضروری است. در این موارد، مایع آبنسه باید کشت داده شود تا آنتی بیوتیک مناسب تجویز شود. در بعضی موارد بستری شدن و تجویز آنتی بیوتیک تزریقی وریدی الزامی خواهد بود. تغذیه شیرخوار سالم و ترم می تواند از پستان دیگر (پستان سالم) ادامه یابد. شیردهی از پستان مبتلا بستگی به ملاحظات بالینی دارد. اگر برش ایجاد شده به اندازه کافی از آرئول پستان دور باشد به گونه ای که شیرخوار بتواند به راحتی پستان را بگیرد، تغذیه با شیرمادر از پستان مبتلا قابل انجام خواهد بود. اگر شیردهی از پستان مقدور نباشد، شیر باید با روش های دستی یا مکانیکی از پستان تخلیه شود. گاهی اوقات اعمال فشار بر روی محل برش با استفاده از گاز استریل در طول مدت شیردهی یا شیردوشی، از ایجاد فیستول جلوگیری می کند.

تغییرات خلقی پس از زایمان

افسردگی و افسردگی خفیف (حزن و اندوه) بعد از زایمان *postpartum Blues and Depression*

افسردگی خفیف یا اندوه پس از زایمان (*Blues postpartum*) یک وضعیت شایع پس از تولد نوزاد است و تخمین زده می شود که تا ۸۵ درصد مادران تازه زایمان کرده به آن مبتلا شوند. ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید پس از زایمان را تجربه می کنند. سایکوز (*psychosis*) پس از زایمان کمتر شایع است و در یک دهم تا دو دهم درصد از زنان رخ می دهد. این حالت نه تنها بر سلامت مادر تأثیر می گذارد، بلکه می تواند بر چگونگی مراقبت مادر از فرزند (فرزندانش) و شیردهی او نیز مؤثر باشد، لذا آگاهی مادران از این وضعیت و درمان آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

علائم: افسردگی خفیف (اندوه) بعد از زایمان زودگذر است و با حزن خفیف یا گریه مشخص می شود. علائم افسردگی (*Depression*) پس از زایمان مانند انواع دیگر افسردگی می باشد و شامل علائمی چون تغییر در الگوی خواب، تغییر در اشتها، احساس خستگی شدید، حزن، یأس و ناامیدی، احساس بیهودگی و بی علاقه ای یا گریه های پایدار می باشد. در موارد نادر، علائم ممکن است شدید باشد و افکاری از قبیل صدمه به خود یا شیرخوار، ناتوانی در مراقبت از خود یا شیرخوار را در پی داشته باشد و سایکوز پس از زایمان را نشان می دهد.

علل: تغییرات خلقی پس از زایمان ممکن است ناشی از تغییرات ناگهانی هورمونی، خستگی شدید، استرس، بی خوابی یا ترکیبی از آنها باشد. عوامل خطر ابتلا به افسردگی شامل سابقه قبلی افسردگی، سابقه افسردگی

پس از زایمان، سابقه مثبت فامیلی و مشکلات ناشی از تطابق با تولد نوزاد است. مشکلات پزشکی نظیر هیپوتیروئیدی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

ارزیابی: باید علایم و روش‌های غلبه بر این نوع افسردگی با مادر در میان گذاشته شود.

تدابیر درمانی: تغییرات خلقی خفیف یا زودگذر نیاز به کمک و حمایت دارد. اگر علایم مادر تازه زایمان کرده هر چه سریع‌تر رفع نشود، مادر باید به پرسنل بهداشتی درمانی روانشناس برای کمک‌های بیشتر ارجاع داده شود. بسته به شدت وضعیت، درمان دارویی ممکن است مورد نیاز باشد. در صورت نیاز به درمان دارویی، ضد افسردگی‌ها و مهارکننده‌های جذب مجدد سروتونین (SSRI) در طول شیردهی قابل استفاده خواهند بود.

مشکلات شیردهی مربوط به مادر - در بلندمدت

بیماری مادر

مادر بیمار، اعم از این که بیماری او مزمن یا حاد باشد، اغلب درمی یابد که در مورد توصیه‌های شیردهی در دوران بیماری بین کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی اتفاق نظر وجود ندارد. فاکتورهایی که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- آیا شیردهی موجب تشدید بیماری مادر می‌شود؟
- آیا ترکیب و یا تولید شیر تحت تأثیر قرار خواهد گرفت؟
- آیا بیماری مادر یا داروهای مصرفی او شیرخوار را تحت تأثیر قرار خواهد داد؟

پاسخ به همه این سوالات معمولاً منفی است و تغذیه با شیر مادر می‌تواند ادامه یابد. پرسنلی که در امر مراقبت مادر دخیل هستند باید به طور کامل با مادر ارتباط برقرار کنند تا بهترین و موثرترین توصیه‌ها و درمان را ارائه نمایند.

بیماری حاد

در موارد ابتلا مادر به بیماری بلافاصله بعد از زایمان، به شیرخوار باید اجازه هم‌اتاقی با مادر داده شود یا حداقل برای تغذیه مکرر از پستان نزد مادرش آورده شود. تولید شیر مادر باید با تغذیه مکرر شیرخوار از پستان یا دوشیدن شیر، تثبیت شده و تداوم یابد. اکثر بیماری‌های حاد (مانند عفونت‌های تنفسی مادر و گاستروانتریت) با شیردهی منافات نداشته و تغذیه با شیر مادر می‌تواند برای شیرخوار آنتی‌بادی‌های محافظ را فراهم کند. وقفه در شیردهی در زمان شروع علایم بیماری مادر، خطر ابتلا به عفونت در شیرخوار را افزایش می‌دهد.

بیماری مزمن

بیماری مزمن اثر بیشتری روی توان شیردهی مادر دارد، زیرا سبب تغییر در عملکرد خود مادر، تغییر در تولید شیرو و بروز عوارض جانبی احتمالی دارو بر شیرخوار می‌گردد. اطلاعات لازم در مورد خطرات و مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و شیرخوار باید به مادر داده شود. اکثر بیماری های مزمن با شیردهی سازگار می‌باشند و تغذیه با شیرمادر می‌تواند فعالیتی باشد که تجربه مادر در ارتباط با شیرخوارش را طبیعی و عادی می‌کند. (به فصل ۱۶ مراجعه کنید)

بررسی های تشخیصی

تست های کمک تشخیصی، به ویژه آنهایی که نیازمند استفاده از رادیوایزوتوپ ها هستند، به منظور حفاظت از شیرخوار موقتا به روش هایی همچون دوشیدن و تخلیه پستان و دور ریختن شیر (pump and dump) نیاز خواهند داشت (فصل ۱۶).

بی هوشی و جراحی

اگر مادر شیرده به جراحی، اعم از اورژانسی و یا الکتیو، نیاز داشت کارکنان بهداشتی درمانی و بیمار باید نوعی از بی هوشی و داروهای مسکن بعد از عمل را انتخاب کنند که علاوه بر تأمین سلامت مادر و آرامش وی، کمترین عارضه را بر شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می‌شود، داشته باشد (فصول ۶ و ۱۲). سیاست و حمایت های بیمارستانی باید در راستا و منطبق با تداوم شیردهی باشد، به ویژه اگر بستری شدن طولانی مادر در بیمارستان نیاز باشد. در موارد جدایی طولانی مدت مادر و شیرخوار، قبل و بعد از عمل جراحی، باید شرایط و برنامه ریزی برای دوشیدن و ذخیره شیر، در هر زمان ممکن فراهم شود. بعد از عمل مادر باید حداقل هر ۳ ساعت یک بار شیرخوار را با شیر خود تغذیه نماید یا شیر خود را بدوشد تا هم تولید شیر ادامه یابد و هم از احتقان پستان جلوگیری شود.

تغذیه مادر در دوران شیردهی

به منظور اطمینان از رژیم غذایی کافی و مناسب مادر در دوران شیردهی، ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادر مهم است. در زمانی که از وضعیت تغذیه ای کافی و مناسبی برخوردار هستند مصرف بیشتر کالری و مایعات اضافی تأثیر چندانی در افزایش حجم شیر نخواهد داشت. به طور کلی کیفیت شیر مادر با طیف وسیعی از رژیم غذایی مادر حفظ می‌شود، هر چند که برخی اجزای اختصاصی شیر ممکن است تحت تأثیر وضعیت دریافت مواد غذایی و تغذیه مادر باشد.

مصرف مایعات

مصرف مایعات توسط مادر اثری بر حجم شیر در طول شیردهی ندارد. زنان شیرده باید به قدر رفع تشنگی خود مایعات مصرف نمایند. مادران باید به مصرف مایعات تشویق شوند تا جایی که رنگ ادرار آن‌ها زرد کم‌رنگ باقی بماند، که خود نشان دهنده دریافت کافی مایعات می‌باشد. دریافت ناکافی مایعات ممکن است باعث یبوست گردد.

دریافت انرژی

میزان پایه (مرجع) دریافت انرژی از رژیم غذایی در طول ۶ ماهه اول شیردهی ۵۰۰ کیلوکالری در روز بیشتر از رژیم معمولی متناسب با قد مادر، وزن طبیعی و میزان فعالیت وی می‌باشد. در طی ماه‌های ۷ تا ۹ شیردهی دریافت انرژی به میزان روزانه ۴۰۰ کیلوکالری اضافی (نسبت به رژیم معمول) کاهش می‌یابد. اگر مقدار کالری کافی مصرف نشود ذخایر غذایی بدن مادر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مصرف روزانه کمتر از ۱۵۰۰ کیلوکالری ممکن است سبب ایجاد خستگی شدید در مادر و کاهش حجم شیر شود.

دریافت مواد مغذی

به طور کلی نیاز به برخی مواد مغذی خاص در دوران شیردهی نسبت به دوران بارداری بیشتر می‌باشد (جدول ۲-۹). میزان بسیاری از مواد مغذی موجود در شیر مادر ارتباطی به مصرف روزانه آنها توسط مادر ندارد. گرچه غلظت ویتامین‌های محلول در آب شیر مادر نشان دهنده میزان مصرف این ویتامین‌ها توسط مادر می‌باشد و یک رژیم غذایی نرمال می‌تواند برای مادر مقادیر کافی ویتامین رافراهم نماید. گیاه خواران محض یعنی کسانی که از مصرف هرگونه محصولات حیوانی اجتناب می‌نمایند، در معرض خطر کمبود ویتامین B_{۱۲} قرار دارند و لذا باید به آن‌ها مصرف مکمل ویتامین B_{۱۲} توصیه گردد. اگر ذخایر ویتامین B_{۱۲} مادر به مقدار زیاد کاهش یابد شیر او نیز از نظر همین ویتامین دچار کمبود شده و این کمبود در شیرخوار نیز بروز خواهد کرد. دریافت برخی مواد مغذی توسط مادر (نظیر ویتامین B_{۱۲}، ویتامین D، ید، سلنیوم) غلظت این مواد را در شیر مادر افزایش خواهد داد. برای مادرانی که در معرض خطر کمبود ویتامین D هستند، یا آنها که در آب و هوای شمالی زندگی می‌کنند یا آنهایی که منابع خارجی این ویتامین را دریافت نمی‌کنند، دریافت مکمل اضافی برای بهبود وضعیت ویتامین D مادر مفید است. میزان برخی از مواد مغذی شیر مادر، به ویژه فولات و کلسیم، با استفاده از ذخایر مادری در سطح قابل قبولی نگه داشته می‌شود. به همین دلیل مصرف اسید فولیک (به میزان ۴۰۰ میکروگرم در روز) توسط مادر باید ادامه یابد. در صورتی که رژیم غذایی مادر حاوی کلسیم کافی باشد نیازی به مصرف مکمل کلسیم نیست. البته در اوایل شیردهی مقداری از کلسیم بافت اسکلتی مادر کاهش

می‌یابد که با از شیرگیری کودک مجدداً کلسیم از دست رفته ذخیره و جبران می‌شود. غلظت کلسیم، آهن و روی کلاً غیروابسته به دریافت مادر می‌باشد. دریافت چربی بالا از طریق رژیم غذایی مادر و چاقی، با محتوای چربی شیرمادر ارتباط دارد. همچنین برخی از مطالعات نشان می‌دهند که ذخایر چربی بدن مادر با محتوای چربی شیرمادر ارتباط دارد. الگوی اسیدهای چرب نیز تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار می‌گیرد. رژیم غذایی حاوی مقادیر بالای اسیدهای چرب غیراشباع، مقدار این اسیدهای چرب را در شیرمادر افزایش می‌دهد. اغلب متخصصین بهداشتی درمانی، توصیه می‌کنند دریافت ویتامین‌های تجویز شده در دوران بارداری، در شیردهی نیز ادامه یابد.

کاهش وزن

زنان شیردهی که رژیم غذایی انتخابی خود را مصرف می‌کنند، در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی ۰/۵ تا ۱ کیلوگرم (تقریباً یک تا ۲ پوند) در ماه وزن از دست می‌دهند. هر چند که تقریباً ۲۰٪ زنان در طول این مدت کاهش وزن ندارند. مادران می‌توانند در هفته یک پوند کاهش وزن داشته باشند، بدون این که تأثیری بر روی حجم شیرشان داشته باشد. در زنان شیردهی که نمایه توده بدنی آن‌ها قبل از بارداری افزایش داشته یا کسانی که می‌خواهند افزایش وزن شدید دوران بارداری خود را سریع‌تر از دست دهند، محدود کردن کالری دریافتی موثرتر از افزایش فعالیت بدنی به تنهایی است. بر اساس مطالعات مروری سیستماتیک فعالیت بدنی مادر، به هر حال برای تثبیت وضعیت متابولیک مفید است بدون این که ضرری متوجه تولید شیرمادر یا رشد شیرخوار بشود. کاهش سریع وزن به خاطر این که می‌تواند حجم شیر را کاهش دهد، نباید تشویق شود. استفاده از داروهای کاهش وزن و رژیم مایعات در زمان شیردهی توصیه نمی‌شود و به طور کلی در ۴ تا ۶ هفته اول بعد از زایمان رژیم کاهش وزن تأیید نمی‌شود. زمان متوسط لازم برای برگشت به وزن قبل از حاملگی ۵ ماه است. به مادران باید توصیه‌های تغذیه‌ای صحیح ارائه شود تا اطمینان حاصل گردد که به میزان کافی مواد مغذی دریافت می‌کنند.

جدول ۲-۹ - میزان مواد مغذی توصیه شده در زنان شیرده

درصد افزایش در زنان شیرده نسبت به زنان بالغ خارج از سن باروری	میزان مواد غذایی توصیه شده ^a			
درصد افزایش نیاز	شیردهی	حاملگی	زنان بالغ ^b	نوع ماده مغذی
افزایش	افزایش ۵۰۰ کیلو کالری در روز در طی ۶ ماه اول افزایش ۴۰۰ کیلو کالری در روز در طی ۹-۷ ماه بعد از زایمان	افزایش ۳۴۰ کیلو کالری در روز در تراپیستردوم و افزایش ۴۵۲ کیلو کالری در روز در تراپیسترسوم	۱۹-۵۰ سال	انرژی (کیلو کالری) ^c
۵۴	۷۱	۷۱	۴۶	پروتئین (گرم) ^d
۶۰	۱۲۰	۸۵	۷۵	ویتامین C (میلی گرم) ^d
۲۷	۱/۴	۱/۴	۱/۱	تیامین (میلی گرم) ^d
۴۵	۱/۶	۱/۴	۱/۱	ریبوفلاوین (میلی گرم) ^d
۲۱	۱۷	۱۸	۱۴	نیاسین (نانوگرم)
۵۴	۲	۱/۹	۱/۳	ویتامین B _۶ (میلی گرم) ^d
۲۵	۵۰۰	۶۰۰	۴۰۰	فولات (میکروگرم) ^d
۱۷	۲/۸	۲/۶	۲/۴	ویتامین B _{۱۲} (میکروگرم) ^d
۴۰	۷	۶	۵	اسید پانتوتیک (میلی گرم) ^c
۱۷	۳۵	۳۰	۳۰	بیوتین (میکروگرم) ^c
۲۹	۵۵۰	۴۵۰	۴۲۵	کولین (میلی گرم) ^c
۸۶	۱۳۰۰	۷۷۰	۷۰۰	ویتامین A (میکروگرم) ^d
۰	۵	۵	۵	ویتامین D (میکروگرم) ^c
۲۷	۱۹	۱۵	۱۵	(ویتامین E میلی گر TE) ^d
۰	۹۰	۹۰	۹۰	ویتامین K (میکروگرم) ^c
۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	کلسیم (میلی گرم) ^c
۰	۷۰۰	۷۰۰	۷۰۰	فسفر (میلی گرم) ^c
۰	۳۱۰	۳۵۰	۳۱۰	منیزیم (میلی گرم) ^d
-۵۰	۹	۲۷	۱۸	آهن (میلی گرم) ^d
۵۰	۱۲	۱۱	۸	روی (میلی گرم) ^d
۹۳	۲۹۰	۲۲۰	۱۵۰	ید (میکروگرم) ^d
۲۷	۷۰	۶۰	۵۵	سلنیوم (میکروگرم) ^d
۰	۳	۳	۳	فلوراید (میلی گرم) ^c

a Values are from the Institute of Medicine.

b Assumes age older than 19 years. Women younger than 19 years have greater nutrient needs for calcium (1,300 mg), phosphorus (1,240 mg), and zinc (13 mg).

c Calculations are based on recommended intakes per day, assuming 9 months is equivalent to 270 days.

d Recommended Dietary Allowance (RDA), the average daily dietary intake level that is sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97% and 98%) individuals in a life stage and gender group, and based on the Estimated Average Requirement (EAR).

e Adequate Intake (AI), the value used instead of an RDA if sufficient scientific evidence is not available to calculate an EAR.

DFE = dietary folate equivalents; NE = niacin equivalents; RE = retinal equivalents; TE = tocopherol equivalents.

Adapted with permission from Picciano MF. Pregnancy and lactation: Physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. J Nutr. 2003;133:1997S-2002S

ارزیابی پستان در طول شیردهی

غربالگری به منظور تشخیص توده های پستانی

بروز بدخیمی های پستان در طول دوران بارداری و شیردهی ۱:۳۰۰۰ تا ۱:۱۰۰۰۰ تخمین زده می شود. به طور تقریبی ۳ درصد از زنانی که برای آنها کانسر پستان تشخیص داده می شود، باردار یا شیرده هستند. با افزایش فرزندآوری در طی سال های آینده انتظار می رود که این درصد نیز افزایش یابد. تأخیر در تشخیص کانسر پستان در زنان باردار و شیرده گزارش شده است. اگر مادر شیرده متوجه توده ای در پستان خود می شود که اندازه این توده با شیردهی کاهش پیدا نمی کند یا این که اندازه آن رو به افزایش است، باید بلافاصله مورد ارزیابی قرار گیرد. چنانچه توده باقی بماند معاینات تشخیصی باید انجام شود (فصل ۱۶).

ماموگرافی تشخیصی

ماموگرافی در طول دوران شیردهی بی خطر می باشد اما در صورت وجود توده قابل لمس نباید به طور کامل به نتیجه طبیعی ماموگرافی اطمینان کرد. مادر باید بلافاصله قبل از انجام ماموگرافی شیرخوار خود را با شیرش تغذیه کند یا این که پستان را تخلیه نماید تا بدین ترتیب امکان دید بهتر توده یا ضایعات احتمالی فراهم گردد.

اولتراسوند

استفاده از اولتراسوند در بررسی توده های قابل لمس پستانی در طول شیردهی (توده های جامد یا پراز مایع) می تواند مؤثرتر باشد.

بررسی های تشخیصی

آسپیراسیون سوزنی یا بیوپسی سوزنی، همچنین سایر مطالعات تشخیصی می تواند بدون نیاز به قطع قابل توجه شیردهی انجام شود. حدود ۸۰ درصد توده های بیوپسی شده در طی حاملگی و شیردهی خوش خیم هستند و این بیوپسی هیچ صدمه ای به مادر، جنین و شیرخوار وارد نمی کند. حدود ۳۰ درصد از بیوپسی ها دارای تغییرات پاتولوژیک خاص در پستان شیرده می باشند. انواع توده های خوش خیم پاتولوژیک دوران شیردهی شامل آدنومای شیردهی، فیبرو آدنومای اینفارکته، بافت های پیرتروفیک پستان، گالاکتوسل ها، ماستیت یا ضایعات التهابی و پاپیلوما می باشند.

ترشحات خونی نوک پستان

پدیده ای نسبتاً فراوان در ارتباط با صدمه نوک پستان و احتقان در ابتدای دوران شیردهی به خصوص حوالی روزهای ۳ تا ۷ پس از زایمان است. بررسی نوک پستان از نظر صدمه یا آسیب و اصلاح وضعیت گرفتن پستان توسط شیرخوار می تواند به حل مشکل کمک نماید.

گاهی اوقات زنان از تغییر رنگ شیر به قرمز متمایل به قهوه ای شاکی هستند که به علت گشاد شدن مجرای شیرو نشست مابعد از داخل مویگ ها به داخل مجرای شیری می باشد (سندرم لوله زنگ زده یا اکتازی مجاری). این مشکل معمولاً در طی هفته اول شیردهی حل می شود. اگر شیر کمی خون آلود باشد معمولاً به خوبی توسط شیرخوار تحمل می شود ولی گاهی اوقات ممکن است با استفراغ یا مدفوع آغشته به مختصری خون همراه شود. اگر ترشح خونی نوک پستان فقط از یک مجرای منفرد بوده و تداوم داشته باشد، ارزیابی بیشتر مادر مورد نیاز است. به طور شایع، این وضعیت (ترشح خونی نوک پستان از یک مجرای منفرد) ممکن است مربوط به پاپیلوما داخل مجرا باشد. کارسینوم داخل مجرای نادر بوده و می تواند در ارتباط با یک توده در پستان باشد.

توصیه هایی برای ارزیابی پستان در طول شیردهی

خودآزمایی منظم پستان: هر چند که از نظر تکنیکی، عملاً مشکل می باشد ولی برخی از زنان در طول دوران شیردهی به طور منظم خودآزمایی پستان را انجام می دهند.

معاینات بالینی پستان: باید توسط پزشک در شروع دوران بارداری، در دوره پس از زایمان و پس از آن به طور سالانه حتی در دوران شیردهی انجام شود.

ماموگرام: ماموگرافی غربالگری روتین، برخلاف ماموگرافی های تشخیصی، همان گونه که قبلاً نیز به آن اشاره

شد باید تا چندین ماه پس از، از شیر گرفتن شیرخوار به تعویق بیفتد.

بیوپسی: اگر ضروری باشد در طول حاملگی و شیردهی منعی برای انجام ندارد.

کانسر پستان: به طور کلی کانسر پستانی که در طول دوران شیردهی و بارداری تشخیص داده می شود، مرحله به مرحله مانند یک کانسر پستان در سن قبل از یائسگی و نیز زنان غیر باردار و غیر شیرده می باشد و از پیش آگهی مشابهی برخوردار است. تشخیص زودهنگام بسیار مهم بوده و درمان نباید به تعویق بیفتد. در صورتی که دلیلی برای نگرانی وجود داشته باشد، مراجعه فوری به جراح پستان برای ارزیابی بیشتر پستان توصیه می شود.

شیردهی: بعد از بیشتر جراحی های پستان و درمان های سرطان پستان شیردهی امکان پذیر است (حتی اگر یک طرفه باشد).