

بنام خداوند خالق هستی که بزرگی و علم و محبت و بخشندگیش وصف ناشدنی است

Breastfeeding Handbook For physicians 3rd Edition ACOG

The American college of obstetricians and Gynecologists

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN

ترجمه : دکتر خلیل فریور ، متخصص کودکان

هزینه:

باعرض سلام خدمت شما استاد و همکار عزیز وقف ایتم است لطفا اگر قابل قبول بود 500000 تومان و بیشتر برای ایشان هزینه فرمائید .

ایتم فامیل-محله-شهر-استان-یا کشور . نقد-اقساطی-خدمت در ماه مبارک رمضان، عید فطر، عید قربان، عید نوروز یا هرمناسبتی بامحبت و نوازش و احترام. غذا، لباس، عیدی، بسته معیشتی و.....

خداوند به شما اجر فراوان عطا فرماید و نیز

مبلغ 5000- 50000 تومان به کارت این جانب اگر دوست داشتید و مانعی نبود و موجود بود به شماره 5894631175852946 خلیل فریور واریز فرمائید که ان شاءالله صرف امور خیرشود.

دانشجویان عزیز رایگان و هر زمان توانمند شدید اگر دوست داشتید اقدام فرمایید منتها حمد و سوره و صلوات را فراموش نفرمائید .

شماره تماس جهت ارشاد و انتقاد و راهنمایی 09122964805

بنام خداوند جان و خرد- حکیم و علیم و حلیم و عزیز-رحیم و ودود و رؤوف و کریم- شکور و غفور و سمیع و بصیر-نصیر و وکیل و خبیر و مجیر- و رزاق رزق است و محیی ممیت- و مالک به روز جزایست و عرش عظیم-سلامم به ملک و ملانک رب العالمین -به هر مرسل و انبیای شریف-به پیغمبر آخرین مصطفی فخر دین(ص) - اللهم صل علی محمد و اهل بیت الطیبین الطاهرین

الهی ایمان-اخلاص-تقوا-علم مفید-رزق حلال-توفیق طاعت و عبادت و خدمت و عاقبت بخیری عنایت فرما -آمین

تغذیه شیرخوار از سینه مادر برای پزشکان

از آکادمی اطفال و کالج زنان و مامایی آمریکا 2023

مقدمه

مانند نسخه های قبلی، این ویرایش سوم کتاب راهنمای تغذیه شیرخوار از پستان مادر برای پزشکان نوشته شده تا به پزشکان در همه تخصص ها یک آموزش مختصر و ارزان و کمک مرجع در مورد شیرمادر و شیردهی انسان ارائه دهد. هدف کلی کتاب راهنما افزایش دانش پزشکان در مورد فیزیولوژی شیردهی و عملکرد بالینی است به طوری که آنها در ترویج و حمایت از شیردهی توانمند باشند. این کتاب می تواند به عنوان راهنما برای آموزش تئوری و عملی تغذیه از سینه مادر و شیردهی به دانشجویان، دستیاران و دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. می توان برنامه های آموزش پزشکی مداوم را بر اساس محتوای آن ایجاد کرد. امید است این کتاب پزشکان را تشویق کند تا معلمان تغذیه با شیر مادر و شیردهی شوند. از آنجایی که این کتاب به طور مشترک نوشته شده است تا نشان دهنده تلاش مشترک آکادمی اطفال آمریکا و کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان باشد، به همکاری بین پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی - به ویژه متخصصان شیردهی منجر شود. برای تشخیص پزشک به عنوان هماهنگ کننده یک تیم مراقبت های بهداشتی که متشکل از تعداد زیادی متخصص دیگر است، مفهوم خانه پزشکی برای شیرخوار و مادر در کتاب تاکید شده است تا به ارائه چارچوبی برای ایجاد بیمارستان و مطب دوستدار کودک کمک کند. در حالی که این کتاب عمدتاً برای پزشکان طراحی شده است، استفاده توسط سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی، از جمله پرستاران، متخصصان تغذیه، و متخصصان شیردهی مورد استقبال قرار می گیرد. استفاده از آن می تواند به عنوان پلی بین این متخصصان مراقبت های بهداشتی و پزشکان در دستیابی به مراقبت هماهنگ و بهینه قرار گیرد. این نسخه از کتاب راهنما حاوی به روزرسانی هایی در مورد شواهد مهم شیردهی و همچنین اقدامات بالینی است. فصل اول به شواهدی در مورد اهمیت شیردهی و اپیدمیولوژی تغذیه با شیر مادر در ایالات متحده می پردازد. داده های کاهش خطر برای ارائه تخمینی از اثرات به خوانندگان ارائه شده است. بخش ترکیب شیر با یک فصل جداگانه در مورد اجزای غیر مغذی در شیر انسان تکمیل شده تا اطلاعات بیشتری را در مورد چگونگی توضیح عوامل فعال زیستی و میکروبیوم در اختیار پزشکان قرار دهد تا برخی از اثرات محافظتی شیردهی را توضیح دهند. فصول بعدی در قالب چرخه حیات سازماندهی شده اند تا امکان ارجاع سریع را فراهم کنند. این فصل ها شامل بخش های گسترده ای در مورد مسائل معاصر در مدیریت تغذیه با شیر مادر مانند ده اقدام برای موفقیت در شیردهی، تماس پوست به پوست

و خواب ایمن، ارزیابی تغییرات وزن نوزاد که اخیراً تجدید نظر شده است. داروها و استفاده از واکسن در دوران شیردهی و برنامه ریزی برای بازگشت به کار و شیردهی در محل کار مطالب دیگر مورد بحث است. آگاهی از تغذیه از سینه مادر در ایالات متحده در حال افزایش است. داده‌های کنونی نشان می‌دهد که 83.9 درصد از زنان شیردهی را در بیمارستان آغاز می‌کنند که به تازگی از اهداف ملی تعیین شده برای سال 2020 فراتر رفته است. نسبت زنانی که نوزادان خود را در یک مرکز مناسب شیردهی به دنیا می‌آورند بیش از سه برابر اهداف تعیین شده است و تقریباً نیمی از همه زنان در محل کار خود برنامه شیردهی دارند. داده‌های مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده (کارت گزارش تغذیه با شیر مادر، بررسی‌های ملی ایمن‌سازی، و داده‌های بررسی شیوه‌های تغذیه و مراقبت از نوزادان) در هدایت رویکردهای بالینی در مورد تغذیه با شیر مادر بسیار مفید هستند و بر نیاز به ادامه کار برای از بین بردن نابرابری‌ها در شیردهی تأکید می‌کنند. آمار زنان شیرده در کتاب راهنما بر اهمیت تغذیه از سینه مادر به عنوان یک ضرورت بهداشت عمومی تأکید می‌کند و پزشکان باید از تلاش‌ها برای حذف موانع موفقیت آن حمایت کنند. توصیه‌های مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر برای حدود 6 ماه، به دنبال آن افزودن غذاهای کمکی و ادامه شیردهی به مدت 2 سال یا بیشتر به صورت دلخواه مادر و کودک، باید حمایت شود. تدوین این کتاب برای پزشکان محصول متخصصان متعدد در زمینه شیردهی و شیر انسان است. امیدواریم این مرجع برای آموزش شیردهی مفید واقع شود. مولفین

فصل اول:

شواهد تغذیه از سینه مادر: اهمیت آن برای نوزاد شیرخوار مادر و جامعه

تصمیم یک زن برای شیردهی تأثیرات گسترده‌ای دارد، نه تنها برای نوزاد و شیرخوار و سلامت خودش، بلکه منافع اقتصادی و زیست محیطی برای جامعه. این اثرات کوتاه مدت و بلندمدت ثانوی به ترکیب دینامیک شیر انسان است که حاوی عوامل ضد عفونی و ضد التهابی، و الیگوساکاریدهایی است که میکروبیوم سالم روده را ارتقا می‌دهند، فاکتورهای رشد، میکرو RNA که در تعدیل تنظیم‌کننده‌های اپی ژنتیک مهم هستند و سلول‌هایی مانند نوتروفیل‌ها، لکوسیت‌ها، سلول‌های بنیادی، و باکتری‌ها - از جمله بیفیدوباکتریوم و لاکتوباسیلوس (به فصل 4، اجزای غیر مغذی در شیر انسان مراجعه کنید). این عوامل سیستم ایمنی نوزاد و میکروبیوم روده را ایجاد می‌کنند که به کاهش بروز و شدت عفونت‌ها و واکنش‌های التهابی کمک می‌کند. مطالعات اخیر بر اهمیت «پنجره بحرانی و حیاتی اولیه» در سال اول زندگی تأکید می‌کند، که طی آن ایجاد یک میکروبیوم روده سالم از طریق شیردهی می‌تواند اثرات طولانی‌مدتی ایجاد کند. باتوجه به آثار ثابت

شده طبی و تکاملی عصبی تغذیه ازسینه مادر باید تغذیه شیرخوار ازپستان مادر به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی در نظر گرفته شود. این فصل کاهش خطر بیماری های حاد و مزمن شیرخوار و مادر و همچنین اثرات اقتصادی شیردهی را تشریح می کند.

کاهش خطر بیماری ها در تغذیه نوزادان و شیرخواران ازسینه مادر

شواهد گسترده همچنان جمع آوری شده و تأیید می کند که بسیاری از بیماری های حاد و مزمن کودکان مانند اوتیت میانی، بیماری های اسهالی حاد، بیماری های دستگاه تنفسی تحتانی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)، بیماری التهابی روده، لوسمی دوران کودکی، دیابت، چاقی، آسم و درماتیت آتوپیک، در کودکانی که در دوران نوزادی و شیرخواری ازسینه مادر تغذیه شده اند، کمتر و در کودکانی که از شیر مادر تغذیه نمی کنند بیشتر رخ می دهد.

جدیدترین شواهد منتشر شده، از جمله متآنالیزها و مرورهای سیستماتیک، در این فصل گنجانده شده است (جدول 1-1 و 2-1). در عین حال، این مطالعات فقط به اندازه مطالعات فردی که بر اساس آنها انجام شده و معیارهای نتیجه گیری انتخاب شده قابل اعتماد هستند. جدیدترین اطلاعات به روز شده در پروژه بررسی سیستماتیک بارداری و تولد تا 24 ماهگی (P/B-24) وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) برجسته شده است، که برای ارزیابی نتایج تغذیه ازسینه مادر برای نوزادان، شیرخواران و کودکان و آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت های بهداشتی (AHRQ) بررسی سیستماتیک، که برای ارزیابی پیامدهای سلامت مادران انجام شد موجود است..

بیماری حاد

تغذیه ازپستان مادر فاکتورهای ایمنولوژیک و بیوشیمیایی متعددی را فراهم می کند که از عفونت جلوگیری می کند و دفاع میزبان نوزاد و شیرخوار را تقویت می کند (به فصل 3، ترکیب شیر انسان، و فصل 4، اجزای غیر مغذی در شیر انسان مراجعه کنید). در سطح جمعیت، نه تنها میزان بیماری حاد در شیرخوارانی که ازسینه مادر تغذیه می شوند کمتر است، بلکه طول مدت و شدت بیماری نیز کاهش می یابد. نوزادان و شیرخوارانی که ازسینه مادر تغذیه می شوند عفونت های مشابهی را تجربه می کنند، اما عموماً بدون علامت هستند یا علائم خفیف تری نسبت به نوزادان و شیرخوارانی که تغذیه مصنوعی می شوند دارند. این اثرات در کشورهای با درآمد و منابع بالا و پایین مشاهده می شود. نوزادان و شیرخوارانی که ازسینه مادر تغذیه

می‌شوند نیز پاسخ‌های ایمنولوژیک قابل توجهی به واکسن‌های ب، ث، ژ، هموفیلوس آنفولانزا نوع b، و ویروس فلج اطفال، کزاز و توکسوئید دیفتری دارند.

عفونت گوارشی

اگر در نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می‌کنند عفونت‌های گوارشی پیشگیری نشود، شدت عفونت گوارشی کاهش می‌یابد و این بخاطر داشتن عوامل دفاعی خاص بر علیه پاتوژن‌های روده ای مانند روتاویروس، ژیا، شینگلا، کمپیلوباکتر و اشریشیا کلی انتروتوکسیژنیک است. مطالعه اخیر کوهورت هزاره در بریتانیا با توجه به اثر عوامل مخدوش کننده نشان داد که تغذیه انحصاری از سینه مادر به مدت 6 ماه باعث کاهش 30 درصدی خطر اسهال شدید/یابویدار می‌شود.

بیماری‌های تنفسی

خس‌خس سینه و بیماری‌های دستگاه تنفسی تحتانی، در میان سایر بیماری‌های تنفسی، در نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می‌شوند، بلحاظ دفعات و مدت کاهش می‌یابد. تخمین زده شده است که 21000 بستری شدن در بیمارستان و 40 مرگ ناشی از عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی را می‌توان از طریق شیردهی پیشگیری کرد، بشرطی که 90 درصد شیرخواران تا 6 ماهگی به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه شوند. نشان داده شده در شیرخوارانی که از پستان مادر تغذیه نمی‌شوند میزان ابتلا به عفونت تنفسی تحتانی به علت RSV دو برابر بیشتر می‌شود. مطالعه کوهورت هزاره همچنین نشان داد که شیرخوارانی که به مدت 6 ماه به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کنند، در مقایسه با شیرخوارانی که کمتر از 4 ماه به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کنند، خطر ابتلا به عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی را کاهش می‌دهند.

اوتیت مدیا

متآنالیز اخیر از 24 مطالعه در ایالات متحده و اروپا اثر محافظتی شیردهی را در 2 سال اول پس از تولد به روش بررسی اثر وابسته به دوز نشان داد. شیردهی انحصاری از سینه مادر برای 6 ماه اول پس از تولد کاهش خطر 43 درصدی را نشان داد، در حالی که شیردهی «بیشتر در مقابل کمتر» و «ever در مقابل هرگز» با کاهش خطر 33 درصدی همراه بود.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و مرگ و میر آنها:

شیردهی با کاهش خطر SIDS همراه است. شیردهی بیش از 2 ماه با کاهش SIDS به میزان 40 درصد، 60 درصد در صورتی که مدت شیردهی حداقل 4 ماه باشد و 64 درصد اگر مدت شیردهی بیش از 6 ماه باشد. اثر وابسته به مدت زمان تغذیه انحصاری از پستان نشان داد که بیشترین محافظت برای 4 تا 6 ماه و با کاهش 63٪ خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار است. با این حال، داده ها برای تجزیه و تحلیل اثرات تغذیه انحصاری 6 ماهه با شیر مادر کافی نبود. بنابراین پیام های بهداشت عمومی باید بر اهمیت تغذیه با شیر مادر تاکید کند که حتی تغذیه از سینه مادر به مدت حداقل 2 ماه خطر SIDS را کاهش می دهد و تاکید کند که مدت زمان طولانی تر منجر به بروز SIDS و مرگ و میر کمتر شیرخواران می شود. مدل سازی آماری نشان می دهد که بهینه سازی تغذیه از سینه مادر در ایالات متحده می تواند از مرگ 492 شیرخوار ناشی از SIDS در هر سال جلوگیری کند.

با استفاده از آمارهای ایالات متحده تولد و مرگ، مشاهده میشود شیردهی ever موجب کاهش 26٪ مرگ شیرخوار (7-365 روز) و 40٪ خطر مرگ و میر نوزادان (7-27 روز) و 19٪ خطر مرگ و میر پس از نوزادی (28-364 روز) می شود. علل اصلی مرگ و میر شیرخواران که با شروع شیردهی در این مدل های تعدیل شده کاهش می یابد، شامل عفونت ها، مرگ غیرمنتظره ناگهانی شیرخوار و انتروکولیت نکروزان می شود. از نظر مرگ و میر شیرخواران در کشورهای کم درآمد، تغذیه انحصاری از سینه مادر و شیردهی زودهنگام در اولین ساعت پس از تولد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. تخمین زده شده است که بهبود جهانی تغذیه شیرخوار از سینه مادر می تواند از 823000 مرگ سالانه در کودکان کمتر از 5 سال جلوگیری کند.

بیماری های مزمن دوران کودکی

دیابت:

یک مطالعه اخیر همگروهی جمعیت اسکاندیناوی به افزایش 200 درصدی خطر ابتلا به دیابت نوع 1 در کودکانی اشاره کرد که هرگز با شیر مادر تغذیه نشده بودند، در مقایسه با کسانی که به مدت 12 ماه یا بیشتر از شیر مادر تغذیه می کنند، و همچنین افزایش مشابهی در خطر در مقایسه با کسانی که حداقل 6 ماه به طور کامل با شیر مادر تغذیه می شوند. نشان داد که هرگز تغذیه نشدن با شیر انسان با خطر بالاتر دیابت نوع 1 همراه است و مدت زمان کوتاه تر تغذیه پستانی نیز در مقایسه با مدت زمان طولانی تر با افزایش

خطر مرتبط است. فرض بر این است که دیابت نوع 1 قرار گرفتن شیرخوار در معرض β -لاکتوگلوبولین شیر گاو است که فرآیندی با واسطه ایمنی را تحریک می کند که با سلول های β پانکراس واکنش متقابل نشان می دهد. بررسی سیستماتیک USDA P/B-24 شواهد کافی برای تعیین اینکه آیا رابطه ای بین هرگز و هرگز تغذیه نکردن شیر انسان و ایجاد دیابت نوع 2، مقاومت به انسولین و سایر ناهنجاری های متابولیک مرتبط وجود دارد یا خیر، نداشت. متآنالیز اثر محافظتی تغذیه از سینه مادر را برای ابتلا به دیابت نوع 2 نشان داد که حتی برای نوجوانان با کاهش خطر 51 درصدی بود و تا بزرگسالی با کاهش 23 درصدی خطر ادامه یافت.

بیماری های قلبی عروقی

بررسی USDA P/B-24 نشان داد که تغذیه از سینه مادر باعث کاهش فشار خون در 6 تا 7 سالگی می شود اما با سایر پیامدهای بیماری قلبی عروقی ارتباطی ندارد.

چاقی

مجموعه ای از شواهد نشان می دهد که تغذیه پستانی در جاتی از محافظت در برابر اضافه وزن و چاقی را فراهم می کند. از آنجا که تغذیه پستانی ممکن است خطر چاقی را کاهش دهد، کمپین های ملی برای جلوگیری از چاقی باید با حمایت از تغذیه پستانی آغاز شود. اگرچه عوامل پیچیده ممکن است مطالعات مربوط به چاقی را مخدوش کند، اما در صورتی که تغذیه از سینه مادر در دوران شیرخوارگی اتفاق افتاده باشد، در مقایسه با عدم شیردهی، میزان چاقی نوجوانان و بزرگسالان کاهش متوسطی دارد. کاهش 22 درصدی خطر چاقی با تغذیه از سینه مادر، و همچنین اثر وابسته به دوز با مدت شیر خوردن از سینه مادر نشان داده شده است (تغذیه از سینه مادر برای کمتر از 3 ماه خطر را 10 درصد کاهش می دهد؛ 3 تا 5 ماه، 12 درصد، 5 تا 7 ماه، 17%؛ و ≤ 7 ماه، 21 درصد. علاوه بر این، کاهش 26 درصدی خطر اضافه وزن و چاقی همراه با تغذیه از سینه مادر در کودکان و بزرگسالان نشان داده شده است. کاهش 15 درصدی در احتمال اضافه وزن در دوران کودکی یافت شد. تجزیه و تحلیل تلفیقی اروپایی این یافته ها را تأیید می کند. محققین همچنین تلاش های ترویج تغذیه با شیر مادر را ارزیابی کردند، و اگرچه تغییرات قابل توجهی در وزن یا قد کودک پیدا نکردند، اما کاهش شاخص توده بدنی (BMI) را یافتند، که بر اهمیت افزودن ترویج تغذیه از سینه مادر به استراتژی های بهداشت عمومی برای پیشگیری از چاقی تأکید می کند. و پشتیبانی می کند از این مطلب که علاوه بر بسیاری از مزایای دیگر - تغذیه از سینه مادر ممکن است در کاهش خطر اضافه

وزن و چاقی بعدی نقش داشته باشد. مادرانی که از شیردهی ترکیبی و تغذیه با شیرمصنوعی یا تغذیه انحصاری با شیر خشک استفاده می کنند ممکن است کمتر با علائم تغذیه و سیری در نوزادان و شیرخواران خود هماهنگ و آگاه باشند. سایر مکانیسم های فرضی برای این ارتباط به نحوه خود تنظیمی حجم شیر مصرفی نوزادان و شیرخوارانی که از پستان مادر تغذیه می شود وجود دارد. ، صرف نظر از مانورهایی که حجم شیر در دسترس را افزایش می دهد، مربوط می شود به برنامه ریزی اولیه خود تنظیمی که به نوبه خود بر افزایش وزن بزرگسالان نیز تأثیر می گذارد. این مفهوم با مشاهداتی که نشان می دهد شیرخوارانی که با شیشه شیر تغذیه می شوند، چه شیر خشک چه شیر دوشیده شده مادر هم افزایش تخلیه بطری دارند، هم خود تنظیمی ضعیف تر و افزایش وزن بیش از حد را در دوران بعدی (بعد از 6 ماه) در مقایسه با شیرخوارانی که فقط از سینه مادر شیر می خورند نشان می دهند.

آسم

مطالعات اخیر همچنان بر اهمیت تغذیه از سینه مادر برای کاهش خطر ابتلا به آسم تأکید دارند. کاهش 10 درصدی خطر آسم در تغذیه پستانی بیشتر در مقابل کمتر نشان داده شده است. به طور مشابه، کاهش 12 درصدی خطر ابتلا به آسم در هر مقدار تغذیه از سینه مادر در مقایسه با عدم آن در کودکان 5 تا 18 ساله مشاهده شد. تغذیه طولانی تر از سینه مادر همراه کاهش خطر 22% در همه گروه های سنی دارد و بیشترین اثر محافظتی در برابر آسم را در 2 سال اول پس از تولد و حداقل تا 3 تا 6 سالگی دارد. علاوه بر این، آکادمی اطفال آمریکا (AAP) اخیراً به این نتیجه رسیده است که تغذیه از سینه مادر برای حداقل 3 تا 4 ماه محافظت کننده در برابر خس خس سینه در 2 سال اول پس از تولد است. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد مدت شیر خوردن طولانی تر از سینه مادر در مقابل کوتاه تر، با کاهش خطر ابتلا به آسم، حتی پس از 5 سالگی مرتبط است. بررسی سیستماتیک USDA P/B-24 نشان داد که هر مقدار تغذیه از پستان با خطر کمتر آسم دوران کودکی مرتبط است.

رینیت آلرژیک و آگزما

ثابت شده است که تغذیه از سینه مادر خطر ابتلا به رینیت آلرژیک را برای کودکان تا 5 سال کاهش می دهد و نشان داده شده است که تغذیه انحصاری از سینه مادر خطر ابتلا به آگزما را در 2 سال اول پس از تولد کاهش می دهد. بررسی سیستماتیک P-B/24، شواهد محدود ارتباطی بین تغذیه از سینه مادر و درماتیت

آتوپیک یا رینیت آلرژیک را نشان نداد. تغذیه انحصاری از سینه مادر برای حداقل 3 تا 4 ماه باعث کاهش بروز تجمعی آگزما در 2 سال اول پس از تولد می شود.

شواهدی وجود ندارد که تغذیه پستانی یا تغذیه با شیر خشک هیدرولیز آلرژی غذایی را کاهش می دهد. با این حال، ممکن است مطالعات در مورد ترکیب شیردهی انحصاری از سینه مادر در مقابل تغذیه با شیر انسان دقیق نباشد، زیرا شیردهی مستقیم ممکن است در مکانیسم حفاظت مهم باشد. بررسی سیستماتیک USDA P/B-24 همچنین نشان داد که مدت زمان طولانی تر تغذیه از سینه مادر محافظت بیشتری فراهم می کند، اما هیچ رابطه ای با درماتیت آتوپیک یا آلرژی های غذایی یافت نشد. برای پیشگیری از بیماری های آلرژیک توصیه آکادمی اطفال آمریکا تغذیه انحصاری از سینه مادر بمدت حدود 6 ماه است و سپس غذاهای کمکی شروع شوند، با تنها استثنای احتمالی شیرخوارانی که در معرض خطر ابتلا به آلرژی بادام زمینی قرار دارند، که مصرف پروتئین بادام زمینی در سن 4 تا 6 ماهگی ممکن است باعث محافظت در آنها شود

بیماری التهابی روده

یک متآنالیز نشان داد که تغذیه از سینه مادر با کاهش خطر بیماری کرون تا 29 درصد و کولیت اولسراتیو تا 22 درصد مرتبط است. این ارتباط از این جهت وابسته به دوز است که قوی ترین کاهش خطر زمانی رخ می دهد که مدت تغذیه پستانی حداقل 12 ماه برای بیماری کرون (80٪ کاهش خطر) و 79٪ برای کولیت اولسراتیو در مقایسه با تنها 3 یا 6 ماه تغذیه از سینه مادر باشد. بررسی سیستماتیک USDA نشان می دهد که طول مدت طولانی تر تغذیه از پستان نیز با میزان پایین تر بیماری التهابی روده همراه است. اثر محافظتی ممکن است از اثر متقابل اثر تعدیل کننده ایمنی شیر انسان و حساسیت ژنتیکی زیربنایی نوزاد یا شیرخوار یا از یک میکروبیوم تغییر یافته در نوزادان و شیرخواران تغذیه شده با شیر مصنوعی باشد.

بیماری سلیاک

اگرچه نشان داده نشده است که تغذیه از سینه مادر یا استفاده از گلوتن در دوران تغذیه از سینه مادر خطر ابتلا به بیماری سلیاک را کاهش می دهد، پروژه USDA P/B-24 شواهد محدودی ارائه کرد که نشان می دهد که هرگز تغذیه نشدن با شیر انسان با خطر بالاتری همراه است در مقایسه با آنها که با شیر انسان تغذیه شده اند.

لوسمی دوران کودکی

در مقایسه با عدم تغذیه از سینه مادر یا کوتاه تر خوردن، هر مقدار تغذیه پستانی به مدت حداقل 6 ماه پس از تولد با 20٪ کمتر خطر ابتلا به سرطان خون در دوران کودکی همراه است و هر مقدار تغذیه پستانی در مقایسه با هرگز تغذیه از سینه مادر با کاهش 9٪ خطر سرطان خون همراه است. در واقع، 14 تا 20 درصد از کل موارد لوسمی دوران کودکی را می توان با تغذیه پستانی به مدت 6 ماه یا بیشتر پیشگیری کرد. با این حال، شواهدی برای پیشگیری از لنفوم های دوران کودکی قطعی نیست. محققین پروژه P/B-24 به طور مشابه به این نتیجه رسیدند که هرگز تغذیه از سینه مادر با خطر بیشتر سرطان خون همراه است تا تغذیه از سینه مادر. لوسمی دوران کودکی با تغذیه از سینه مادر و مدت زمان طولانی تر تغذیه از سینه مادر (6 ماه) یابیش تر از 6 ماه) بیشترین محافظت را در برابر سرطان خون کودکان بوجود می آورد.

Neurodevelopmental Outcomes

IQ

با توجه به 16 مطالعه مشاهده ای که چندین عامل مخدوش کننده را کنترل می کردند، تغذیه از سینه مادر در اوایل زندگی با میانگین ضریب هوشی بالاتر 3.44 امتیاز [95% فاصله اطمینان (CI)، 2.30-4.58] مرتبط است. حتی پس از کنترل ضریب هوشی مادر، این رابطه حفظ شد، اگرچه تا حدودی کاهش یافت (میانگین تفاوت، 2.62 امتیاز [95% فاصله اطمینان (CI)، 1.25-3.98]). در تجزیه و تحلیل تعدیل شده، شرکت کنندگانی که به مدت 12 ماه یا بیشتر از پستان مادر تغذیه می کردند، نمرات IQ بالاتری داشتند (میانگین تفاوت، 3.76 امتیاز [95% فاصله اطمینان (CI)، 2.20-5.33])، سال های تحصیل بیشتر (میانگین، 0.91 سال [95% CI، -1.400.42]) و درآمد ماهانه بالاتر از کسانی که کمتر از 1 ماه از پستان مادر تغذیه می کردند. این تجزیه و تحلیل همچنین نشان داد که ضریب هوشی بزرگسالان مسئول 72 درصد از تأثیر تغذیه از سینه مادر بر درآمد بود.

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

یک متآنالیز اخیر نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی مدت زمان کمتری تغذیه پستانی داشتند نسبت به افراد کنترل شده (میانگین، -2.44 ماه [95% فاصله اطمینان (CI)، -3.17 تا -1.71]) و 31 درصد کمتر احتمال دارد که برای 6 تا 12 ماه از سینه مادر تغذیه شده باشند و 42 درصد کمتر احتمال دارد که بیش از 12 ماه از سینه مادر تغذیه شده باشد. آنها 48 درصد کمتر احتمال داشت که بیش از

3 ماه به طور انحصاری از سینه مادر شیرخورده باشند. و 3.7 برابر بیشتر احتمال داشت که اصلاً از سینه مادر تغذیه نکرده باشند.

اختلال طیف اوتیسم

یک متاآنالیز با 7 مطالعه نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم 39 درصد کمتر احتمال دارد که از سینه مادر تغذیه شده باشند. تجزیه و تحلیل‌های زیرگروهی نشان داد که نتایج برای کودکانی که تغذیه پستانی به همراه شیرکمی داشتند قابل ملاحظه است. هم در اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و هم در اختلال طیف اوتیسم، ممکن است احتمال علیت معکوس وجود داشته باشد، زیرا شیرخواران با این تشخیص‌ها ممکن است حرکت دهانی ضعیفی داشته باشند. مهارت‌ها، در تعامل اجتماعی عاطفی مشکل دارند و در مهارت‌های تغذیه پستانی کمتر مورد توجه باشند، که می‌تواند منجر به قطع زودهنگام تغذیه از سینه مادر شود.

بی توجهی و سوء استفاده

بر اساس مطالعه ملی longitudinal سلامت نوجوانان تا بزرگسالان، در مقایسه با نوجوانانی که هرگز از سینه مادر تغذیه نشده‌اند، نوجوانانی که پس از کنترل متغیرهای کمکی که به مدت 9 ماه یا بیشتر از سینه مادر تغذیه شده بودند، 46 درصد کاهش خطر بی توجهی و 53 درصد کاهش خطر سوء استفاده جنسی داشتند.

سلامت دندان

به خوبی ثابت شده است که تغذیه از سینه مادر باعث کاهش ایجاد مال اکلوژن می‌شود. علاوه بر این، تغذیه از سینه مادر تا 12 ماهگی نیز کاهش خطر پوسیدگی را نشان داده است، اما تغذیه پستانی بیش از 12 ماه در مقایسه با کمتر افزایش خطر پوسیدگی را نشان داده است. برای کودکانی که بیش از 12 ماه از سینه مادر تغذیه می‌کردند، خطر پوسیدگی در کودکانی که به صورت شبانه یا مکرر تغذیه می‌کردند، 7 برابر بیشتر بود. علاوه بر این، کودکانی که به مدت 24 ماه یا بیشتر از سینه مادر تغذیه می‌شوند، 2.4 برابر بیشتر از کودکانی که تا 12 ماهگی از سینه مادر تغذیه می‌کنند در معرض خطر ابتلا به پوسیدگی شدید در اوایل دوران کودکی هستند، در حالی که تغذیه پستانی بین 13 تا 23 ماهگی هیچ تأثیری بر پوسیدگی دندان ندارد. پوسیدگی دندان. به طور خلاصه، تغذیه پستانی تا 12 ماهگی با کاهش خطر پوسیدگی دندان همراه است ولی پوسیدگی بیشتر در کودکانی رخ می‌دهد که بیش از 2 سال از سینه مادر تغذیه می‌کنند، یا اگر بیشتر از 1 سال شیر می‌خورند اما تغذیه شبانه با دفعات بیشتر دارند.

Preterm Newborns and Infants

مریبدیتی نوزادی

ارائه شیر انسان به نوزادان با وزن بسیار کم (1500 گرم یا کمتر) در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان فواید سلامتی کوتاه مدت و بلندمدت دارد و باید شیر انسان درمان پزشکی و دارویی نجات بخش در نظر گرفته شود (به فصل 12، مراجعه کنید). شیر مادر خودش حاوی درشت مغذی‌ها، ریز مغذی‌ها و مجموعه‌ای از اجزای بیولوژیکی فعال مانند ایمونوگلوبولین‌ها، سیتوکین‌ها، فاکتورهای رشد، هورمون‌ها، عوامل ضد میکروبی، باکتری‌های پروبیوتیک، سلول‌های ایمنی، سلول‌های بنیادی و پری بیوتیک‌هایی مانند الیگوساکاریدها است (به فصل 3 و 4 مراجعه کنید).

یک اثر محافظتی واضح در شیر انسان در برابر انتروکولیت نکروزان (NEC)، و همچنین کاهش بروز سپسیس دیررس، رتینوپاتی شدید نارس، و دیسپلازی برونکوپولمونری (BPD) یافت شده است. بخصوص برای NEC دریافت هر مقدار شیر انسان بهتر از هیچ است، و هر چه دوز دریافتی شیر انسان بالاتر باشد، محافظت بیشتری ارائه می‌شود. رژیم تغذیه انحصاری با شیر انسان خطر BPD را 23% کاهش می‌دهد و رژیم نسبی شیر انسان 17% کاهش می‌دهد.

باید شیر مادر خودش غذایی اولیه اصلی نوزادان نارس و شیرخوار نارس باشد. شیر مادر پاستوریزه اهدایی باید زمانی که شیر مادر خودش موجود نیست یا زمانی که منع مصرف دارد. استفاده شود. برای بهینه‌سازی رشد، غنی‌سازی شیر مادر خودش یا شیر پاستوریزه اهدا شده با تقویت‌کننده‌های مبتنی بر گاو یا شیر انسان ضروری است. نشان داده شده است که نوزادان نارس و نوزادانی که به عنوان یک رژیم غذایی انحصاری یا به عنوان مکمل شیر مادرشان با شیر اهدایی تغذیه می‌شوند، در برابر NEC محافظت می‌شوند، رشد داخل بیمارستانی آهسته تری دارند و هیچ تفاوتی در رشد طولانی‌مدت یا رشد عصبی Neurodevelopment در مقایسه با نوزادان بسیار نارس و شیرخوارانی که با شیر خشک تغذیه می‌شوند ندارند. استفاده از شیر اهدایی انسان مواجه شده است با افزایش استفاده از شیر خود مادر که احتمالاً به دلیل افزایش آگاهی از اهمیت شیر انسان است.

Risk Reductions of Breastfeeding FOR THE MOTHER

پیوند عاطفی مادر فرزند و کاهش استرس

برای مادر، مزایای روانی شیردهی شامل ایجاد یک زمان آرام برای مادر شیرده و تقویت پیوند عاطفی با نوزاد یا شیرخوار فراهم می‌آورد. نشان داده شده است که شیردهی سطح هورمون‌های استروئیدی را کاهش می‌دهد. تصور می‌شود که پاسخ ضعیف هورمون‌های استرس یک مکانیسم تطبیقی برای (negotiation) گفت‌وگوها و مسائل زمان استرس زای نفاس باشد. اکسی‌توسین علاوه بر کاهش پاسخ استرس، ممکن است پیوند مادر و نوزاد را تقویت کند و در کاهش درک درد از طریق مسیر دوپامینرژیک نقش داشته باشد.

تغییر وزن پس از زایمان

کاهش وزن پس از زایمان ممکن است در زنان شیرده از طریق شیردهی تسهیل شود. با این حال، با توجه به تعداد زیادی از عوامل مخدوش‌کننده در کاهش وزن (به عنوان مثال، رژیم غذایی، فعالیت، BMI پایه، و قومیت)، مطالعات در مورد تأثیر کلی شیردهی بر بازگشت مادران به وزن قبل از بارداری، قطعی نیست. نشان داده شده است که مادرانی که شیر می‌دهند نگهداری وزن پس از زایمان به میزان قابل توجهی ناچیز بود (0.38- کیلوگرم با 95% فاصله اطمینان CI، -0.64 تا -0.11). با این حال، تجزیه و تحلیل زیر گروه نشان داد که شیردهی برای کمتر از 3 ماه تأثیر قابل توجهی نشان نداد، شیردهی به مدت 3 تا 6 ماه کمترین کاهش حداقلی را نشان داد (-0.20 کیلوگرم)، شیردهی به مدت 6 تا 12 ماه بیشترین کاهش را داشت (-1.58 کیلوگرم). و شیردهی به مدت بیش از 1 سال کاهش کمتری (0/97- کیلوگرم) دارد. کاهش وزن در شیردهی بیشتر در زنانی که سنشان زیر 30 سال و آنها که زایمان اولشان است و آنها که BMI قبل از بارداری شان طبیعی است بیشتر اتفاق می‌افتد. بررسی AHRQ از 16 مطالعه کوهورت، ارتباط نامشخصی را بین شیردهی مادر و تغییر وزن پس از زایمان نشان داد، اما همچنین اشاره کرد که تغییر وزن پس از زایمان با توجه به قرار گرفتن در معرض شیردهی متفاوت است.

سرطان ها

سرطان سینه

مدتهاست که مشخص شده شیردهی با کاهش خطر سرطان سینه و تخمدان همراه بوده است. نشان داده شده است که شیردهی سرطان پستان را 16% کاهش می دهد و در مقایسه با زنان حامله و نخست زا که هرگز شیرنداده اند، قبل از یائسگی (14%) و بعدیائسگی (11%) کاهش می دهد. شیردهی انحصاری اثر محافظتی قوی تری در برابر سرطان سینه با کاهش خطر 28% دارد. طول مدت شیردهی نیز بسیار مهم است. متآنالیز 24 مطالعه شامل 13907 مورد سرطان پستان نشان داد که شیردهی میزان سرطان سینه را تا 39 درصد کاهش می دهد و مدت شیردهی طولانی تر میزان سرطان سینه را بیش از دوره های شیردهی کوتاه تر (با 53 درصد کاهش خطر) کاهش می دهد. 6 ماه شیردهی میزان سرطان سینه را 7 درصد کاهش داد. 6 تا 12 ماه، 9%؛ و بیش از 12 ماه، 26%. حداکثر محافظت با بیش از 24 ماه شیردهی مداوم یا متوالی ارائه می شود.

همچنین هنگام ارزیابی ارتباط بین سرطان سینه و شیردهی، توجه به زیرشاخه سرطان سینه نیز مهم است. شیردهی خطر ابتلا به سرطان پستان با گیرنده استروژن (ER) منفی و گیرنده پروژسترون (PR) منفی را تا 10 درصد کاهش می دهد و خطر ابتلا به سرطان سینه سه گانه منفی را تا 12 درصد کاهش می دهد، اما خطر ابتلا به سرطان پستان انواع +ER+/PR یا +ER+ و/یا PR+ را کاهش نمی دهد. ابتلا به سرطان سینه زیرگروه مجرا با شیردهی 23% و زیرگروه سه گانه منفی را 21% کاهش می دهد. برای ناقلین موتاسیون BRCA1 شیردهی برای حداقل 1 سال با کاهش 32% در خطر همراه است (OR، 0.68؛ 95% CI، -0.52-0.91؛ P = .008). و شیردهی به مدت 2 سال یا بیشتر کاهش بیشتری در خطر ایجاد می کند (OR، 0.51؛ 95% فاصله اطمینان (CI)، 0.35-0.74). در میان ناقلین جهش BRCA2، هیچ ارتباط معناداری بین شیردهی برای حداقل یک سال و خطر ابتلا به سرطان پستان وجود ندارد (OR، 0.83؛ 95% فاصله اطمینان (CI)، 0.53-1.31؛ P = .43).

همچنین مرور سیستماتیک AHRQ ارتباط بین شیردهی و میزان کمتر سرطان سینه با کاهش خطر 22 درصدی در مقایسه با عدم شیردهی را نشان داد. مدت زمان طولانی تر شیردهی با میزان کمتر سرطان سینه مرتبط بود. ارتباط نامشخصی بین شیردهی مادر و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان مشاهده شد.

با این حال، سایر محققین تخمین زده اند که بهبود نرخ جهانی شیردهی مادر می تواند از مرگ سالانه 20000 بر اثر سرطان سینه جلوگیری کند.

سرطان تخمدان

شیردهی خطر ابتلا به سرطان تخمدان را 30 تا 34 درصد کاهش می دهد و به ازای هر 1 ماه افزایش مدت شیردهی، خطر ابتلا به سرطان تخمدان تا 2 درصد کاهش می یابد. اثر وابسته به دوز برای کمتر از 6 ماه، میزان سرطان تخمدان را تا 17 درصد کاهش می دهد و شیردهی مادر به مدت 6 تا 12 ماه، میزان سرطان تخمدان را تا 28 درصد کاهش می دهد. و شیردهی بیش از 12 ماه، میزان سرطان تخمدان را تا 37 درصد کاهش می دهد.

شیردهی بیش از 12 ماه نوع ناقلین جهش BRCA1 را به میزان 38% و نوع BRCA2 را 50% کاهش می دهد. همچنین ممکن است عدم تخمک گذاری مرتبط با شیردهی از سرطان تخمدان محافظت کند. نشان داده شده است که سرطان تخمدان با دفعات بیشتر تخمک گذاری افزایش می یابد.

سرطان آندومتر

شیردهی خطر ابتلا به سرطان آندومتر را تا 26 درصد کاهش می دهد. یک رابطه خطی نشان می دهد که خطر ابتلا به سرطان به ازای هر افزایش یک ماهه شیردهی 1.2 درصد کاهش می یابد. و مدت زمان طولانی تر با خطرات کمتر سرطان آندومتر همراه است.

سرطان تیروئید

شیردهی مادر میزان بروز سرطان تیروئید را تا 9 درصد کاهش می دهد و یک رابطه خطی نیز مشاهده شده است که افزایش هر 1 ماه شیردهی خطر ابتلا به سرطان تیروئید را تا 2 درصد کاهش می دهد.

دیابت نوع 2-کلسترول-پرفشاری خون

یک متآنالیز 4 مطالعه نشان داد که شیردهی برای بیش از 12 ماه میزان دیابت را 30 درصد در مقایسه با شیردهی کوتاه تر کاهش می دهد. و در شیردهی طولانی تر 32% کمتر است تا آنها که کوتاهتر شیر می دهند. و هر سال شیردهی 4-12% کاهش می دهد.

در مادران مبتلا به دیابت بارداری، شیردهی طولانی تر (بیش از 4 تا 12 هفته در مقابل مدت شیردهی کوتاه تر) خطر ابتلا به دیابت نوع 2 را در 5 سال آینده تا 78 درصد کاهش می دهد و شیردهی انحصاری برای بیش از 6 تا 9 هفته خطر ابتلا به دیابت را در مقایسه با تغذیه انحصاری با شیر صنوعی 58% کاهش می دهد. بررسی AHRQ ارتباط ثابتی را بین شیردهی و مدت طولانی تر شیردهی با کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع 2 نشان داد.

در میان زنان مبتلا به دیابت حاملگی و بدون دیابت بارداری، میزان آن با توجه به قرار گرفتن در معرض شیردهی متفاوت است.

کلسترول

بررسی ملی بهداشت و تغذیه ملی کره نشان داد که مدت شیردهی بیش از 24 ماه خطر ابتلا به اختلال کلسترول لیپوپروتئین با Low density lipoprotein را 16% کاهش می دهد. و خطر ابتلا به اختلال کلسترول با لیپوپروتئین Non high density را تا 25% کاهش داد.

پرفشاری و بیماری قلبی عروقی

شیردهی خطر ابتلا به فشار خون را کاهش می دهد، که با توجه به تعداد ماه های شیردهی متفاوت است: بیش از 0 تا 6 ماه، 8% کاهش خطر. بیش از 6 تا 12 ماه، 11% کاهش خطر. و بیش از 12 ماه، 12 درصد خطر را در مقایسه با مادران غیر شیرده کاهش می دهد. متآنالیز 5 مطالعه نشان داد که شیردهی به مدت طولانی تر از 12 ماه، در مقایسه با شیردهی برای مدت کوتاه تر، میزان پرفشاری خون را تا 13 درصد کاهش می دهد. همچنین ارتباط ثابتی بین مدت طولانی تر شیردهی (بیش از 6 تا 12 ماه) و میزان پایین تر فشار خون بالا یافت شده است. با این حال، ارتباط نامشخصی بین طول مدت شیردهی و میزان کمتر بیماری قلبی عروقی وجود دارد. به همین ترتیب، ارتباط نامشخصی بین شیردهی مادر و مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی عروقی وجود دارد.

شکستگی های ناشی از پوکی استخوان

از دست رفتن دانسیته استخوان (تقریباً 5 درصد) در دوران شیردهی مشاهده می شود و در هنگام از شیر گرفتن شیرخوار، معدنی شدن مجدد رخ می دهد. شیردهی خطر شکستگی های ناشی از پوکی استخوان و ساعد را در زنان افزایش نمی دهد و ممکن است خطر شکستگی لگن را تا 28 درصد کاهش دهد. در یک

تجزیه و تحلیل زیرگروهی، تأثیر مفید شیردهی بر شکستگی لگن، با کاهش 48 درصدی در زنان یائسه، قابل توجه بود. در تجزیه و تحلیل وابسته به دوز، خطر شکستگی لگن به ازای هر افزایش 1 ماهه شیردهی 1.2 درصد کاهش یافت.

آرتريت روماتويد

در یک متآنالیز 6 مطالعه گزارش شده است که شیردهی مادر خطر ابتلا به آرتريت روماتويد مادر را تا 32 درصد کاهش می دهد. در تجزیه و تحلیل زیرگروهی، شیردهی مادر برای 1 تا 12 ماه، خطر ابتلا به آرتريت روماتويد را تا 22 درصد کاهش می دهد و با شیردهی بیش از 12 ماه، خطر ابتلا به آن را تا 48 درصد کاهش می دهد. در بررسی اپیدمیولوژیک سوئد با 2641 مورد و 4251 فرد کنترل هیچ ارتباطی بین شیردهی و آرتريت روماتويد نشان ندادند.

اثرات اجتماعي شیردهی

شیردهی و تغذیه پستانی دوستدار ترین غذای موجود برای محیط زیست نامیده می شود. این ماده غذایی طبیعی و تجدید پذیر است که هیچ آلودگی یا گازهای گلخانه ای تولید نمی کند و نیازی به بسته بندی یا حمل و نقل ندارد. در مقابل، جایگزین های شیر انسان به انرژی برای تولید، مواد بسته بندی، سوخت برای حمل و نقل، آب برای استفاده، و محلول های تمیزکننده برای آماده سازی و استفاده روزانه نیاز دارند که همگی باعث ایجاد آلودگی می شوند. گزارشی در مورد ردپای کربن شیر خشک در منطقه آسیا و اقیانوسیه اشاره کرد که مجموع گازهای گلخانه ای حاصل از شیر خشک فروخته شده در 6 کشور در سال 2012، 2.89 میلیون تن بود که تقریباً معادل یک اتمییل است که 6.9 میلیارد مایل را طی می کند یا معادل سوزاندن 3107 میلیون پوند زغال سنگ است. در ایالات متحده، 550 میلیون قوطی، 86000 تن فلز و 364000 تن کاغذ که سالانه برای بسته بندی شیر خشک استفاده می شود در محل دفن زباله ها قرار می گیرد. -در اهداف توسعه در سطح ملی و جهانی باید شیردهی مادران و اثرش بر ثبات محیط زیست و امنیت غذایی در تمام سال مورد توجه قرار گیرد

تخمین زده شده است که پتانسیل درآمد از دست رفته به دلیل نمرات ضریب هوشی پایین ناشی از عدم تغذیه با شیر مادر به مدت 6 ماه منجر به زیان اقتصادی جهانی 300 میلیارد دلار در سال یا 0.49 درصد از درآمد ناخالص ملی جهان می شود. بعلاوه افزایش 10% بهره هوشی با تغذیه انحصاری از سینه مادر تا 6 ماه یا ادامه شیردهی تا 1 تا 2 سال پس از تولد، هزینه های درمان اختلالات دوران کودکی را حداقل 312

میلیون دلار در هر سال در ایالات متحده کاهش می دهد. با توجه به تجزیه و تحلیل هزینه های درمان مادر و کودک در ایالات متحده، تخمین زده شده است که اگر 90٪ نوزادان و شیرخواران طبق توصیه های پزشکی با شیر مادر تغذیه شوند، هزینه های درمان سالانه 3.0 میلیارد دلار کاهش می یابد که 79٪ آن مربوط به مادر است. علاوه بر این، هزینه مرگ و میر زودرس مادر و شیرخوار در هر سال بالغ بر 14.2 میلیارد دلار است. کیت هانسن، معاون سابق بانک جهانی، اظهار داشته است: «اگر تغذیه از پستان مادر از قبل وجود نداشت، کسی که امروز آن را اختراع کرده بود، مستحق دریافت جایزه دوگانه بود نوبل پزشکی و اقتصاد جهانی. زیرا در حالی که «شیردهی از سینه بهترین است» برای سلامت مادام العمر، اما از نظر اقتصادی نیز عالی است.» مزایای اقتصادی شیردهی را می توان در سطح شخصی محاسبه کرد. مزیت شخصی آشکار در پس انداز ناشی از عدم خرید شیر خشک برای شیرخواران رقمی است که بطور محافظه کارانه تخمین زده می شود که بین 750 تا 1200 دلار در سال برای هر شیرخوار متغیر باشد. مراقبت های پزشکی (برای داروها و ویزیت پزشک) در شیردهی 3 ماهه در مقایسه با عدم شیردهی به وضوح هزینه ها را کاهش می دهد..

به طور خلاصه، تغذیه شیرخوار از سینه مادر منجر به کاهش بار بیماری های حاد و مزمن شیرخواران می شود. کاهش بار بیماری مادر؛ کاهش هزینه های سالانه مراقبت های بهداشتی؛ کاهش هزینه های برنامه تغذیه مکمل ویژه برای زنان، نوزادان و کودکان برای شیر خشک؛ کاهش هزینه های کارفرما و غیبت کارمندان والدین (همراه با از دست دادن درآمد خانواده)؛ کاهش بار محیطی برای دفع قوطی ها و بطری های شیر خشک؛ و کاهش تقاضای انرژی برای تولید و حمل و نقل محصولات تغذیه مصنوعی. تغذیه شیرخوار از سینه مادر چیزی بیش از یک انتخاب ساده در سبک زندگی است - این یک اولویت بهداشت عمومی است و خانواده ها برای موفقیت در شیردهی به حمایت ما نیاز دارند.

رفرنس ها در لوح فشرده

فصل دوم

The Scope of Breastfeeding دامنه وسیع ارتباطات و متعلقات تغذیه شیرخوار از سینه مادر

شیردهی استاندارد هنجاری برای غذا و تغذیه نوزادان و شیرخواران است. بیش از 80 درصد زنان شیردهی را در ایالات متحده آغاز می‌کنند (طبق داده‌های بررسی‌های ملی ایمن سازی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده) و هر دو قانون فدرال و ایالتی از حق زن برای شیر دادن، و همچنین از حق شیردهی در ملاء عام و ادامه شیردهی در محل کار و دوشیدن شیر در محل کار حمایت می‌کنند. با توجه به انتخاب اکثریت قریب به اتفاق زنان برای شیردهی، واضح است که شیردهی به عنوان یک هنجار فرهنگی در ایالات متحده تثبیت شده است. علاوه بر این، شیردهی مادر، یا ارائه شیر انسان، در مقایسه با تمام اشکال تغذیه شیرخوار از دیدگاه بیولوژیکی، پزشکی و علمی، باید استاندارد مرجع در نظر گرفته شود. به این ترتیب، باید به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی ملی و بین‌المللی در نظر گرفته شود و نه تنها یک انتخاب سبک زندگی.

پزشکان همه تخصص‌ها با درک بیولوژی و فیزیولوژی تغذیه از سینه مادر و همچنین شیوع و رفتارهای اجتماعی مرتبط با شیردهی سود می‌برند. آکادمی اطفال آمریکا (AAP) و کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (ACOG) توصیه می‌کنند که همه مادران و شیرخواران، به استثنای موارد نادر، حدود 6 ماه پس از تولد به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه کنند. علاوه بر این، AAP از ادامه تغذیه از سینه مادر، همراه با ارائه مناسب غذاهای کمکی در حدود 6 ماهگی، تا زمانی که مادر و کودک به مدت 2 سال یا بیشتر بخواهند، پشتیبانی می‌کند. ایالات متحده میزان شیردهی را در جمعیت‌های مختلف ردیابی کرده است و از این داده‌ها برای تعیین اهداف ملی استفاده می‌کند. ایالات متحده همچنین چندین شاخص فرآیند را برای حفاظت، ارتقاء و حمایت از شیردهی دنبال می‌کند. این شاخص‌ها به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند تا مداخلاتی را برای غلبه بر نابرابری‌های مداوم در تغذیه از سینه مادر در ایالات متحده طراحی کنند.

شیردهی موفقیت‌آمیز به آموزش، حمایت و محیطی نیاز دارد که برای شیردهی ارزش‌قائل باشد و آن را درک کند. این نیاز به حمایت ممکن است از این واقعیت ناشی شود که فرهنگ مدرن ما مجموعه‌ای از پیام‌ها را تکامل داده است که رفتارهای خودکار و طبیعی مربوط به شیردهی را مهار می‌کند. چون شیردهی به ندرت در جامعه ما مشاهده می‌شود، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید آموزش، حمایت و تشویق

لازم را برای انجام شیردهی و کمک به مادران در دستیابی به اهداف شیردهی خود ارائه دهند. علاوه بر این، پایگاههای ارائه داده ها برای تعریف اثرات مفید استفاده از شیر انسان برای نوزادان نارس و شیرخواران در حال افزایش است. این اثرات در فصل 1، شواهد برای شیردهی: اهمیت برای نوزادان و شیرخواران، مادران، و جامعه، و فصل 14، فناوری حمایت از شیردهی بررسی شده است.

طبقه بندی تغذیه از سینه مادر

شدت تغذیه پستانی (انحصاری) به طرق مختلف طبقه بندی شده است و واضح بودن آنها با توجه به این اصطلاحات می تواند تدریس، تحقیق و ارزیابی بالینی را تسهیل کند (کادر 2-1). اصطلاح هر نوع تغذیه با شیر مادر ممکن است گیج کننده باشد، اگرچه اغلب برای توصیف جمعیتی استفاده می شود که شامل کسانی است که منحصراً از سینه مادر تغذیه می کنند و کسانی که تغذیه با شیر خشک و شیردهی را ترکیب می کنند. علاوه بر این، شیوع واقعی شیردهی انحصاری به مدت 6 ماه در ایالات متحده پایین است و مشکلاتی را در تفسیر پیامدهای سلامتی که با انحصار بودن شیر انسان (یعنی عدم مصرف هر گونه غذا یا مایعات دیگر) مرتبط است، توضیح می دهد. بسیاری از زنان ممکن است برای برخی یا حتی بیشتر از 6 ماه اول به طور انحصاری از سینه خودشان شیر بدهند، اگرچه ممکن است در هنگام دادن شیر خشک یا غذا وقفه های موقتی ایجاد شود. با این حال، این مادران ممکن است در هر زمانی گزارش دهند که به طور انحصاری شیر می دهند، در نتیجه شیوع واقعی شیردهی انحصاری را اشتباه گرفته و نتایج تحقیقات بهداشتی را برای تفسیر دشوار می کند.

همچنین تعیین مدت شیردهی برای درک بهتر پیامدهای سلامتی و همچنین توصیف کامل تجربه مادر و شیرخوار مهم است. عوامل دیگر، مانند تعداد دفعات تغذیه در یک دوره 24 ساعته، به شناسایی کفایت برنامه های تغذیه کمک می کند و از تجزیه و تحلیل الگوهای وزن در نوزاد پشתיبانی می کند. از توصیف دفعات شیردهی (مثلاً هر چند ساعت) و طول شیردهی در هر پستان به سمت حمایت از این مفهوم که شیرخواران با الگوهای نامنظم تغذیه می کنند و به بهترین وجه توسط تغذیه مبتنی بر نشانه یا بر اساس تقاضا پشתיبانی می شوند، فاصله گرفته است. برخی از وعده های شیر خوردن ممکن است بسیار کوتاه و برخی دیگر طولانی باشند و این الگوی متغیر منحصر به رفتارها و نیازهای هر شیرخوار است. این الگو همچنین منعکس کننده تنوع در تولید شیر مادر در طول روزها، هفته ها یا ماه های شیردهی است.

Box 2-1. Breastfeeding Categories

تغذیه انحصاری از پستان مادر: شیر انسان تنها غذای ارائه شده است. داروها، مواد معدنی و ویتامین‌ها نیز ممکن است در این دسته داده شوند، اما آب، آبمیوه یا سایر مواد به نوزاد یا شیرخوار داده نمی‌شود. نوزادان و شیرخوارانی که از طریق لوله گاوژ، فنجان یا شیشه شیر دوشیده از مادر خود یا از بانک شیر تغذیه می‌شوند نیز در صورتی که شیر یا غذای غیر انسانی نداشته باشند، می‌توانند در این دسته قرار گیرند.

تغذیه تقریباً یا عمدتاً انحصاری از سینه مادر: شیر انسان غذای غالبی است که در این دسته ارائه می‌شود و به ندرت تغذیه با شیر یا مواد غذایی دیگر ارائه می‌شود. ممکن است در چند روز اول پس از تولد به نوزاد یا شیرخوار حجمی بین 1 تا 2 اونس یا 20 تا 40 میلی لیتر شیر مصنوعی داده شده باشد، اما پس از آن نه.

تغذیه نسبی یا مختلط از سینه مادر: این رژیم ممکن است متفاوت باشد، از نوزادان و شیرخوارانی که عمدتاً شیر انسان با مقادیر کم یا بندرت از شیر یا غذاهای غیر انسانی (رژیم غذایی با جزئی بالا) استفاده می‌کنند، تا نوزادان و شیرخوارانی که مقادیر قابل توجهی شیر یا غذاهای غیر انسانی دریافت می‌کنند به همراه شیر انسان (نسبی کم تا نسبی متوسط).

شیردهی جزئی: نوزاد یا شیرخوار تقریباً به طور کامل با شیر و غذاهای غیر انسانی تغذیه می‌شود، اما در مدت کوتاهی پس از تولد، مقداری تغذیه از سینه مادر داشته یا گهگاه دریافت می‌کرده. این نوع شیردهی ممکن است در اواخر فرآیند از شیر گرفتن دیده شود.

هر گونه شیردهی: این دسته شامل تمام گروه‌های فوق می‌شود.

هرگز با شیر مادر تغذیه نشده است: این نوزاد یا شیرخوار هرگز شیر انسان را چه از طریق شیردهی مستقیم و چه از طریق شیر دوشیده با وسایل تغذیه مصنوعی دریافت نکرده است.

تغذیه پستانی در امریکا

ایالات متحده میزان شیردهی را با استفاده از بررسی‌های ملی ایمن سازی، یک سیستم نظارتی ملی مرکز ملی ایمن سازی و بیماری‌های تنفسی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، با مشارکت مرکز ملی آمار بهداشت CDC، ردیابی می‌کند. بررسی‌های ملی ایمن‌سازی از شماره گیری تلفن بطور تصادفی برای بررسی خانواده‌های دارای کودکان 19 تا 35 ماهه در مورد شیردهی استفاده می‌کند. از مادران یک

سری سؤالات گذشته نگر پرسیده می‌شود که شامل اینکه آیا کودک تا به حال از سینه مادر تغذیه شده یا با شیرانسان تغذیه شده است، چه وقت تغذیه از سینه مادر یا شیر مادر را متوقف کرده و اگر تغذیه انحصاری از سینه مادر و شیرانسان نداشته سنی که برای اولین بار شیر مصنوعی به کودک داده شده چه بوده است.

میزان شروع تغذیه پستانی در حال بهبود است و در سال 2018، 83.9 درصد از هدف افراد سالم در سال 2020 فراتر رفت (شکل 2-1). سایر معیارها، مانند میزان مصرف مکمل در 2 روز اول پس از تولد، در سال 2015 (16.9%) کمتر از سال 2009 بود و دوباره در سال 2018 (19.4%) افزایش یافت و به هدف 14% در سال 2020 نرسیده است. تولد در یک بیمارستان دوستدار کودک توسط صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف)/(WHO) بهترین فرصت را برای کاهش مصرف شیر خشک فراهم می‌کند و از ژوئن 2020، درصد بیمارستان‌های ایالات متحده که این نام را کسب کرده‌اند به بیش از 28 درصد فراتر از هدف 2020 یعنی 8 درصد و تقریباً 30 درصد از تولدها در ایالات متحده در سال 2020 در این بیمارستانها بوده است. کارفرمایان گزارش می‌دهند که تقریباً 50 درصد از مادران مقرراتی برای حمایت از شیردهی در محل کار دارند که عمدتاً به دلیل قوانین فدرال در قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (PPACA) است. میزان تغذیه از سینه مادر و شیردهی انحصاری در شیرخواران در سن 3 ماهگی (47.5%) و 6 ماهگی (25.4%) و همچنین 64.7% از نوزادانی که در 7 روزگی به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کنند به آرامی افزایش می‌یابد. علاوه بر این، ادامه شیردهی برای شیرخواران در سن 12 ماهگی (36.2 درصد) در سال 2016 از هدف 34.1 درصدی سال 2020 فراتر رفت. با این حال، از سال 2017 تا 2018 برای میزان شیردهی 6 و 12 ماهه روند نزولی کمی وجود داشت.

اهداف افراد سالم برای تغذیه از سینه مادر برای همه اقدامات به جز 3 مورد برآورده شده است، مانند هر مقدار تغذیه پستانی و تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماهگی و شیرکمی در 2 روز اول (جدول 2-1). همچنین در آغاز، تغذیه انحصاری از سینه مادر حیاتی دوباره یافته است. در مقایسه با سال 2003، زمانی که 62.5 درصد از نوزادان آمریکایی در 7 روزگی به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کردند، تنها 53.9 درصد در 7 روزگی در سال 2009 به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کردند. در سال 2015 این رقم به 64/7% افزایش یافت. علیرغم این افزایش کمتر از 50% شیرخواران تا 3 ماهگی تغذیه انحصاری داشتند و حدود 25% تا 6 ماهگی. CDC بطور دائم آمارش را در این رابطه به روز می‌کند.

نابرابری ها در تغذیه پستانی در آمریکا

علیرغم افزایش به ظاهر چشمگیر میزان شیردهی در ایالات متحده، هنوز تفاوت های قابل توجهی در میزان شیردهی در بین گروه های نژادی و قومی و همچنین چندین متغیر مهم اجتماعی-جمعیتی دیگر وجود دارد. نرخ شروع شیردهی برای جمعیت اسپانیایی یا لاتین تبار در سال 2015 84.6 درصد بود، اما برای جمعیت سیاه پوست غیر اسپانیایی یا آفریقایی آمریکایی، 58.1 درصد بود. نابرابری ها تا سال 2018 بهبود یافت، به طوری که 85٪ از جمعیت اسپانیایی یا لاتین تبار و 75.5٪ از جمعیت سیاهپوست غیر اسپانیایی شیردهی را شروع کردند. در بین مادران خانواده های کم درآمد (یعنی شرکت کنندگان در برنامه تغذیه تکمیلی ویژه برای زنان، نوزادان و کودکان [WIC])، میزان شروع شیردهی 69.4٪ بود، اما برای کسانی که در خانواده های با درآمد بالاتری که واجد شرایط WIC نیستند، 91.7٪ بود. میزان شروع شیردهی برای مادران سیاهپوست غیر اسپانیایی کم درآمد 37 درصد بود. تفاوت های مشابه مربوط به سن است، زیرا مادران جوان تر از 20 سال شیردهی را با میزان 60 درصد در مقایسه با 83.5 درصد در مادران بالای 30 سال آغاز کردند. تغذیه انحصاری از سینه مادر و ادامه شیردهی در مادران زیر 20 سال نیز کم است که میزان شیردهی انحصاری در 6 ماهگی آنها تنها 7.3 درصد و برای هر شیردهی در 12 ماهگی 8.7 درصد بوده است (جدول 2-3 و 2-4).

در سال 2011، SURGEON GENERAL در ایالات متحده فراخوانی برای اقدام برای حمایت از شیردهی برای رسیدگی به موانع و راهبردهایی برای غلبه بر موانع در ایالات متحده انجام داد (جدول 2-5). موانع شناسایی شده عبارتند از • فقدان تجربه یا درک در بین اعضای خانواده در مورد چگونگی بهترین حمایت از مادران و نوزادان • فرصت کافی برای برقراری ارتباط با سایر مادران شیرده • فقدان دستورالعمل ها و اطلاعات به روز از متخصصان مراقبت های بهداشتی • اقدامات بیمارستانی که شروع شیردهی موفق را دشوار می کند • عدم وجود محل اقامت در بیمارستان برای کمک به شیردهی. و نبودن امکانات برای شیردهی مادران شاغل و یا دوشیدن.

فرصت برای کارکنان بهداشتی برای کمک عبارتند از:

توصیه های اجرای دستورالعمل های بیمارستان دوستدار کودک یونیسف/ سازمان جهانی بهداشت. • آموزش تغذیه از سینه مادر برای پزشکان مراقبت های بهداشتی که از زنان و کودکان مراقبت می کنند. • اطمینان

از دسترسی به متخصصان شیردهی، مانند کسانی که دارای مدرک مشاوران شیردهی تایید شده از هیئت مدیره بین المللی (IBCLCs) یا اعضای آکادمی پزشکی شیردهی (FABM) هستند.

علاوه بر این، پرداختن به تنوع نژادی، قومیتی، فرهنگی و زبانی ایالات متحده مهم است. اعمال و باورهای سنتی می‌توانند بر نحوه انجام شیردهی و نحوه واکنش خانواده‌ها به تلاش‌های ترویجی و آموزشی و توصیه‌های پزشکی در مورد شیردهی تأثیر بگذارند. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در صورتی که اساس این شیوه‌های سنتی را بیاموزند و درک کنند در حمایت از شیردهی موفق‌تر خواهند بود.

آموزش شیردهی:

آموزش برای مادران برای دستیابی به اهداف شیردهی خود ضروری است و ممکن است برای مخاطبان مختلفی از جمله متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، والدین و عموم مردم هدف قرار گیرد. چندین مطالعه نیاز به بهبود آموزش و مهارت‌های لازم برای حمایت از شیردهی را مستند کرده‌اند. علاوه بر این، نسل‌هایی که در آنها میزان شیردهی پائین است منجر به جمعیتی شده است که به حمایت و مدیریت شیردهی اعتماد ندارند. شناخت این کمبود منجر به تدوین برنامه‌های درسی جدید از جمله آموزش شیردهی در مدارس از مهدکودک تا دانشکده پزشکی شده است. علاوه بر این، صلاحیت‌های اصلی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی توسط کمیته تغذیه با شیر مادر ایالات متحده (USBC) (جعبه 2-2) مشخص شده و توسط AAP تأیید شده است

Box 2-2. US Breastfeeding Committee Core Competencies

حداقل، هر متخصص امور بهداشت و درمان باید نقش شیردهی، شیر مادر و تغذیه از سینه مادر را در موارد زیر بداند: • تغذیه مطلوب شیرخواران و کودکان خردسال • ارتقای سلامت و کاهش بیماری‌های طولانی مدت در شیرخواران و کودکان خردسال و عوارض و بیماری‌های زنان

همه متخصصان بهداشت و درمان باید بتوانند فرآیند مراقبت از شیردهی را با

- آماده سازی خانواده‌ها برای انتظارات واقعی از شیردهی مادر، تسهیل کنند. ارائه اطلاعات به تیم مراقبت شیردهی. پیگیری مراقبت‌ها و خدمات شیردهی به خانواده‌ها، به شیوه‌ای شایسته از نظر فرهنگی،

کمیته تغذیه با شیر مادر ایالات متحده پیشنهاد می‌کند که این کار را با توصیه به سازمان‌های حرفه‌ای بهداشتی انجام دهد. •

درک و عمل در مورد تغذیه شیرخوار از سینه مادر و ترویج و ارتقا و محافظت از آن یک اولویت سلامتی عمومی تلقی شود.

محدودیت‌های مراقبتی تغذیه شیرخوار از سینه مادر را بسنجد و بدانند چه زمانی و چگونه به یک متخصص مراقبت از شیردهی ارجاع دهند. - به طور منظم شیوه های عملکردی مراقبتی توسط پزشکان خود را بررسی کرده شایستگی های اصلی مربوط به مراقبت و خدمات شیردهی را ایجاد کنند.

مخاطبین اختصاصی

پزشکان

در اواسط دهه 1990 نقص در آماده سازی برنامه های رزیدنتی مراقبت های اولیه شناسایی شد. برای رسیدگی به این کمبودها، AAP با همکاری ACOG و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا (AAFP)، یک برنامه درسی چندتخصصی رزیدنتی تغذیه شیرخوار از سینه مادر را برای رزیدنتها تهیه کرد و یافته‌های اجرای آزمایشی این برنامه را منتشر کرد. نه تنها آموزش و آموزش منظم دستیاران دانش، اعتماد به نفس و الگوهای تمرینی آنها را بهبود بخشید، بلکه اجرای برنامه درسی منجر به میزان بالاتر شیردهی شد. چشمگیرترین اثر در افزایش میزان شیردهی انحصاری از سینه مادر در 6 ماهگی مشاهده شد. آخرین نظرسنجی دوره ای AAP از همکاران گزارش داد که توصیه‌ها و شیوه‌های پزشکان اطفال در 10 سال گذشته با خط مشی AAP هماهنگ تر شده است، زیرا بیمارستان‌های بیشتری برای نام گذاری دوستدار کودک درخواست داده‌اند و گزارش داده‌اند که شیردهی انحصاری در کارشان بیشتر شده است. با این حال، نگرش در مورد احتمال موفقیت در شیردهی بدتر شده است. مطمئناً درک بهتری وجود دارد که تغذیه از سینه مادر می تواند برای مادران چالش برانگیز باشد. گنجاندن سوالات تغذیه از سینه مادر در امتحان مورد نیز برای بیش از یک دهه یک استاندارد بوده است و فعالیت‌های بیشتری برای پزشکان در دسترس است تا با تکمیل فعالیت‌های آنلاین به منظور ارتقای کیفیت مراقبت از تغذیه شیرخوار از سینه مادر ارائه شده، به حفظ گواهینامه دست یابند. پزشکان همچنین در نتیجه افزایش فعالیت در بیمارستان‌ها و سیستم‌های بهداشتی که به دنبال تعیین به‌عنوان تسهیلات دوستدار کودک هستند، آموزش می‌بینند. یکی از اجزای اجباری فرآیند این است که پزشکان باید در زمینه شیردهی آموزش دیده و آموزش ببینند تا سطح دانش و مهارت های بالینی مشابه همکاران پرستار خود را کسب کنند. میک و همکاران در نشریه ای در سال 2019، ویژگی‌های آموزش ضروری شیردهی را که در مقطع کارشناسی از طریق دانشکده پزشکی، رزیدنتی و فراتر از آن، از طریق آموزش مداوم پزشکی آغاز می‌شود، بیان می‌کنند. در نتیجه، تعداد بی سابقه ای از پزشکان مرتبط

با این امکانات در حال آموزش و آموزش در مازول هایی هستند که مختص پزشکان است تا بتوانند مهارت های مدیریتی و پشتیبانی اولیه شیردهی را ارائه دهند.

ماماها، پرستاران پیشرفته و پرستاران پری ناتال

همه پرستاران و ماماها به طور فزاینده ای به اعضای مؤثر تیم بهداشت پری ناتال پیوسته اند که در یک بخش زنان و زایمان، یک بیمارستان یا یک گروه یامستقل عمل می کنند. بسیاری از آنها در مورد تغذیه از سینه مادر آموزش دیده و می توانند حمایت بسیار خوبی برای مادر شیرده داشته باشند. برخی از آنها آموزش تکمیلی دارند و متخصص شیردهی معتبر هستند. مهارت های تخصصی آنها ممکن است به عنوان بخشی از یک تیم مامایی مورد استفاده قرار گیرد، و آنها می توانند کمک های بیشتری برای شیردهی مورد نیاز بسیاری از مادران را فراهم کنند.

Lactation Professionals: IBCLCs, CLCs, CLEs, and Peer Counselor

متخصصین شیرمادر و مشاورین همتا

متخصصان شیردهی که IBCLC هستند، دوره های آموزشی مورد نیاز را گذرانده اند، تحت نظارت متخصصین در محیط های بالینی آموزش دیده اند و در امتحان مورد شرکت کرده اند. آنها موظفند هر 5 سال یک بار این گواهینامه را به روز کنند و شواهدی مبنی بر آموزش مداوم در قالب امتیازهای کسب شده را ارائه دهند. مشاوران مجاز شیردهی (CLC) که به آنها مربیان آموزش دهنده گواهی دار شیردهی (CLEs) نیز گفته می شود، همگی یک دوره 5 روزه شیردهی را گذرانده اند. مشاوران همتا، مانند کسانی که در WIC یا در بیمارستان ها هستند، معمولاً افراد عادی هستند که به فرزندان خود شیر داده اند و آموزش های تخصصی دیده اند. ثابت شده است که آنها از این جهت که قابل ارتباط هستند و می توانند حمایت عملی داشته باشند مؤثر هستند زیرا اغلب در موقعیت های اجتماعی-اقتصادی مشابه مادرانی هستند که از آنها حمایت می کنند و همچنین از قومیت ها یا فرهنگ های مشابه هستند.

ACOG، همراه با USBC، راهنمایی هایی را برای تشریح نقش منحصر به فرد پزشک در حمایت از شیردهی و پیشینه، آموزش، و قابلیت های سایر ارائه دهندگان حمایت از شیردهی ارائه کرده است.

PARENTS والدین

از آنجا که دیگر تصور نمی شود والدین و خانواده ها با دانش اولیه در مورد شیردهی آماده باشند و از آنجا که افسانه های زیادی در مورد شیردهی وجود دارد، بر همه بخش های سیستم بهداشتی واجب است که آموزش های پیش از تولد و مستمر در مورد فواید و مدیریت تغذیه از سینه مادر ارائه شود. آموزش باید از نظر فرهنگی حساس باشد و در صورت امکان در رابطه با درک و سوء تفاهم هایی که افراد با خود به همراه دارند انجام شود. مصاحبه انگیزشی یک استراتژی مفید برای جمع آوری اطلاعات و راهنمایی خانواده ها از طریق مسیرهای تصمیم گیری است که رفتارهای تغذیه بهینه را ممکن می سازد. هر تماس با مراقبت های بهداشتی، قبل و بعد از زایمان، فرصتی برای آموزش والدین در مورد تغذیه از سینه مادر است. اگرچه ملاحظات زیادی برای تأثیرات احتمالی در تصمیم مادر برای شیردهی وجود دارد، یک فرد مهم که همسر است نباید نادیده گرفته شود. برنامه های آموزشی شیردهی، به ویژه در دوره قبل از تولد، زمانی مؤثر است که شامل همسر نیز باشد تا بتواند تشویق های سازنده و حمایت عاطفی را ارائه دهد. همسر آگاه اغلب می تواند با کمک به روش گذاشتن زیر سینه، ارزیابی لچ (چفت شدن لبها دور سینه و درست بدهان بردن) و انتقال شیر، و بعهده گرفتن مسئولیت وظایفی در قبال شیرخوار و امور منزل که مادر آزادتر شده بتواند در شیردهی متمرکز باشد. اگر چه ممکنست همسر از محرومیت خود از مراقبت از نوزاد در هنگام شیردهی نگران شود ولی پزشکان می توانند همسر را تشویق کنند تا شریکی فعال در پرورش کودک باشد.

زوج مادر- کودک ممکن است به بهترین وجه توسط دیگران در جامعه حمایت شوند. مادر بزرگ ها، دوستان و حتی غریبه ها ممکن است از طرف مادر شیرده برای تشویق، کمک به ایجاد اعتماد به نفس و حتی پاسخ دادن به سوالات ساده ای که ممکن است در محیط بالینی به آنها پرداخته نشود، عمل کنند. پشتیبانی همتا به همتا با ایجاد گروه های حمایتی مبتنی بر جامعه تسهیل می شود. نشان داده شده است که این گروه های حمایتی موجب افزایش تغذیه انحصاری و مدت شیردهی شوند.

Legislators, Business Leaders, and the Public

قانون گذاران، مسئولین تجاری کشور و جامعه

مقامات دولتی، قانونگذاران، قضات و مدیران دولتی به طور منحصر به فردی در نقش نظارت بر سلامت و رفاه عمومی مردم در حمایت از تغذیه با شیر مادر از طریق ایجاد و اجرای قوانین، بودجه، برنامه و آموزش قرار دارند. در طول چند سال گذشته، بسیاری از ادارات بهداشت ایالتی و محلی بودجه ای را برای

پروژه‌های ویژه ای که میزان شیردهی را افزایش می‌دهند، در دسترس قرار داده‌اند. دو ابتکار اصلی که از طریق قانون بازیابی و سرمایه گذاری مجدد آمریکا در سال 2009 و CDC تأمین مالی شده اند، شامل اقدامات مراقبت از زایمان در بیمارستان‌ها و برنامه‌های حمایتی در محل کار است. علاوه بر این، PPACA به محل کار برای زنان شیرده نیاز دارد. دپارتمان های منابع انسانی در حال حاضر در مورد نحوه رعایت این قانون و حمایت از تلاش های کارکنان خود برای ادامه شیردهی پس از بازگشت به کار آموزش دیده اند. اجرای چنین برنامه هایی باعث کاهش غیبت کارکنان، افزایش رضایت و بهره وری کارکنان و صرفه جویی در هزینه های صنعت می شود. از آنجایی که اکثر زنان در ایالات متحده به طور متوسط ظرف 3 ماه پس از زایمان به کار برمی گردند و شاغل هستند ارائه حمایت از شیردهی پس از بازگشت به کار برای رسیدن به اهداف افراد سالم 2030 برای شیردهی ضروری است (به فصل 10، حفظ شیردهی: مادر مراجعه کنید). دفتر سلامت مادر و کودک (MCHB)، همراه با دفتر سلامت زنان، مجموعه ای برای تغذیه با شیر مادر را به همراه یک ابزار برای کمک به کسب وکارها در دستیابی به انطباق با PPACA تهیه کردند. لازم به ذکر است که قوانین ایالتی و حمایت های اجباری بیمه در دوران شیردهی اغلب برای مادران شاغل پس از سال اول ناپدید می شوند، درحالی که ممکن است هنوز به حمایت های اضافی نیاز باشد.

مطب پزشکان و کارکنان آنها

پزشکان به عنوان ارائه دهندگان فردی مراقبت از شیردهی و مدیران در عملیات مطب ها یا کلینیک های پزشکی خود بکار مشغول اند.. در نقش خود به عنوان مدیر، فرصتی منحصر به فرد برای ایجاد یک محیط اداری دارند که از مادران شیرده حمایت می کند، بازاریابی جایگزین های شیر انسان را حذف می کنند، و حمایت کارکنان را برای شیردهی فراهم می کنند (به فصل 17، مراجعه کنید). با این حال، توانایی ارائه پشتیبانی کامل توسط محدودیت های محیط بالینی از جمله زمان محدود است. پزشکان ممکن است بر اعضای سیستم حمایتی مادر تأثیر بگذارند، برای آموزش سایر پزشکان و ارائه دهندگان مراقبت از کودک سخنرانی کنند، تغذیه شیرخوار از سینه مادر را به برنامه درسی برای دستیاران و دانشجویان پزشکی اضافه کنند، به ایجاد و اتخاذ سیاست ها یا مقررات حمایت کننده از شیردهی در بیمارستان یا بخش بهداشت کمک کنند، به نمایندگی از پرداخت عادلانه برای شیردهی به کارمندان و افراد ثالث، گواهی صادر کنند. کمک به اجرای توصیه های ارائه شده توسط کمیسیون مشترک، آکادمی ملی پزشکی و سایر سازمان ها و آژانس های ملی. علاوه بر این، پزشکان اطفال می توانند نقش خود را در اجرای فراخوان عمل SURGEON

GENERAL برای حمایت از شیردهی با ترسیم تأثیرات خود در بین 20 استراتژی مشخص شده شناسایی کنند (جدول 2-5 را ببینید).

بیمارستانها

محیطی که مادر در آن نوزاد خود را به دنیا می آورد، به شدت با نتایج شیردهی آن مادر، از جمله میزان مصرف شیر کمکی و احتمال کلی شیردهی، مرتبط است. بیمارستان‌هایی که از ده اقدام شیردهی موفقیت‌آمیز پیروی می‌کنند (به کادر 7-1 در فصل 7، مراجعه کنید) و از قوانین بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر پیروی می‌کنند، ممکن است به‌عنوان بیمارستان دوست‌دار کودک تعیین شوند، و این نام گذاری با افزایش میزان تغذیه از سینه مادر و افزایش موارد تغذیه انحصاری با شیر مادر در بین نوزادان سالم و افزایش موارد تغذیه پستانی و شیرانسان در نوزادان و شیرخواران نارس همراه است. بیمارستان‌ها باید سیاست‌ها و شیوه‌هایی را برای حمایت از شیردهی که مبتنی بر شواهد است، ایجاد کنند و باید خط‌مشی‌ها و اقداماتی را که شناخته شده و باعث اختلال یا قطع شیردهی می‌شوند حذف کنند.

بیمارستان‌های حمایت‌کننده مشتمل است بر مدیران کلیدی، مدیران، پرسنل پرستاری، پزشکان، وابستگان بهداشت و همه کارکنان کمکی که می‌توانند در این زمان حیاتی در برقراری شیردهی با مادر و نوزادش تعامل داشته باشند (به فصل 6، مراجعه کنید). بیمارستان‌ها باید یک کارگروه چند تخصصی را تشکیل دهند که رهبران، شرکای اجتماعی و خانواده‌هایی را که زایمان را در آنجا انجام داده درگیر کنند تا در جلساتی بطور منظم ملاقات کنند. و ایجاد‌کننده فرهنگ حمایت از شیردهی و بهبود مستمر کیفیت، مانند تماس پوست به پوست و عدم مصرف شیر کمکی بدون اندیکاسیون پزشکی. باشند. بیمارستان‌ها می‌توانند گروه‌های حمایتی مرتبط با بیمارستان ایجاد کنند تا بیماران را به آنها ارجاع دهند. ارائه راهنمایی مراقبت از پوست به پوست ایمن و خالی از خطر توسط گروه ویژه AAP در دستورالعمل مراقبت برای SIDS و کمیته جنین و نوزاد منتشر شده است (به pediatrics.2016-1889/10.1542 مراجعه کنید).

سازمان‌های مراقبت مدیریت شده

تغذیه از سینه مادر با بهبود نتایج سلامت همراه است و می‌تواند هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شیرخواران را در سال اول زندگی کاهش دهد. بنابراین، برخی از شرکت‌های بیمه سلامت، از جمله سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده، برنامه‌های گسترده‌ای را برای ترویج و حمایت از شیردهی در میان ثبت‌نام‌کنندگان خود اتخاذ کرده‌اند. پزشکانی که با سازمان‌های مراقبت مدیریت شده مشارکت می‌کنند، انگیزه‌هایی برای

تقویت حمایت خود از شیردهی و توسعه برنامه‌های قوی به دلایل بهداشتی و اقتصادی دارند (به فصل 1، مراجعه کنید).

دولت فدرال وایالتی

WIC به حدود 9 میلیون مادر و کودک خردسال، 1.5 میلیون مادر باردار و شیرده و 2.17 میلیون نوزاد و شیرخوار خدمات ارائه می‌دهد. این برنامه اثرات قابل توجهی بر حمایت، ترویج و ارتقای شیردهی به زنان و خانواده‌ها در ایالات متحده دارد. بازنگری عمده این برنامه از سال 2010 به مادرائی که انحصاراً با شیرخودشان فرزندشان را شیرمی‌دهند این امکان را می‌دهد تا 100 درصد از نیازهای مغذی خود را در قالب یک بسته غذایی تقویت شده، که توسط آکادمی‌های ملی علوم، مهندسی، و بخش پزشکی، بهداشت و پزشکی توصیه شده است، دریافت کنند تا از نوزادان و شیرخوارانی که فقط از سینه مادر تغذیه می‌شوند، حمایت کنند. بسته غذایی شامل شیر، آب میوه، غلات، تخم مرغ، میوه و سبزیجات، نان سبوس دار، حبوبات و کره بادام زمینی است. WIC علاوه بر ارائه غذا برای مادر، اگرچه بر اساس ایالت متغیر است، اما در ارائه مشاوره شیردهی، پشتیبانی همتایان، خطوط تماس مشاوره تلفنی و تجهیزاتی مانند شیردوش، از شیردهی پشتیبانی می‌کند. در مقایسه با عملیات قبلی WIC، که در آن مادران به شیر خشک رایگان برای شیرخوار دسترسی داشتند، این مقررات منجر به افزایش قابل توجهی در نرخ شیردهی در بین مشتریان WIC شده است. با این وجود، همچنان بین مادرائی که مزایای WIC را دریافت می‌کنند و مادرائی که دریافت نمی‌کنند تبعیض‌هایی وجود دارد و این تفاوت‌ها فراتر از تفاوت‌های نژادی و اقتصادی پیش‌بینی شده است که منجر به نرخ پایین‌تر شیردهی نیز می‌شود. در سال 2017، از میان بیش از 2 میلیون نوزاد و شیرخواری که در WIC شرکت کردند، تنها 19.2٪ از شیر مادر تغذیه می‌کردند که 13.1٪ به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می‌کردند. قانون کودکان سالم و بدون گرسنگی در سال 2010 برای جلوگیری از محدودیت استفاده از WIC توسط ایالت‌ها تصویب شد. علی‌رغم محدودیت‌ها، داشتن بودجه به طور موثری عملکرد WIC را حفظ می‌کند. بنابراین، حمایت از شیردهی ممکن است با هماهنگی مداوم پرسنل WIC، مانند متخصصان شیردهی و مشاوران هم‌تا، با سیستم بهداشتی و بیمارستان‌ها افزایش یابد. SURGEON GENERAL، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر سلامت زنان، اداره منابع و خدمات بهداشتی، MCHB، سازمان غذا و داروی ایالات متحده، و CDC همگی با انتشار گزارش‌ها، اسناد و برنامه‌های متعدد، مانند The Surgeon General's Call to Action، در آموزش و حمایت از شیردهی مشارکت داشته‌اند. پروژه: پیشگیری از چاقی که از بیمارستان‌ها آغاز می‌شود و

تحقیقات مربوط به مطالعه شیوه‌های تغذیه شیرخوار در طولانی مدت، ابزار MCHB Business Case for Breastfeeding برای حمایت از شیردهی در محل کار، آموزش مدیریت منابع و خدمات بهداشتی و برنامه‌های اعطایی که منجر به آموزش در مورد تغذیه از سینه مادر شد (شامل کوریکولوم AAP برای رزیدنتها و CDC برای پزشکان و سلامت مادران دفتر سلامت زنان پروژه ملی سلامت زنان و شیردهی، وب سایت ها و مجلات برای مادران جدید به زبان های مختلف، مانند راهنمای شما برای شیردهی). با توجه به تعداد انتشارات رایگان با هدف آموزش متخصصان مراقبت های بهداشتی و مصرف کنندگان تولید شده توسط دولت فدرال، اساسا دیگر نیازی به استفاده از مواد حمایت شده توسط صنعت نیست. علاوه بر این، مطالب منتشر شده با حمایت فدرال در حال انجام به افزایش دانش موجود در مورد بهترین روش برای حمایت از شیردهی، مدیریت درمان عوارض شیردهی، و افزایش موارد تغذیه از سینه مادر در جمعیت هایی کمک می کند که کمتر سعی بر شیردهی دارند.. در سال 2012، موسسه پزشکی (اکنون آکادمی های ملی علوم، مهندسی، و پزشکی، بخش بهداشت و پزشکی) انتشار مطلب تسریع پیشرفت در پیشگیری از چاقی: رفع چاقی در کشور از طریق کارفرمایان و متخصصان مراقبت های بهداشتی به عنوان عوامل کلیدی تغییر برای پیشگیری از چاقی معرفی کرد. این توصیه برای متخصصان مراقبت های بهداشتی است که افزایش وزن سالم را در دوران بارداری و شیردهی تشویق کنند و محیط های دوستدار شیردهی را ترویج کنند، از جمله، اما نه محدود به، اتخاذ سیاست های منطبق با بیمارستانهای دوستدار کودک .

سازمانهای غیر دولتی

USBC یک سازمان مشاوره ای برای دولت ایالات متحده است که از نمایندگی سازمان های ایالات متحده تشکیل شده است. ماموریت USBC همراه با دستور کار ملی اولیه و آخرین برنامه استراتژیک 5 ساله خود، بهبود سلامت کشور از طریق همکاری مشترک برای محافظت، ترویج و حمایت از شیردهی و انجام این کار از طریق همکاری، رهبری و حمایت است. بعلاوه، شایستگی های اصلی در مراقبت و خدمات تغذیه با شیر مادر برای همه متخصصان بهداشت به منظور تعیین حداقل استانداردهای اصلی برای همه متخصصان مراقبت های بهداشتی در توانایی آنها برای ارائه مراقبت های مربوط به شیردهی ایجاد کند (به کادر 2-2 مراجعه کنید). علاوه بر این، مجموعه اقدامات اصلی مراقبت پری ناتال که توسط کمیسیون مشترک و مراکز خدمات مدیگر و مدیکید تهیه شده است شامل 5 اقدام است که یکی از آنها تغذیه انحصاری با شیر انسان است. کمیسیون مشترک تعریف کرده است که چه کسانی باید در بیمارستان های محل زایمان برای جمع آوری داده ها با این مفهوم که ردیابی این داده ها ممکن است منجر به نرخ های بیشتری برای شروع

تغذیه انحصاری با شیر انسان شود، اقدام کنند.. USBC با انتشار یک ابزار برای آموزش متخصصان مراقبت های بهداشتی در مورد راه های پیاده سازی و جمع آوری این داده ها (www.usbreastfeeding.org/tjc-measure-ebmf) اقدام کرده است. اجرای فرآیندهای لازم برای جمع آوری داده های دقیق در مورد تغذیه انحصاری با شیر انسان در تمام بیمارستان های ایالات متحده به آموزش و منابع قابل توجهی نیاز دارد، اما فرصت فوق العاده ای را از نظر حذف غیرضروری شیر مصنوعی و کمکی فراهم می کند. به عنوان همراهی برای توسعه اقدامات اصلی کمیسیون مشترک، کمپین و بروشور **Speak Up: What You Need to Know About Breastfeeding** برای افزایش آگاهی مصرف کننده و حمایت از شیوه های بیمارستانی که از تغذیه پستانی حمایت می کنند، از جمله ده اقدام برای شیردهی موفق ایجاد شد. این بروشور برای توزیع در محیط های دوران بارداری به منظور تقویت آموزش در مورد فواید و مدیریت شیردهی ایده آل است. سازمان جهانی بهداشت و یونیسف از طریق آموزش، خدمات مستقیم و توسعه برنامه های ویژه مانند ابتکار بیمارستان دوستدار کودک، از مؤثرترین سازمان ها در سراسر جهان در حمایت از تغذیه با شیر مادر بوده اند. AAP همچنین منابعی برای مادران دارد (بروشور آموزش بیمار برای پاسخ به سوالات متداول در مورد شیرمادر و کتابچه راهنمای مادران جدید برای شیردهی، هر دو به زبان انگلیسی و اسپانیایی موجود است) و کتاب هایی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی که به مادران شیرده مشاوره می دهند (تریاز تلفنی و مشاوره با شیر مادر). سازمان های پزشکان حرفه ای که حمایت و آموزش شیردهی را ارائه می کنند و/یا از آنها حمایت می کنند عبارتند از AAP، ACOG، AAFP، و آکادمی پزشکی شیردهی (ABM)، یک سازمان بین المللی پزشکی است که به آموزش حرفه ای شیردهی و ترجمه تحقیقات اختصاص دارد.

در عمل ABM پزشکانی را که خود را بعنوان فلو و همکار در دوران شیردهی متمایز می کنند، به عنوان همکار با نام FABM می شناسد. علاوه بر این، تحقیقات در این زمینه توسط انجمن بین المللی چند رشته ای برای تحقیقات در مورد شیر انسان و شیردهی انجام شده است. همچنین چندین سازمان غیرپزشکی وجود دارند که به روشی چند رشته ای برای حمایت و آموزش در مورد تغذیه با شیر مادر هماهنگ می شوند. اینها عبارتند از آکادمی تغذیه و رژیم غذایی (انجمن رژیم غذایی آمریکا سابق)، انجمن بهداشت عمومی آمریکا، و چندین سازمان پرستاری، مانند انجمن ملی پرستاران کودکان. انجمن پرستاران سلامت زنان، زایمان و نوزادان؛ انجمن کالج های پرستاری آمریکا؛ و پایگاه ملی شاخص های کیفیت پرستاری. Wellstart International سابقه ارائه آموزش پزشک در زمینه شیردهی و شیردهی را در سراسر جهان دارد و

برنامه درسی پزشکی را تدوین کرده است. Wellstart سطوح متعددی از برنامه های درسی را برای آموزش متخصصان مراقبت های بهداشتی در تمام سطوح مراقبت، از حداقل استاندارد تا سطح مشاوره ای مراقبت از شیردهی ثالث ایجاد کرده است. برنامه های درسی اضافی برای افزایش دانش پزشک در شیردهی ایجاد شده است و در تجزیه و تحلیل چشم انداز برای آموزش پزشک خلاصه شده است. کارشناسان تغذیه با شیر مادر ممکن است توسط گواهینامه IBCLC شناخته شوند و توسط انجمن بین المللی مشاور شیردهی (ILCA) و همچنین ILCA، انجمن مشاوران شیردهی ایالات متحده، نمایندگی می شوند.

اخلاق و تعهد اخلاقی در تغذیه با شیرمادر

مانند تمام اقدامات و مراقبت های پزشکی، در زمینه ترویج و مدیریت شیردهی نیز باید مسائل اخلاقی در نظر گرفته شود. اینها شامل انتخاب آگاهانه، خانه پزشکی، حقوق محل کار، تغذیه از سینه مادر در مکان های عمومی، مدت زمان شیردهی و بازاریابی شیر مصنوعی است. برای بسیاری از این نگرانی های اخلاقی، هیچ پاسخ ساده ای وجود ندارد - فقط سوالات

Informed choice انتخاب آگاهانه

این بر عهده پزشک و همه متخصصان مراقبت های بهداشتی است که زن باردار و مادر تازه زایمان کرده را از خطرات تغذیه با شیر خشک از نظر پیامدهای سلامتی برای خود و نوزادش آگاه کنند. با این آگاهی، مادر می تواند انتخابی متناسب با شرایط خود داشته باشد (به فصل 1، جامعه مراجعه کنید).

Medical Home خانه پزشکی

خانه پزشکی بیمار محور توسط کمیته ملی تضمین کیفیت با شواهد قوی برای حمایت از ارائه مراقبت با این فلسفه و استانداردها به رسمیت شناخته شده است. مدیریت تغذیه از سینه مادر اغلب یک مسئولیت مشترک با مشارکت متخصصان مراقبت های بهداشتی مامایی و اطفال و متخصصان شیردهی است. برای ایجاد این هماهنگی، داشتن یک خانه پزشکی مشخص برای مادر و شیرخوار مهم است. خانه پزشکی به عنوان رویکردی برای ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی قابل دسترسی، مستمر، جامع، خانواده محور، هماهنگ، دلسوزانه و از نظر فرهنگی موثر تعریف می شود. متخصصان مراقبت های بهداشتی و والدین به عنوان شریک در یک خانه پزشکی برای شناسایی و دسترسی به خدمات پزشکی و غیرپزشکی مورد نیاز عمل می کنند. از طریق این ساختار، ارتباطات بین همه درگیرها به طور موثر منتقل می شود

حقوق محل کار برای مادران شیرده

برای مادری که در حال بازگشت به کار است، حق او برای حفظ شیردهی موضوع بحث و تلاش های قانونی زیادی بوده است. PPACA شامل 2 ماده است که مستقیماً بر مادران شیرده تأثیر می گذارد: (الف) کارفرمایان باید زمان استراحت معقول و فضای خصوصی (که حمام و دستشویی نباشد) برای دوشیدن شیر مادر به مدت 1 سال پس از تولد نوزاد فراهم کنند، و (ب) بیمه گران باید پوشش لوازم شیردهی و خدمات حمایتی مانند شیردوش و معمولاً ویزیت های متخصص در دوران بارداری و زایمان را ارائه دهند. در حالی که این مفاد در واقع گامی مثبت در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر است، مقررات بدون محدودیت نیست. به عنوان مثال، کارفرمایان ملزم به پرداخت غرامت به مادران شیرده در وقفه هایی که برای دوشیدن شیر می گذارند، نیستند، اما اگر کارمندی وقفه هایی را جبران کرده باشد و او از آن برای دوشیدن شیر استفاده کند، باید به طور مشابه جبران شود. علاوه بر این، قانون اولیه فقط کارمندان ساعتی را پوشش می دهد، نه زنانی که در پست های حقوقی هستند. برای گسترش این مزایا به همه زنان شاغل، قانونی وضع شده است. علاوه بر این، این حمایت ها و مقررات باید برای زنان شیرده پس از سال اول نیز در دسترس باشد. سیاست های مراقبت از کودک در محل کار نیز مورد توجه قرار گرفته است (به فصل 10، نگهداری از شیردهی: مادر مراجعه کنید)

قانون مرخصی خانوادگی و پزشکی شیردهی و کشورهای دارای مرخصی والدین با حقوق

طبق قانون مرخصی خانواده و پزشکی در سال 1993، کارفرمایان باید به والدین جدید اجازه دهند تا 12 هفته مرخصی بگیرند، اما والدین حقوقی دریافت نمی کنند مگر اینکه کارفرمای آنها موافقت کند. در حال حاضر، تنها 6 ایالت - ماساچوست، کالیفرنیا، نیوجرسی، رود آیلند، نیویورک و واشنگتن - و ناحیه کلمبیا برنامه های مرخصی با حقوق خانواده دارد. برخی از شرکت های بزرگ، از جمله مایکروسافت، آی بی ام، نتفلیکس و امریکن اکسپرس، همگی مرخصی خانوادگی با حقوق ارائه می دهند. به نظر می رسد در ایالات متحده قوانین یکسانی وجود ندارد و مرخصی برای مدت زمان قابل توجهی کمتر از سایر کشورهای با درآمد/منابع بالاتر مانند دانمارک و سوئد است.

شیردهی در مجامع عمومی

حق مادر برای شیردهی در مکانی عمومی که به طور قانونی حق حضور در آن را دارد توسط قانون در اکثر ایالت ها و سایت های فدرال ایالات متحده تضمین شده است. این قوانین یا محدودیت های قرار گرفتن

در معرض دید نامناسب را از وضعیت شیردهی حذف می کنند یا حق خاصی را برای مادر برای شیر دادن در ملاء عام فراهم می کنند.

شیردهی طولانی مدت

درمورد شیردهی طولانی مدت این سوال مطرح شده است که آیا حد بالایی برای مدت شیردهی وجود دارد یا خیر. اطلاعات مربوط به پایه علمی برای سنی که بیشتر از آن ادامه شیردهی برای کودک نامناسب یا مضر است وجود ندارد. همچنین خطراتی برای این روش تعامل اجتماعی و تغذیه ای گزارش نشده است. ممکن است سؤالاتی در مورد اخلاقی بودن اجازه دادن به مادر برای گذاشتن فرزندش به سینه تا زمانی که هر دو مایل هستند مطرح شود (به فصل 9 مراجعه کنید). اگرچه ممکن است این سوالات مطرح شود، هنجارهای فرهنگی وجود دارند و باید مورد حمایت قرار گیرند.

حساسیت فرهنگی، تفاوتها و آگاهی

حساسیت فرهنگی، تفاوتها و آگاهی اگر چه از نظر شیوه های فرهنگی در رابطه با شیردهی اشتراکاتی وجود دارد، تفاوت های بین فرهنگ ها حتی بیشتر است. به عنوان مثال، بسیاری از فرهنگ ها دوره 40 روزه پس از زایمان را به عنوان یک زمان حیاتی برای بهبودی برای مادر در نظر می گیرند و معتقدند که باید مادر و شیرخوار در این محدوده زمانی مورد توجه خاص بوده پرورش یابند. اگر خانواده از این رویه پیروی نکنند، سلامت نوزاد و مادر و عرضه شیر ممکن است به خطر بیفتد. آغوز در برخی فرهنگ ها زرد و نجس است، مانند ادرار، و باید از آن اجتناب شود. با این حال، توسط دیگران، آن را "طلای مایع" می دانند. مدیریت تغذیه با شیر مادر باید همیشه شامل این سوال باشد: "لطفاً در مورد ارزش ها و باورهای فرهنگی در مورد شیردهی یا سایر جنبه های مراقبت از کودک خود که باید از آنها آگاه باشم به من بگویید."

بازاریابی شیر مصنوعی

نشان داده شده است روش های بازاریابی شیر مصنوعی تأثیر نامطلوبی بر انتخاب شیردهی یا ادامه شیردهی مادر دارد، که باید توسط پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی به رسمیت شناخته شود. هیچ موضوعی در حوزه اخلاقی شیردهی به اندازه مسائل مربوط به بازاریابی جایگزین شیر انسان مورد توجه قرار نگرفته است. جایگزین های شیر از طریق کد بین المللی بازاریابی جایگزین های شیر مادر (<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en>) و قطعنامه بعدی WHO دستورالعمل های دقیقی را در مورد بازاریابی شیر مصنوعی ارائه می کند تا اطمینان حاصل

شود که شروع یا ادامه شیردهی مادر را کاهش نمی‌دهد. اگرچه تقریباً همه کشورهای جهان (از جمله ایالات متحده) قوانین بازاریابی را تأیید کرده اند، بسیاری از آنها (از جمله ایالات متحده) قانونی را تصویب نکرده اند که به این دستورالعمل‌ها قدرت قانونی بدهد. علیرغم عدم وجود مجوز قانونی، اصول این آیین نامه مبنای اخلاقی مناسبی برای بررسی شیوه‌های بازاریابی توسط تولیدکنندگان و توزیع کنندگان شیرخشک‌های مخصوص نوزادان فراهم می‌کند. بررسی اخیر توسط WHO مشخص کرده است که نقض قوانین و بازاریابی شیر خشک تا چه حد می‌تواند شیردهی را تضعیف کند (به <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044609> مراجعه کنید). پزشکان باید در جهت حذف سیاست‌ها و اقداماتی که از شیردهی در بیمارستان و مطب جلوگیری می‌کند، تلاش کنند (به فصل 6 و فصل 15، مراجعه کنید).

حق حضانت

برخی از سخت‌ترین و شدیدترین بحث‌ها در مورد شیردهی در جریان جدایی زناشویی و طلاق اتفاق می‌افتد، زمانی که نوزاد، شیرخوار یا کودکی موجود است که از پستان مادر تغذیه می‌شود. ملاقات جداگانه با والدینی که شیر نمی‌دهند، موضوعی است که منجر به درگیری بر سر شیردهی می‌شود، به ویژه وقتی کودک بزرگ‌تر از یک سال باشد. در این شرایط از جمله حفظ شیردهی باید سلامت و رفاه کودک در بالاترین اولویت قرار گیرد. تشخیص اینکه آیا تغذیه از سینه مادر یک نیاز قانونی است یا استفاده نامناسب برای انکار حق ملاقات بسیار دشوار است، درحالی که با کارشناسان از هر دو طرف حمایت می‌کنند. (افتخار مسلمانان است که حق حضانت و شیردهی و دریافت حقوق با شیردهی در اختیار مادر قرار گرفته و باید پدر حق شیردهی پرداخت کند.م)

توصیه های عملی

کادر 2-3 موانع شیردهی را که در فراخوان SUGERON GENERAL برای حمایت از شیردهی شناسایی شده است، خلاصه می‌کند. موانعی از جمله فقدان دانش، هنجارهای اجتماعی ناسازگار، حمایت ضعیف خانوادگی و اجتماعی، خجالت، مشکلات شیردهی، اشتغال و خدمات بهداشتی، همگی ممکن است با بهبود دانش، نگرش و مهارت در میان پزشکانی که در موقعیت ایده آل برای حمایت از شیردهی هستند، جبران شود. کادر 2-4 شیوه های توصیه شده برای تغذیه از سینه مادر را که در بیانیه خط مشی AAP 2020 شناسایی شده است، خلاصه می‌کند. کادر 2-5 نقش پزشک اطفال را در حمایت از شیردهی نشان می‌دهد.

کادر 2-6 نقش متخصص زنان و زایمان را خلاصه می کند. و جدول 2-6 نقش ارائه دهندگان حمایت از شیردهی را نشان می دهد

Box 2-3 موانع شیردهی در امریکا

- آموزش ناکافی قبل از زایمان • سیاست ها و شیوه های مخرب بیمارستانی • قطع نامناسب شیردهی •
- ترخیص زودهنگام از بیمارستان در میان برخی از جمعیت ها • عدم مراقبت های معمول به موقع و
- ویزیت های بهداشتی پس از زایمان در منزل، از جمله تقسیم بندی بین مراقبت های بیمارستانی و
- مراقبت های بعدی کودکان • اشتغال مادر • عدم حمایت عمومی از خانواده و ترویج شیرمصنوعی •
- اطلاعات نادرست و فقدان نگرانی و دخالت حرفه ای مراقبت های بهداشتی

Box 2-4 توصیه های عملکردی عملی

1. تغذیه انحصاری از سینه مادر برای حدود 6 ماه.

- تغذیه از سینه مادر روش ترجیحی تغذیه شیرخوار است . در غیر این صورت شیر دوشیده شده مادر یا شیر اهداکننده ترجیح داده می شود.
- شیردهی را تا زمانی که مادر و کودک می خواهند به مدت ۲ سال یا بیشتر ادامه دهید.
- غذاهای مکمل غنی از آهن و سایر ریزمغذی ها باید در حدود 6 ماهگی شروع شوند.

2. سیاست ها و شیوه های پس از زایمان که شروع و نگهداری شیردهی را بهینه می کنند باید با آکادمی

اطفال آمریکا و خط مشی شیردهی نمونه بیمارستانی برای شیرخواران ABM سازگار باشد و شامل

- تماس مستقیم پوست به پوست با مادر بلافاصله بعد زایمان تا اولین شیردهی انجام و در تمام مدت postpartum برقرار و، تشویق شود.
- تأخیر در روش های معمول (مانند وزن کردن، اندازه گیری ها، حمام کردن، آزمایش خون، واکسن ها، ویتامین K، و پیشگیری از عفونت چشم) را تا پایان اولین تغذیه در نظر بگیرید.
- از حداقل 8 و حداکثر 10 بار شیردهی در هر 24 ساعت از سینه اطمینان حاصل کنید.
- از ارزیابی رسمی و مستند سازی شیردهی توسط مراقبین آموزش دیده (از جمله پوزیشن، لچ، انتقال شیر و معاینه) در بیمارستان محل زایمان اطمینان حاصل کنید.

- به نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می کنند بعنوان تغذیه کمکی (موادی چون ، آب، آب گلوکز، شیرمصنوعی یا سایر مایعات) ندهید، مگر اینکه از نظر پزشکی با استفاده از دستورالعمل های استاندارد مبتنی بر شواهد برای مدیریت هیپربیلی روبینمی و هیپوگلیسمی توصیه شده باشد.
- از استفاده معمول از گول زنک در اوایل دوره پس از زایمان خود داری کنید.
- قطره خوراکی رزانه ویتامین D (400 واحد بین المللی) را با ترخیص از بیمارستان شروع کنید یا مکمل 6400 واحد بین المللی ویتامین D را برای مادر شیرده انتخاب کنید.
- 3-باید همه نوزادان در سن 3-5 روزگی توسط پزشک اطفال (48-72 ساعت پس از زایمان) ویزیت شوند. برای
- ارزیابی آب بدن (الگوهای دفع)
- افزایش وزن بدن را ارزیابی کنید (کاهش وزن بدن بیش از 10 درصد از بدو تولدنباشد و عدم کاهش وزن بیشتر تا روز 5 پس از تولد؛ در صورت کاهش وزن بیشتر، کاهش وزن زود هنگام ناشی از مایعات حین زایمان و دیورز را در نظر بگیرید، تغذیه را ارزیابی کنید، و پیگیری های مکرر را در نظر بگیرید).
- در مورد مسائل مادری/نوزادی بحث کنید.
- مشاهده شیردهی را انجام دهید.
- 4. یک فضای خواب جداگانه برای نوزاد در نزدیکی مادر ایجاد کنید تا تغذیه مکرر از سینه مادر و پاسخ به نشانه های تغذیه صورت گیرد و بازگشت نوزاد به آن مکان پس از شیر خوردن را تسهیل کند.

Box 2-5 نقش متخصص اطفال در حمایت تغذیه شیرخوار از سینه مادر

1. تغذیه شیرخوار از سینه مادر را به عنوان هنجار تغذیه نوزادان و شیرخواران ترویج دهید.
2. در اصول و مدیریت شیرسازی و شیردهی آگاه شوید.
3. مهارت های لازم برای ارزیابی کفایت شیر را توسعه دهید.
4. حمایت از یادگیری و آموزش برای دانشجویان پزشکی، دستیاران و پزشکان در مورد تغذیه از پستان و شیرسازی

5. سیاست‌های بیمارستانی را که با سیاست‌های بیمارستانی الگوی آکادمی اطفال امریکا و ABM و WHO/UNICEF سازگار است، تبلیغ کنید.
6. شیوه‌های مراقبت از مادران و زایمان را تشویق کنید که از شروع تغذیه پستانی و شیردهی انحصاری حمایت می‌کند، مانند ده اقدام برای شیردهی موفقیت آمیز.
7. همکاری با جامعه زنان و زایمان برای ایجاد برنامه‌های بهینه حمایت از شیردهی.
8. هماهنگی با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه و مشاوران تایید شده شیردهی برای اطمینان از حمایت یکسان و جامع از شیردهی.
9. روش مطب‌داری مناسب برای شیردهی را ترویج دهید.

Box 2-6 نقش متخصصین زنان و مامایی در حمایت تغذیه شیرخوار از سینه مادر Breastfeeding

1. در مورد شیردهی زود هنگام و اغلب اوقات سوال کنید • در هر معاینه سالیانه زنان • در اولین ویزیت قبل از زایمان • در طی ویزیت‌های بعدی • در ویزیت پزشک اطفال قبل از زایمان 2.
 - سینه‌ها را معاینه کنید، به موارد زیر توجه کنید: • نوک سینه‌های فرورفته • جراحی قبلی • عدم تقارن • سینه‌های استوانه‌ای 3. ارائه منابع برای آموزش دوران بارداری.
- در حین زایمان**
4. به تعویق انداختن اقدامات معمول پس از زایمان. • مداخلات غیر ضروری را محدود کنید. • نوزاد را پوست به پوست با مادر قرار دهید. • شیردهی را در یک ساعت اول پس از تولد شروع کنید. • تجویز ویتامین K و پروفیلاکسی معمول چشم را تا زمانی که تماس پوست با پوست و اولین شیردهی اتفاق افتاده است به تعویق بیندازید. • از مداخلات آسیب‌زا مانند ساکشن اجتناب کنید. 5. ده اقدام برای شیردهی موفق را تشویق کنید (به کادر 1-7 مراجعه کنید).
 6. پس از زایمان 6. ارائه منابع. • در صورت نیاز بیمار را به متخصص شیردهی ارجاع دهید.
 7. تبلیغات شیر مصنوعی در مطب نباشد 8. مدیریت پزشکی مسائل رایج شیردهی را بدانید. شامل • ناکافی بودن ذهنی شیر، • احتقان پستان • ماستیت یا عفونت کاندیدیایی • درد پستان 9. بدانید چه محصولات و داروهایی برای زنان شیرده بی‌خطر هستند. • محصولات و داروهای ضد بارداری • استفاده از سایت LactMed برای داروها و سایر مواد مورد استفاده در دوران شیردهی 10. خود را آموزش

دهید. • ژورنال آکادمی پزشکی شیردهی، طب شیردهی • پروتکل آکادمی پزشکی شیردهی در مورد عملکرد مطب دوستدار شیرمادر • منابع و مازول های آموزشی آکادمی اطفال آمریکا • منابع کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان، از جمله بولتن در مورد نقش ویژه برای متخصص زنان و زایمان

حامیان و مشاورین شیردهی Lactation consultants

مشاوران شیردهی ارجاع به این متخصصان مراقبت های بهداشتی برای طیف کامل مراقبت های شیردهی، به ویژه در موقعیت های شیردهی با دقت بالا، مناسب است. اینها 90 ساعت آموزشی و الزامات آموزشی اضافی و آزمون برای هر عنوان. مشاوران شیردهی اغلب در محیط های بالینی به عنوان بخشی از تیم مراقبت های بهداشتی کار می کنند، اما در مراقبت های سرپایی و خصوصی نیز یافت می شوند. تایید صلاحیت از طریق امتحان به دست می آید.

مجوز کاروبرنامه هایشان: مشاور شیردهی تایید شده از هیئت بورد بین المللی (IBCLC) • متخصصین مراقبت های بهداشتی یا افراد دارای 14 دوره آموزشی علوم بهداشتی در سطح دانشگاه • 90 ساعت آموزشی و بیش از 300 تا 1000 ساعت تمرین بالینی با خانواده های شیرده، بسته به مسیر آموزشی

مشاور شیردهی پیشرفته (ALC) • گواهینامه IBCLC و مدرک بعدی 2 واحد گواهینامه کالج در ارزیابی مادر شیرخوار. 3 واحد گواهینامه عملکرد مسائل پیشرفته شیرسازی و شیردهی

مشاور شیردهی پرستار پیشرفته (ANLC) • مجوز و گواهینامه پرستار ثبت شده فعلی به عنوان CLC یا IBCLC • 3 واحد اعتبار کالج در مسائل پیشرفته در عمل شیردهی

مشاورین تغذیه شیرخوار از سینه مادر

مشاوران شیردهی افرادی که این گواهینامه ها یا گواهی های مشابه را دارند، مهارت های ارائه مشاوره شیردهی، رسیدگی به شیردهی طبیعی در نوزادان ترم و شیرخواران سالم، و انجام ارزیابی های مادر و نوزاد/شیرخوار از آناتومی، لچ و پوزیشن در حالی که عمل پشتیبانی را انجام می دهند.. 45 تا 52 ساعت آموزش و امتحان کلاسی، ارائه حمایت از خانواده ها در بیمارستان و محیط های اجتماعی. مشاوران ممکن است شایستگی های بیشتری برای کمک به خانواده هایی که در شیردهی مشکل دارند، داشته باشند.

گواهینامه و برنامه: مشاور شیردهی خبره • (CLC) 52 ساعت آموزشی و امتحان، کسب 3 واحد کالج

مشاوران همتایان شیردهی Breastfeeding peer counselors

سازمان‌های حمایت از همتایان، این ارائه دهندگان حمایت از شیردهی را برای برآوردن نیازهای خانواده‌هایی که به آنها خدمت می‌کنند، مجهز می‌کنند، و عمدتاً بر حمایت فردی و اجتماعی تمرکز می‌کنند. تجربه شخصی شیردهی و تقریباً 20 ساعت آموزش از طریق مدل‌های مختلف جامعه

گواهی نامه و برنامه‌ها: نمونه‌هایی از سازمان‌های ملی مشاور تغذیه با شیر مادر که در ایالات متحده با آنها مواجه می‌شوند عبارتند از • شیردهی ایالات متحده • La Leche League • HealthConnect One • International (LLLI) • رسیدن به خواهران ما در همه جا (ROSE) • برنامه تغذیه مکمل ویژه برای زنان شیرخواران و کودکان WIC

مربیان شیردهی

مربیان شیردهی یک مربی تغذیه با شیر مادر واجد شرایط حمایت و آموزش مردم در مورد شیردهی و مسائل مربوط به آن است اما مراقبت‌های بالینی را انجام نمی‌دهد. به طور کلی 20 ساعت آموزش دیده. برنامه و گواهینامه از طرف انجمن حرفه ای زایمان و پس از زایمان (CAPPA)

Table 2-5. Recommended Strategies for Health Care Professionals in Response to The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding

استراتژی ها-مکان و عمل کنندگان بالقوه- نمونه ها:

1- بهبود محتوای شیردهی در آموزش حرفه ای بهداشت (کارشناسی و کارشناسی ارشد). در هیئت علمی در دانشکده های پزشکی و سایر دانشکده های حرفه ای بهداشت و نمونه ها: برنامه درسی رزیدنتی شیردهی موجود در وب سایت AAP را اجرا کنید. تغذیه با شیر مادر و شیردهی انسان را در دروس پایه مانند آناتومی، فیزیولوژی، تغذیه و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها ادغام کنید.

2- ایجاد و گنجاندن حداقل شایستگی ها و توانمندی های شیرمادر و تغذیه از سینه مادر برای متخصصان مراقبت های بهداشتی. در سازمان های مراقبت های بهداشتی مانند AAP، ACOG، و AAFP، و همچنین هیئت های مورد مانند ABP. نمونه: تایید AAP از شایستگی های اصلی USBC. ABP و سایر هیئت های مورد و افزودن محتوا به امتحانات اضافه می‌کنند، ارزیابی ساختار را برای دانشجویان پزشکی و دستیاران برای اطمینان از مهارت‌ها اضافه می‌کنند.

3-افزایش فرصت ها برای ادامه تحصیل و MOC که بر تغذیه با شیر مادر تمرکز دارد. مکان و عمل کنندگان: سازمان های حرفه ای بهداشت، مراکز پزشکی دانشگاهی، و نهادهای تأیید کننده هیئت مورد. نمونه: فرصت های آموزشی AAP NCE، نشست و اجلاس سالانه ABM، دوره های دانشگاهی و فرصت های یادگیری آنلاین، MOC ارائه شده توسط ABP. ACOG همچنین فعالیت های آموزشی و مواد صدور گواهینامه هیئت مورد.

4-استانداردهایی را برای عمل بالینی تعریف کنید که تداوم مراقبت را به ویژه برای 4 هفته اول پس از تولد تضمین می کند. مکان و عمل کنندگان: پزشکان ارائه دهنده مراقبت های مادر و اطفال و گروه های حمایت از جامعه که با مسئولین حکومتی و نهادهای بهبود کیفیت برای اتخاذ استانداردها کار می کنند. نمونه: از طرح هایی مانند پرداخت برای عملکرد و مراقبت پاسخگو که مراقبت بهینه و مبتنی بر شواهد را برای تغذیه از سینه مادر تعریف می کند تا هزینه های غیر ضروری در مراقبت های بهداشتی را کاهش دهد و در عین حال از ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر حمایت کند

5- بررسی اثربخشی نسبی مدل های مختلف مراقبت ادغام یافته حمایت ماهرانه برای تغذیه از سینه مادر توسط متخصصان مراقبت از مادر و کودک. مکان و عاملین: پزشکان، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، و نهادهای بهبود کیفیت مانند AHRQ. نمونه و مثال: مطالعه هزینه و اثربخشی یادگیری مشارکتی در جامع تر و کارآمدتر کردن حمایت از شیردهی

فصل 3 ترکیب و اجزای شیر انسان

هیچ مرحله دیگری در زندگی وجود ندارد که در آن یک غذا تنها منبع تغذیه کافی باشد، همانطور که شیر انسان در اوایل دوران نوزادی برای ما انجام می دهد. شیر انسان یک مایع پویا و پیچیده است که حاوی مواد مغذی و فاکتورهای فعال زیستی مورد نیاز برای سلامت و تکامل نوزاد و شیرخوار است. این فصل به تشریح مواد مغذی منحصر به فرد و بی نظیر و سایر اجزای محافظتی غیر مغذی موجود در شیر انسان می پردازد.

اجزاء و ترکیبات تغذیه ای شیر انسان:

شیر انسان دارای ترکیبی از مواد مغذی در حال تغییر است که ممکن است در تمام دوران شیردهی، در طول یک روز، در طی یک وعده شیردهی و از زن به زن دیگر متفاوت باشد. ترکیب متغیر شیر انسان مواد مغذی را به طور خاص با نیازهای در حال تغییر نوزاد و شیرخوار سازگار می کند و همچنین مجموعه

ای از طعم ها و مزه ها را برای تحریک یکپارچگی حسی فراهم می کند. درک این نکته مهم است که شیر انسان ویژگی منحصر به فردی برای شیرخوار انسان دارد. بسیاری از اجزای موجود در شیر انسان نقش دوگانه دارند. یک جزء واحد ممکن است تغذیه و دفاع میزبان یا تغذیه و تکامل عصبی را افزایش دهد. آغوز شیری است که در چند روز اول پس از تولد تولید می شود. این یک شیر نسبتاً متراکم است که با غلظت بالایی از پروتئین، سدیم، کلرید، منیزیم و آنتی بادی مشخص می شود. انتقال به شیر بالغ، که در برخی منابع به عنوان لاکتوزنز 2 توصیف شده و با افزایش حجم شیر همراه است، حدود 2 تا 3 روز پس از زایمان شروع می شود. غلظت سدیم و کلر کاهش می یابد، در حالی که غلظت پتاسیم، گلوکز، لاکتوز و چربی افزایش می یابد که همگی تا حدود 60 ساعت یا 2 و نیم روز پس از تولد به سطح غلظت ثابت می رسند. اگر انتقال به لاکتوزنز 2 در روز سوم پس از زایمان شروع نشود، تاخیر لاکتوزنز 2 تعریف می شود و نوزاد در معرض خطر عوارض مربوط به دریافت ناکافی شیر، مانند زردی، هیپوگلیسمی، هیپرناترمی و کم آبی قرار می گیرد. اتصالات بین سلول های اپیتلیال داخل پستان (آلئولها) در بدو تولد وسیع است اما در مرحله لاکتوزنز 2 شروع به بسته شدن می کند و غلظت لاکتوز افزایش می یابد. شیر مادر معمولاً بین 5 تا 14 روز پس از زایمان رسیده تر شده و در حدود 6 هفته پس از زایمان کاملاً بالغ و رسیده می شود. شیر رسیده انسان تقریباً 20 کیلو کالری در اونس یا 0.67 کیلو کالری در میلی لیتر انرژی دارد. کالری مورد نیاز برای نوزادان سالم رسیده تقریباً 107 کیلو کالری برای هر کیلوگرم در روز برای دختران و 113 کیلو کالری / کیلوگرم در روز برای پسران در ماه اول پس از تولد است. این روند در سن 3 تا 4 ماهگی به 82 تا 84 کیلو کالری / کیلوگرم در روز، در سن 7 تا 8 ماهگی به 78 تا 79 کیلو کالری / کیلوگرم در روز و در 11 تا 12 ماهگی به 79 به 81 کیلو کالری / کیلوگرم در روز کاهش می یابد. جدول 3-1 مقادیر اجزای تشکیل دهنده شیر بالغ انسان را فهرست می کند

NITROGEN

نیتروژن 80% پروتئین و 20% ترکیبات حاوی نیتروژن غیر پروتئینی است. در چند هفته اول پس از زایمان، میزان پروتئین نیتروژن شیر مادرانی که نوزادان نارس دارند (شیر نارس) بیشتر از شیر زنانی است که نوزادان ترم دارند (شیر ترم). محتوای پروتئین نیتروژن طی 2 تا 4 هفته پس از زایمان کاهش می یابد و سپس تا 8 تا 12 هفته پس از زایمان نسبتاً ثابت می ماند. محتوای نیتروژن غیر پروتئینی، مانند اسیدهای آمینه آزاد، نوکلئوتیدها، کارنیتین، کراتینین و اوره، در طول دوره شیردهی نسبتاً ثابت می ماند و بخش بزرگی از نیتروژن کل (20%) را نسبت به شیر گاو (5%) تشکیل می دهد.

Whey and Casein وی وکازئین

کیفیت پروتئین شیر انسان با کیفیت شیر گاو بسیار متفاوت است. شیر انسان 70 درصد وی و 30 درصد کازئین است. این مقدار تقریباً به حدود 50٪ وی و 50٪ کازئین تا حدود 3 ماه پس از تولد می رسد. درحالی که هنوز وی کمی غالب است. شیر گاو 18 وی و 82 درصد کازئین است. کازئین ها پروتئین هایی با حلالیت کم در محیط های اسیدی هستند. پروتئین های وی محلول هستند و پس از اسیدی شدن هم محلول باقی می مانند. به طور کلی، پروتئین وی به راحتی هضم می شود و با تخلیه سریع معده همراه است. ترکیبات پروتئینی شیر انسان عملکردهای زیادی از جمله انواع دفاع میزبان را انجام می دهند. پروتئین اصلی وی انسانی α -لاکتالبومین است که به طور قابل توجهی از پروتئین اصلی وی در شیر گاو که بتا-لاکتوگلوبولین متمایز است. لاکتوفرین شیر انسان، لیزوزیم و ایمونوگلوبولین ترشعی (IgA) وی پروتئین های خاصی هستند که فقط در شیر انسان وجود دارند و همگی در دفاع میزبان نقش دارند. به عنوان مثال، نشان داده شده است که لاکتوفرین و لیزوزیم به طور هم افزایی برای منهدم کردن غشای خارجی باکتری ها عمل می کنند و در نهایت ارگانسیم را از بین می برند. IgA ترشعی حدود 30 درصد از کل پروتئین شیر انسان را تشکیل می دهد. از آنجایی که این پروتئین های دفاعی میزبان در برابر هضم پروتئولیتیک مقاومت می کنند، آنها به عنوان اولین خط دفاعی پوشش دستگاه گوارش عمل می کنند. اطلاعات بیشتر در مورد نقش شیر انسان به عنوان دفاع میزبان در فصل 4، اجزای غیر مغذی در شیر انسان به تفصیل آمده است.

CARBOHYDRATE

کربوهیدرات اصلی شیر انسان لاکتوز است، یک دی ساکارید که با پیشرفت لاکتوزنز از آغوز به شیر بالغ، محتوای آن افزایش می یابد. مقدار لاکتوز شیر بالغ نسبتاً ثابت می ماند. بخش کوچکی از لاکتوز جذب نمی شود. این لاکتوز جذب نشده باعث قوام نرم تر مدفوع، کاهش فلور باکتریایی بیماری زا در مدفوع و بهبود جذب مواد معدنی می شود. الیگوساکاریدها پلیمرهای کربوهیدراتی هستند که تقریباً 5 تا 10 درصد از کل کربوهیدرات های موجود در شیر انسان را تشکیل می دهند. بیش از 100 الیگوساکارید مختلف در شیر انسان وجود دارد. الیگوساکاریدها علاوه بر نقشی که در تغذیه دارند، با تحریک کلونیزاسیون باکتری های مفید در روده و کاهش کلونیزاسیون پاتوژن ها، نقش مهمی در دفاع نوزاد یا شیرخوار دارند.

Lipids: لیپیدها بخش عمده انرژی شیر انسان را تشکیل می دهند که تقریباً 50 درصد کالری موجود در شیر است.

Variability Of Fat Content تغییر پذیری چربی ها

از بین تمام اجزای شیر انسان، محتوای چربی کل متغیرترین است. محتوای چربی شیر در طول دوره شیردهی کمی افزایش می یابد، در طول یک روز تغییر می کند، در طول یک وعده شیردهی افزایش می یابد (در حالی که شیرپیشین به شیر پسین تبدیل می شود) و از مادری به مادر دیگر متفاوت است. در طول یک وعده شیرخوردن شیرخوار، میزان چربی شیر از ابتدا (شیر پیشین) تا انتها (شیر پسین) 2 تا 3 برابر افزایش می یابد. با وجود این تنوع، شیر انسان توانایی خود را برای رشد مطلوب نوزادان و شیرخواران حفظ می کند. تقریباً نیمی (میانگین، 44٪) از کالری دریافتی نوزادان یا شیرخوارانی که کاملاً با شیر مادر تغذیه می شوند، از چربی است، با میانگین دریافت تخمینی 21.4 گرم در روز از تولد تا 6 ماهگی. در شیردوشیده چربی موجود در شیر ممکن است از سایر اجزاء جدا شود زیرا همگن نیست. این عدم همگنی در شیر انسان پیامدهایی برای جمع آوری و ذخیره شیر دارد (به فصل 14 مراجعه کنید).

Components of the Lipid System اجزای چربی

سیستم لیپیدی در شیر انسان از یک گلوبول چربی شیر سازمان یافته، یک لیپاز تحریک شده با نمک صفاوی (BSSL) و مقدار زیادی اسیدهای چرب ضروری (لینولئیک [C18:2 ω6] و اسیدهای لینولئیک [C18:3 ω3] تشکیل شده است. اسیدهای چرب به شکل تری گلیسیرید وجود دارند. اینها 98 درصد از کل چربی موجود در شیر انسان را تشکیل می دهند.

جذب چربی

محصولات حاصل از عمل لیپاز بر روی مولکول تری گلیسیرید در پروگزیمال روده کوچک، اسیدهای چرب آزاد و 2-مونوگلیسیرید هستند. اسید پالمیتیک اسید چرب غالب استری شده در موقعیت 2 مولکول تری گلیسیرید است. به این ترتیب، پس از هیدرولیز، به موقعیت 2 مولکول گلیسرول متصل می شود، که از تعامل آن با مواد معدنی برای تشکیل صابون جلوگیری می کند. بنابراین، این رابطه ساختاری جذب خالص چربی و مواد معدنی را افزایش می دهد. جذب چربی و مواد معدنی از شیر انسان به خصوص به دلیل این تعامل بسیار کارآمد و برتر از شیر گاو است.

Bile Salt-Stimulated Lipase

هضم چربی نوزادان به دلیل تأخیر ترشح لیپاز تری گلیسیرید پانکراس در مقایسه با مراحل بعدی زندگی مختل می شود. این تأخیر با وجود BSSL شیر انسان که جذب چربی و در نتیجه رشد نوزاد یا شیرخوار را افزایش می دهد جبران می شود. نوزاد نارس یا شیرخوار تأخیر بیشتری در فعالیت لیپاز درون زار دارد، بنابراین مزایای BSSL در این گروه بیشتر است.

اسیدهای چرب:

الگوی اسیدهای چرب در شیر انسان در ترکیب اسیدهای چرب غیر اشباع بلند زنجیره منحصر به فرد است. اسید آراشیدونیک (C20:4 ω6) و دوکوزاهگزانوئیک اسید (C22:6 ω3)، مشتقات اسیدهای چرب ضروری اسیدهای لینولئیک و لینولنیک، به ترتیب، فقط در شیر انسان و نه گاو یافت می شوند. اسید دوکوزاهگزانوئیک در نوزادان جوان و شیرخواران نه تنها به عنوان منبع انرژی برای رشد بلکه برای عملکرد خاص آن در شبکه و مغز نیز مهم است. شیر گاوی که به آن اسید دوکوزاهگزانوئیک اضافه شده با بهبود عملکرد بینایی و شناختی همراه است که بهتر از شیر گاو بدون آن است اما بهتر از شیر انسان نیست.

دریافت زیاد شیر پیشین:

در شروع مکیدن شیرخوار، بیشتر شیر پیشین است تا شیرپسین. نسبت شیرپسین به شیر پیشین در طول تغذیه از سینه افزایش می یابد. شیرپسین عمدتاً حاوی چربی است. اگر مادر زمان شیردهی از یک پستان را محدود کند و قبل از رفع نیاز شیرخوار و تخلیه پستان او را از پستان جدا و سینه دوم را بدهد، ممکن است نوزاد یا شیرخوار مقدار کمتری شیرپسین دریافت کند. در نتیجه، نوزاد یا شیرخوار او شیر کم کالری مصرف می کند و بنابراین، نیاز خواهد داشت به دفعات بیشتر تغذیه کند. این ممکن است تولید شیر بیشتری را تحریک کند، اما با وجود حجم و انتقال خوب شیر، شیرخوار گرسنه به نظر می رسد. با تداوم تغذیه ای که فقط شیرپسین را دریافت می کند (نه تخلیه کامل سینه)، چربی کمتر دریافت کرده کربوهیدرات بیشتری دریافت می کند، بنابراین شیرخوار دفع مکرر مدفوع دارد که کف آلود است و بدلیل دفع مکرر تحریک پذیر خواهد بود. طولانی کردن تغذیه از یک پستان برای اطمینان از تخلیه کافی پستان ممکن است مشکل را حل کند. به طور مشابه، تخلیه ناقص پستان در طول پمپاژ شیر مادر ممکن است چربی کافی از شیرپسین را تامین نکند.

مواد معدنی و عناصر کمیاب :

گرچه مواد معدنی و عناصر کمیاب در دوران شیردهی نسبتاً ثابت است، اما محتوای کلسیم و فسفر شیر انسان به طور قابل توجهی کمتر از شیر گاو و شیر مصنوعی است. درشت عناصر معدنی موجود در شیر انسان نسبت به شیر مصنوعی زیست دسترسی بیشتری دارند زیرا به پروتئین های قابل هضم متصل می شوند، کمتر به اسیدهای چرب متصل می شوند و در حالت های کمپلکس و یونیزه وجود دارند که به راحتی جذب می شوند. علیرغم دریافت کمتر مواد معدنی، محتوای معدنی استخوان در شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند، نرم و هنجار در نظر گرفته می شود تا معدنی شدن استخوان در شیرخوارانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، که بر اساس آن است.

غلظت آهن در شیر انسان کم است، در حالی که غلظت روی در ابتدا چندین برابر بیشتر است و در طول دوره شیردهی به شدت کاهش می یابد. در چند ماه اول پس از تولد، نوزادان و شیرخواران اساساً به آهن خود در بدو تولد وابسته هستند، که با بستن تأخیری بند ناف افزایش می یابد تا نیاز فیزیولوژیکی آهن خود را تامین کند. نشان داده شده است که بستن بند ناف با تأخیر بیش از یک دقیقه پس از تولد باعث افزایش ذخایر آهن در نوزادان تازه متولد شده در مقایسه با نوزادانی می شود که بلافاصله بند ناف را می بندند. برای نوزادان سالم و ترم، تقریباً تا 6 ماهگی، ذخایر آهن معمولاً صرف می شود و نیاز به آهن برای حمایت از گلبول سازی لازم می سازد که منابع دیگر آهن برای جلوگیری از کمبود آن بکار گرفته شود. کاهش فیزیولوژیکی غلظت روی در شیر نیز منجر به وابستگی به غذاهای کمکی برای تامین نیاز روی پس از حدود 6 ماهگی می شود.

ویتامین های شیر

به طور کلی، محتوای ویتامین در شیر انسان تحت تأثیر مصرف ویتامین و وضعیت تغذیه مادر است. به عنوان مثال، مادرانی که گوشت یا محصولات حیوانی مصرف نمی کنند ممکن است ویتامین B12 کافی در شیر خود نداشته باشند و بنابراین ممکن است مصرف مکمل ویتامین با ویتامین های محلول در آب آن را تضمین کنند.

ویتامین K: کمبود ویتامین K همراه با اختلال انعقادی و بیماری خونریزی دهنده در نوزاد بدون دریافت آن رخ دهد. محتوای ویتامین K در شیر انسان کم است. بنابراین، برای اطمینان از وضعیت کافی ویتامین K تا زمانی که تولید ویتامین K در روده بزرگ افزایش یابد، همه نوزادان بیش از 1500 گرم در 6 ساعت

پس از تولد باید یک دوز عضلانی (1.0 میلی گرم) ویتامین K1 (فیتونادیون) دریافت کنند. یک دوز ویتامین K خوراکی برای پیشگیری از بیماری هموراژیک نوزاد ناکافی است.

ویتامین D از آنجایی که محتوای ویتامین D در شیر انسان کم است، منابع غذایی طبیعی محدودی برای ویتامین D برای نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند وجود دارد. برای حفظ غلظت کافی ویتامین D در سرم، همه شیرخوارانی که کمتر از 28 اونس شیرمصنوعی در روز مصرف می کنند، باید مکمل خوراکی ویتامین D، 400 واحد بین المللی در روز، از ابتدای ترخیص از بیمارستان و در تمام مدتی که از پستان تغذیه می شوند دریافت کنند. این امر هم در مورد شیرخوارانی که به طور انحصاری و هم به طور نسبی از سینه مادر تغذیه می شوند صدق می کند. یک استراتژی جایگزین برای مکمل ویتامین D برای شیرخوار، دادن 6400 واحد بین المللی ویتامین D برای مادری است که شیر می دهد.

دستیابی به قرار گرفتن در معرض آفتاب کافی برای سنتز پوستی ویتامین D برای یک فرد خاص به راحتی تعیین نمی شود. قرار گرفتن در معرض نور خورشید بیش از حد مناسب نیست. بنابراین، ارائه مکمل خوراکی ویتامین D به نوزاد، شیرخوار یا مادر شیرده بهترین راه برای اطمینان از دریافت کافی ویتامین D است.

فصل 4

اجزاء غیرتغذیه ای شیرانسان **Nonnutritive Components in Human Milk**

نوزادان و شیرخواران دارای یک سیستم ایمنی نابالغ، با کمبودهای قابل توجه در شاخه های ذاتی و تطابقی سیستم ایمنی، و همچنین یک دستگاه گوارش (GI) نسبتاً نفوذ پذیر و تقریباً استریل هستند. این عوامل تکاملی نقش مهمی در افزایش خطر عفونت در سال اول پس از تولد دارند. خوشبختانه، شیر انسان دارای یک میکروبیوتای متنوع و دارای انبوهی از مواد و اجزاء است که بلافاصله تا حدودی این عوامل ایمونولوژیک و تشریحی را جبران می کند. علاوه بر این، قرار گرفتن مداوم در معرض ترکیبی از سلول ها، فاکتورهای فعال زیستی متعدد و میکروبیوتای موجود در شیر انسان، اثرات مادام العمر را نه تنها در سیستم ایمنی نوزادان یا شیرخواران، بلکه تقریباً در هر سیستم عضوی دیگر ایجاد می کند.

پروتئین های زیست فعال

پروتئین های زیست فعال فاکتور های خاصی مانند ایمونوگلوبولین ترشعی (sIgA)، لاکتوفرین و لیزوزیم در بخش وی پروتئین شیر انسان قرار دارند (جدول 4-1). IgA ترشعی بیشترین ایمونوگلوبولین در شیر انسان است. این ماده توسط بافت لنفونیدی روده مادر در پاسخ به چالش توسط آنتی ژن های خاص سنتز می شود و به سرعت به شیر منتقل می شود. داده ها نشان می دهد که واکسیناسیون مادر در دوران بارداری، مانند واکسیناسیون آنفلوانزا، مننگوکوک و پنوموکوک، با سطوح قابل توجهی از sIgA خاص پاتوژن در شیر مادر این زنان مرتبط است. برای خنثی کردن آنتی ژن های خارجی عمل می کند و sIgA ضد ایدیوتیپی ممکن است مانند یک آنتی ژن برای تحریک سیستم ایمنی برای ایجاد پاسخ ایمنی عمل کند. غلظت sIgA در آغوز بیشتر است و در 4 هفته اول پس از زایمان کاهش می یابد. کمترین مقدار در 6 ماه پس از تولد مشاهده می شود و پس از آن مقادیر کمی افزایش می یابد تا سطوحی که تا 2 سال شیردهی نسبتاً ثابت باقی می ماند. ایمونوگلوبولین M، ایمونوگلوبولین G، ایمونوگلوبولین D و ایمونوگلوبولین E نیز در شیر انسان وجود دارند، البته در سطوح پایین تر. برخی از اسیدهای آمینه آزاد ممکن است نقش دوگانه ای در نوزادان و شیرخواران داشته باشند. تورین برای رشد روده تغذیه ای است و گلوتامین سوختی برای انتروسیت است و سیستم ایمنی روده را تحریک می کند. لیزوزیم از طریق شکافتن اسیدهای آمینه در دیواره سلولی باکتری دارای اثرات ضد باکتریایی است. لاکتوفرین یک پروتئین فاز حاد است که زمانی که با آهن (آپولاکتوفرین) کونژوگه نشود، فعالیت ضد میکروبی از خود نشان می دهد. با اتصال آهن اضافی، از جذب آهن باکتریایی جلوگیری می کند و رشد باکتری های غیر بیماری زا را تقویت می کند. لاکتوفرین همچنین با سایر پروتئین های دفاعی میزبان برای کشتن باکتری ها و ویروس ها عمل می کند. اثر محرک رشد بر روی اپیتلیوم روده نیز به لاکتوفرین نسبت داده شده است.

لاکتوفرین یک گلیکوپروتئین غیر هم متصل کننده آهن همه کاره است که جزء کلیدی پاسخ ایمنی ذاتی به عفونت است. این پروتئین فراوان ترین پروتئین در بخش وی پروتئین شیر انسان است و در ترشحات مخاطی نیز وجود دارد. در نمونه های مدفوع نوزادان و شیرخواران تغذیه شده با شیر مادر، تقریباً 5 تا 10 درصد از لاکتوفرین مصرف شده بازیابی شده است. لاکتوفرین از طریق مکانیسم های متعددی عملکرد ایمنی را تعدیل می کند. این گلیکوپروتئین پس از اتصال به گیرنده خود در لنفوسیت ها، ماکروفاژها و سلول های دندریتیک به هسته منتقل می شود و در آنجا به عنوان یک فاکتور رونویسی عمل می کند. در نتیجه، نشان داده شده است که لاکتوفرین بر تکثیر و تمایز سلول های ایمنی و تولید سیتوکین تأثیر می گذارد (به عنوان

مثال، اینترلوکین $\beta 1$ ، اینترلوکین 18، فاکتور رشد تبدیل کننده β [TGF]. یک گیرنده لاکتوفرین نیز روی انتروسیت های روده انسان وجود دارد. در مدل خوکچه، تجویز لاکتوفرین گاوی، تکثیر سلولی روده، عمق کریبت و بیان β -کاتینین را افزایش داد، پروتئینی که در چسبندگی سلول به سلول نقش دارد. با توجه به این اثرات بر روی دستگاه گوارش در یک مدل حیوانی، تصور می شود که لاکتوفرین شیر انسان نقش مهمی در رشد و بلوغ روده در نوزادان و شیرخواران بازی می کند. کار آزماهی های تجویز لاکتوفرین روده ای در نوزادان و شیرخواران نارس نتایج متفاوتی داشته اند، برخی از مطالعات میزان کمتر سپسیس و انتروکولیت نکروزان را نشان می دهند، اما برخی دیگر هیچ فایده ای را نشان نمی دهند.

Osteopontin

استئوپونتین اولین بار در استخوان شناسایی شد، استئوپونتین (OPN) یک گلیکوپروتئین است که تقریباً در تمام مایعات بدن یافت می شود. در روز سوم شیردهی، سطوح نسبتاً بالایی از OPN در شیر انسان وجود دارد. این یافته نشان می دهد که OPN ممکن است در سلامت و تکامل نوزادان و شیرخواران نقش داشته باشد. استئوپونتین توسط لنفوسیت ها، ماکروفاژها و سلول های کشنده طبیعی ترشح می شود و دارای عملکردهای ایمنی متعددی است، از جمله عمل به عنوان یک chemoattractant برای انواع سلول های سفید، تکامل و تکثیر سلول های T، و القای سلول T helper 1 و سرکوب سلول T helper 2. علاوه بر این، OPN در بازسازی بافت و تشکیل استخوان نقش دارد. در مدل های حیوانی، OPN بر رشد روده تأثیر می گذارد و پاسخ دفاعی میزبان به روتاویروس، ویروس هرپس انسانی 1، میکوباکتری ها و برخی عفونت های باکتریایی را افزایش می دهد. در تنها کار آزماهی بالینی که تا به امروز منتشر شده است، محققان سطوح OPN انسان را در پلاسمای نوزادان ترم باتغذیه انحصاری از سینه مادر با آنهایی که از شیر خشک باافزودن OPN گاوی تغذیه شده بودند و همچنین گروه کنترلی که شیر خشک بدون OPN گاوی اضافی، مقایسه کردند. در سنین 1 و 6 ماهگی، در مقایسه با شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند، شیر خشک های تقویت شده با OPN گاوی، مشابه سطوح پلاسمایی OPN انسانی داشتند، در حالی که افراد کنترل سطوح قابل توجهی پایین تر داشتند. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل زیرمجموعه های لنفوسیتی در گردش و مونوسیت ها نسبت بیشتری از سلول های T و مونوسیت های در گردش را در افراد دریافت شده با OPN به دست آورد، که نشان می دهد OPN ممکن است به طور مطلوب بر سیستم ایمنی شیرخوار تأثیر بگذارد.

Bioactive Lipids

محصولات هیدرولیز لیپیدها شامل اسیدهای چرب آزاد و مونوگلیسریدها با جلوگیری از چسبیدن میکروبها به جدار و عفونت بعدی، فعالیت ضد میکروبی در برابر انواع پاتوژن ها از خود نشان می دهند. غشای گلبول چربی شیر انسان، مملو از فسفولیپیدها، کلسترول، اسفنگومیلین، فسفاتیدیل کولین و فسفاتیدیل اتانول آمین است که برای رشد عصبی و تکامل شناختی ضروری است. پروتئین گلبول چربی شیر انسان (-MFG-E8) ممکن است التهاب روده را کاهش دهد.

Bioactive carbohydrates

الیگوساکاریدهای شیر انسان (HMOs)، که دسته ای از پلیمرهای کربوهیدراتی با زنجیره کوتاه و بلند هستند، توسط غده پستانی سنتز می شوند. بعد از لاکتوز و لیپیدها، HMO ها سومین جزء فراوان در شیر انسان هستند. آنها توسط دستگاه گوارش فوقانی انسان هضم نمی شوند، اما دست نخورده باقی می مانند تا زمانی که توسط باکتری های کولون تخمیر شوند. بیش از HMO 200 مختلف شناسایی شده است. ترکیب و الگوی HMO ها از نظر ژنتیکی تعیین می شود و بین زنان و مرحله شیردهی متفاوت است. جالب توجه است، در مقایسه با مادری که در ترم زایمان می کند، شیر مادری که نوزاد نارس به دنیا می آورد، حاوی غلظت قابل توجهی HMO بالاتری است. هنگامی که توسط نوزاد یا شیرخوار خورده می شود، HMO ها اثرات متعددی دارند و عملکردهای متعددی را در بدن انجام می دهند. یکی از شناخته شده ترین اثرات HMO ها به عنوان یک پره بیوتیک است که برای تعدیل رشد میکروبیوتای مفید روده مانند سویه های بیفیدوباکتری ها عمل می کند. علاوه بر این، HMOs مستقیماً از چسبندگی به سطوح مخاطی چندین گونه بالقوه بیماری زا، از جمله کمپیلوباکتر، هلیکوباکتر و اشریشیا کلی جلوگیری می کند. علاوه بر این، تشویق به رشد جمعیت مطلوب باکتری ها به جلوگیری از چسبندگی و کلونیزاسیون توسط گونه های بیماری زا کمک می کند. الیگوساکاریدهای شیر انسان از گیرنده های اپیتلیال باکتریایی در دستگاه تنفسی، گوارشی و ادراری تقلید می کنند و با این کار از چسبیدن عوامل بیماری زا جلوگیری می کنند. الیگوساکاریدهای شیر انسان، هم در داخل بدن و هم در شرایط آزمایشگاهی، مشاهده شده اند که به عنوان تعدیل کننده ایمنی از طریق تغییر تولید سیتوکین توسط سلول های اپیتلیال روده و Tcell عمل می کنند.

الیگوساکاریدهای شیر انسان نیز ممکن است در رشد شیرخوار نقش داشته باشند، احتمالاً با شکل دادن به میکروبیوم (به بخش Microbiota شیر انسان مراجعه کنید)، اگرچه مکانیسم دقیق آن ناشناخته است. برخی از HMO ها، مانند 2-fucosyllactose، ممکن است منجر به افزایش وزن بیش از حد در طی 6 ماه اول پس از تولد شود، و جالب اینجاست که این یک HMO غالب است که به شیر خشک اضافه شده است.

عوامل جغرافیایی، ژنتیکی و رفتاری که می‌توانند منجر به تغییرات گسترده در ترکیب HMOs شوند، پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت و رفاه مادر و نوزاد/شیرخوار دارند. تا زمانی که درک بهتری از این تنوع و اثرات در داخل بدن وجود نداشته باشد، افزودن HMO های انتخاب شده به شیر مصنوعی ممکن است منجر به نتایج ناخواسته شود.

Cellular elements

شیر انسان حاوی سلول های زنده از جمله ماکروفاژها، لنفوسیت ها، نوتروفیل ها و سلول های اپیتلیال است. آغوز حاوی بیشترین سلول، عمدتاً نوتروفیل است. با رسیده شدن شیر، تعداد سلول ها کاهش می یابد و نوع سلول ها به سلول های تک هسته ای مانند ماکروفاژها (90٪) و لنفوسیت ها (10٪) تغییر می کند. نوتروفیل های موجود در آغوز باعث کشتن باکتری ها، فاگوسیتوز و کموتاکسی می شوند. برخی از محققان، نوتروفیل را به عنوان محافظ غده پستانی در دفاع از التهاب می بینند که نقش کمتری در نوزاد و شیرخوار دارد. ماکروفاژ در شیر انسان در فاگوسیتوز، ترشح لیزوزیم، کشتن باکتری ها و تعامل با لنفوسیت ها برای کمک به دفاع میزبان عمل می کند. سلول های بنیادی شیر انسان با DNA مادر می توانند از اپیتلیوم روده نوزاد عبور کرده و در بافت های نوزادان ادغام شوند. این سلول های بنیادی پرتوان ممکن است در دفاع میزبان، محافظت در برابر التهاب و استرس اکسیداتیو در دوران شیرخوارگی، از جمله ترمیم بافت، نقش داشته باشند. آنها همچنین ممکن است اثرات طولانی مدت بر رشد، متابولیسم و محافظت از بیماری داشته باشند.

Human milk microbiota میکروبیوتای شیرانسان

در بدو تولد، روده نوزاد بسیار نفوذپذیر است، حاوی تعداد کمی از باکتری ها است، و دارای یک سیستم ایمنی تکامل نیافته است. علاوه بر نحوه زایمان، اولین روزهای تغذیه روده ای یک عامل کلیدی در ترکیب میکروبیوتای روده است. تصور می شود که با فراهم کردن باکتری ها و عوامل پره بیوتیک مانند الیگوساکاریدها، شیر انسان نقش برجسته ای در ایجاد میکروبیوم روده و تکامل بهینه ایمنی مخاط روده و سلامت مخاط در جلوگیری از نفوذ پذیری داشته باشد. میکروبیوتای نوزادی به عنوان مجموع موجودات میکروبی موجود در یک محیط خاص تعریف می شود، در حالی که میکروبیوم مجموع مواد ژنتیکی و میکروارگانیسم هایی است که در محیط یافت می شوند. هم باکتری و هم مواد ژنتیکی برای تأمین سلامت مطلوب و محافظت از بیماری در میزبان عمل می کنند. شیر انسان دارای میکروبیوتای قوی است که از چند صد گونه باکتری با غلظت تخمینی 10¹⁰ به توان 4 تا 10¹⁰ به توان 6 عدد در میلی لیتر تشکیل شده است.

شایع ترین گونه ها استرپتوکوک و استافیلوکوک و پس از آن بیفیدوباکتریوم، لاکتوباسیلوس، انتروکوکوس و پروپیونی باکتریوم هستند. در مقایسه با شیر واسطه ای ورسیده، آغوز دارای درجه بالاتری از تنوع میکروبی است اما محتوای کل باکتریایی کمتری دارد. منشا میکروبیوتای شیر انسان به طور قطعی ثابت نشده است. یکی از منابع، فلور سطح سینه است. با این حال، باکتری های بیرونی سینه نمی تواند به طور کامل تنوع میکروبیوتای شیر انسان را توجیه کند. فرض بر این است که مسیر روده ای پستانی مسئول آوردن گونه های باکتریایی از دستگاه گوارش مادر به غده پستانی باشد.

تأثیر شیر انسان بر ترکیب میکروبیوتای یک نوزاد یا شیرخوار با شباهت بین جمعیت باکتریایی مدفوع شیرخواری که از سینه مادر مادر تغذیه می شود و آنچه در شیر مادرش موجود است نشان داده می شود. میکروبیوتای دستگاه گوارش نقش مهمی در حفظ یکپارچگی مخاط روده، افزایش رشد پاسخ های ایمنی ذاتی و تطبیقی کودک و مقاومت در برابر کلونیزاسیون توسط باکتری های بیماری زا دارد. روده نوزاد نیاز به تمایز بین باکتری های پاتولوژیک و بقیه مشترکین تغذیه دارد، زیرا آنها الگوهای مولکولی مرتبط با پاتوژن را به اشتراک می گذارند. شیر انسان تشخیص و اتصال را در هماهنگی با HMO ها از طریق گیرنده های toll-like تقویت می کند. وجود طیف محدودی از میکروب های مشترک نشانه ای از تعدیل ایمنی و همچنین هموستاز در محیط ناپایدار سیستم ایمنی نابالغ نوزاد است.

اگرچه پاتوژن آسم و آلرژی چند عاملی است، شواهد در حال افزایش به نقش برجسته میکروبیوتای فرد در ایجاد این اختلالات اشاره دارد. ترکیبی از IgA ترشحی مشتق از شیر انسان، TGF- β ، و میکروبیوتای معمولی بر رشد فولیکول لنفوئیدی روده تأثیر می گذارد و منجر به تعادل مناسب لنفوسیت های tolerogenic و التهابی می شود. از طریق این مکانیسم ها، نوزاد یا شیرخوار کمتر مستعد آسیب روده از طریق پاسخ های التهابی اغراق آمیز، و همچنین پاسخ های بیش ایمنی و خودایمنی کمتری است که می تواند منجر به آلرژی و بیماری شود در عین حال، نوزاد یا شیرخوار در برابر عوامل بیماری زا بالقوه محافظت می شود. علاوه بر این، فرض شده است که اجزای مولکولی شیر انسان، مانند الیگوساکاریدها، به میکروبیوتای دستگاه گوارش در انجام این نقش ها کمک می کنند. شواهد اخیر اشاره دارد به تأثیر تغذیه مستقیم از سینه مادر در مقایسه با تغذیه با شیر دوشیده به عنوان استراتژی تغذیه بهینه برای ارائه یک میکروبیوم هموستاتیک.

Nucleotides

گزارش شده است که نوکلئوتیدهای رژیم غذایی پیش سازهای سنتز RNA و DNA، بر عملکرد ایمنی، جذب آهن، فلور روده، متابولیسم لیپوپروتئین و رشد سلولی بافت های روده و کبد تأثیر می گذارند.

Micro RNA

اخیراً مشخص شده است که مانند سایر مایعات بدن، شیر انسان حاوی وزیکول های خارج سلولی فراوانی است. وزیکول های خارج سلولی دارای مواد مختلفی هستند و در طیف وسیعی از فرآیندهای بیولوژیکی مانند ارتباطات بین سلولی، تنظیم ژن و پاسخ های ایمنی درگیر هستند. یکی از انواع وزیکول های خارج سلولی موجود در شیر انسان که توجه را به خود جلب کرده است اگزوزوم حاوی microRNA است. MicroRNA بیومولکول های کوچکی از 21 تا 25 نوکلئوتید با RNA غیرکدکننده دو رشته ای هستند که بیان ژن را در سطح پس از رونویسی تنظیم می کنند. MicroRNA از سلول اپیتلیال غدد پستانی ترشح می شود. این میکرو RNA های مشتق از شیر در اگزوزوم ها برای گردش در سیستم روده نوزاد یا شیرخوار ثابت نگه داشته می شوند. در شرایط آزمایشگاهی، میکرو RNA اگزوزوم شیر انسان توسط سلول ها جذب می شود و نشان داده شده است که اثرات متعددی از جمله مهار تولید سیتوکین T cell و افزایش عملکرد تنظیمی T cell و کشتن باکتری ها دارد. هم در خوک ها و هم در موش ها، تجویز اگزوزوم ها تکثیر سلول های اپیتلیال روده را افزایش می دهد و نشان می دهد که آنها تکامل و عملکرد دستگاه گوارش را ارتقا می دهند. نقش شیر به عنوان یک تنظیم کننده اپی ژنتیک برای بیان ژن در نوشتجات و مستندات پستانداران ثبت شده است. به عنوان یک تعدیل کننده برای متیلاسیون DNA، microRNA ظرفیت تنظیمی در انتقال سیگنال و رشد و بلوغ سلولی دارد. تحقیقات جدید، microRNA را با ایجاد تومورهای سرطانی و بیماری های دژنراتیو عصبی، مانند بیماری های پارکینسون و آلزایمر مرتبط می کند.

Hormones and Growth Factors

بسیاری از هورمون ها (به عنوان مثال، کورتیزول، فاکتورهای رشد شبه انسولین، انسولین، هورمون تیروئید)، فاکتورهای رشد (به عنوان مثال، فاکتور رشد اپیدرمی، فاکتور رشد عصبی)، و واسطه های گوارشی (مانند نوروتنسنین، موتیلین) که ممکن است بر عملکرد دستگاه گوارش یا ترکیب بدن موجود در شیر انسان تأثیر بگذارند.. به عنوان مثال، فاکتور رشد اپیدرمی، پلی پپتیدی است که سنتز DNA، سنتز پروتئین و تکثیر سلولی و بلوغ سلول های روده را تحریک می کند. فاکتور رشد اپیدرمی در برابر هضم پروتئولیتیک مقاومت می کند و یکی از عملکردهای آن نظارت بر لومن روده است و هر گونه اختلال در

یکپارچگی روده را ترمیم می کند. فاکتور رشد عصبی ممکن است با افزایش رشد و بلوغ عصبی در عصب دهی دستگاه روده ای نقش داشته باشد. لپتین، گرلین و آدیپونکتین هورمون هایی هستند که در پستان تولید می شوند و در شیر انسان یافت می شوند. آنها ممکن است نقش مهمی در تنظیم مصرف غذا، متابولیسم انرژی، حساسیت به انسولین و متابولیسم اسیدهای چرب داشته باشند. سطوح لپتین و آدیپونکتین در شیر انسان با چاقی، قومیت و مدت شیردهی مادر متفاوت است. تأثیر فنوتیپ مادری بر این ها و سایر ترکیبات زیست فعال در شیر انسان و تأثیرات آنها بر رشد نوزادان و شیرخواران حوزه های تحقیقاتی فعال است.

Entero-mammary and Bronchomammary Immune Pathways

مسیرهای روده ای پستانی و برونشی پستانی ارتباط عملکردی بین قرار گرفتن در معرض آنتی ژن خارجی در دستگاه گوارش و دستگاه تنفسی مادر و اثرات ایمونولوژیک متعاقب آن در شیر مادر است. قرار گرفتن در معرض آنتی ژن های خارجی باعث تحریک سلول های پلاسما می شود که sIgA مخصوص آن آنتی ژن ترشح می کنند. سلول های پلاسما از سیستم لنفاوی عبور می کنند و در سطوح مخاطی و در غده پستانی ترشح می شوند. بنابراین، مصرف شیر انسان، آنتی بادی sIgA غیر فعال علیه آن آنتی ژن را برای نوزاد و شیرخوار فراهم می کند. این پاسخ سریع است. ظرف چند ساعت تا چند روز پس از مواجهه مادر با یک آنتی ژن خارجی، آنتی بادی ها در شیر ظاهر می شوند. این پاسخ نیز پیوسته است، با تولید آنتی بادی در هر زمان که در معرض آنتی ژن قرار بگیرد. آنتی بادی sIgA را می توان حتی قبل از اینکه نوزاد یا شیرخوار در معرض پاتوژن قرار گیرد القا و در شیر انسان ایجاد کرد. تماس صمیمانه مادر شیرده و نوزاد امکان عملکرد چنین سیستمی را فراهم می کند. پروتکل های پوست به پوست برای نوزادان نارس بستری در بیمارستان این صمیمیت بیولوژیکی را تسهیل می کند. تغییرات در برخی از ترکیبات تعدیل کننده ایمنی شیر انسان در پاسخ به عفونت در نوزادان و شیرخوارانی که از پستان مادر تغذیه می شوند اندازه گیری شده است. در طول عفونت فعال در شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند، هم سطح ماکروفاژها و هم سطح فاکتور تومر نکروز- α در شیر مادر افزایش یافت که نشان دهنده یک تعامل پویا بین وضعیت سلامتی شیرخوار و دفاع ایمونولوژیک مادر در شیر او است.

فصل 5

آناتومی و فیزیولوژی شیرسازی

ویژگی تعیین کننده پستانداران، تهیه شیر است، مایعی با ترکیبی که دقیقاً منعکس کننده نیازهای فرزندان است. در پستان انسان، شیر در واحدهای آلوئولی متمایز تولید و ذخیره می شود که اغلب لوبول نامیده می شود. این لوبول ها حاوی مجاری کوچکی هستند که به مجرای اصلی که بخش هایی از غده را تخلیه کرده و مستقیماً روی نوک پستان باز می شوند، به هم می پیوندند. مقدار شیر تولید شده توسط پرولاکتین و عوامل محلی تنظیم می شود. برداشتن شیر از پستان توسط فرآیندی به نام جهش شیر انجام می شود که یک رفلکس نورواندوکرین است. محرک های آوران منجر به ترشح اکسی توسین از هیپوفیز خلفی به جریان خون می شود، جایی که به سلول های میوآپیتلیال که مجاری و آلوئول ها را احاطه کرده اند منتقل می شود. انقباض این سلول ها منجر به خروج شیر می شود.

آناتومی پستان

پستان حاوی یک پارانشیم توبولوآلوئولار است که در یک استرومای بافت همبند و چربی جاسازی شده است. در سینه بالغ یک زن غیرباردار و غیر شیرده، معمولاً حدود 9 مجرا وجود دارد (اگرچه این تعداد در زنان متفاوت است) که یک الگوی درخت مانند را تشکیل می دهند که از نوک پستان تا لبه های یک پد چربی مخصوص که روی دیواره قدامی قفسه سینه است امتداد دارد. لوبول هایی با پیچیدگی های متفاوت از این مجاری گسترش می یابند. این لوبول ها ساختارهای آسینار را تشکیل می دهند که به اندام ترشح کننده شیر تبدیل می شوند. واحد ترشح کننده شیر از یک لایه سلول های اپیتلیال با ساختارهای پشتیبان اطراف تشکیل شده است که شامل سلول های میوآپیتلیال، سلول های انقباضی مسئول تخلیه شیر و یک استرومای بافت همبند است که حاوی تعداد زیادی سلول چربی و جریان خون فراوان است.

مراحل تکامل پستان

سینه یا غده پستانی مانند اکثر اندام های زاد و ولد تا زمان بلوغ جنسی به طور کامل رشد نکرده است. تکامل غده پستانی را می توان به 5 مرحله اصلی تقسیم کرد: آمبریوژنز، تکامل در بلوغ، تکامل در حاملگی، شیرسازی و فروکش کردن و سیر قهقرایی.

Embryogenesis آمبریوژنز

از سه ماهه اول زندگی جنینی، سلول‌های مخصوص پستان شروع به ایجاد برآمدگی می‌کنند تا خط شیری یا تاج پستانی را تشکیل دهند که به جوانه پستانی تمایز می‌یابد. در هفته 18 تا 19، جنین جوانه پستانی پیازی شکلی خواهد داشت که از اپیدرم به سمت مزانشیم متراکم زیر اپیدرمی امتداد می‌یابد. در همان زمان، تراکم شلی از مزانشیم به صورت زیر پوستی گسترش می‌یابد تا پیش ساز پد چربی را تشکیل دهد. مجاری دراز می‌شوند تا جوانه پستانی تشکیل دهند که به پیش‌ساز پد چربی وارد شده، شاخه شاخه شوند و کانالیزه تا سیستم مجرای پستانی ابتدایی را تشکیل دهند که در بدو تولد در بافت همبند درست زیر نوک پستان وجود دارد. ترشح محدود شیر ممکن است در بدو تولد تحت تأثیر تغییرات هورمون‌های مادری در این جوانه پستانی اتفاق بیفتد. پس از تولد، غده به صورت مجموعه‌ای از مجاری انشعاب یافته کوچک باقی می‌ماند که به موازات رشد کودک رشد می‌کنند. سپس پستان تا سن بلوغ غیر فعال باقی می‌ماند.

تکامل پستان در مرحله بلوغ

Thelarche که نشان دهنده شروع بلوغ است، دوره‌ای است که در طی آن رشد سینه اتفاق می‌افتد. مراحل اولیه افزایش اندازه و رنگدانه هاله و ایجاد توده‌ای از بافت در زیر آرنئول (جوانه سینه) است. Thelarche به طور معمول در سن متوسط 9.6 سال شروع می‌شود، اما ممکن است با عوامل قومی و محیطی برای این تغییرات از سن 8 سالگی شروع شود. رشد طبیعی سینه به طور متوسط 3 تا 3 سال و نیم طول می‌کشد. تلارکی معمولاً 2 و نیم تا 3 سال قبل از شروع قاعدگی رخ می‌دهد. در دوران بلوغ، استروژن و یک فاکتور هیپوفیز که احتمالاً هورمون رشد است، رشد مجاری پستانی را به داخل پد چربی که از قبل موجود است تحریک می‌کند. در اوایل بلوغ، مجاری از چربی عبور می‌کنند. با شروع قاعدگی و چرخه‌های تخمک‌گذاری، پروژسترون ترشح شده توسط تخمدان در مرحله لوتئال باعث رشد لوبول‌آل‌وئولار می‌شود. خوشه‌های آل‌وئولی ساختارهای دینامیکی هستند که اندازه و پیچیدگی آنها در طول هر فاز لوتئال افزایش می‌یابد، اما با شروع قاعدگی و از دست دادن حمایت هورمونی تمایل به پسرفت دارند. با این حال، با هر چرخه متوالی، بافت اپیتلیال به تدریج افزایش می‌یابد.

غده پستانی بالغ

هر یک از لوب‌های یک غده پستانی بالغ دارای یک منفذ (گالاکتوفور) در نوک پستان است. هر آسینوس پستانی از مجراهایی با پوشش اپیتلیال تشکیل شده است که یک آل‌وئول‌گرد را تشکیل می‌دهند. سلول‌های

میوایتیلیال سلول های مکعبی آلوئول را احاطه کرده و تحت تأثیر اکسی توسین در حین تخلیه شیر منقبض می شوند. آلوئول های متعدد در لوبول هایی جمع می شوند که از طریق مجاری شیری به هم متصل می شوند تا یک لوب پستانی مشخص را تشکیل دهند. هر لوب از نظر تشریحی از سایر لوب ها جدا است. وبه این نکته در هنگام معاینه سینه از نظر ترشح غیر طبیعی بدانیم که لوبها جدا هستند. مطالعات اولتراسونوگرافی نشان داده است که تعداد مجاری پستانی کمتر از آن چیزی است که قبلاً تصور می شد، با میانگین 9 مجرا در هر پستان، و آنها به سینوس های کوچک متسع وارد نمی شوند، بلکه مستقیماً در گالاکتوفور در نوک پستان باز می شوند (شکل 5-1). آرنول حاوی تعداد زیادی غدد چربی کوچک به نام توبرکل مونتگومری است که معمولاً قبل از بارداری و شیردهی قابل مشاهده نیستند. عملکرد آنها ترشح یک مایع پاک و تمیزکننده و روان کننده است که باکتریواستاتیک است.

خون رسانی به سینه عمدتاً از طریق شریان پستانی داخلی انجام می شود، اما شریان سینه ای جانبی از قسمت جانبی سینه نیز پشتیبانی می کند. سیستم لنفاوی سینه را به غدد لنفاوی زیر بغل تخلیه می کند که در صورت اختلال می تواند باعث افزایش قابل توجه اندازه و درد ناحیه زیر بغل شود که یک یافته فیزیکی مهم است. عصب دهی توسط اعصاب بین دنده ای IV، V و VI انجام می شود. از آنجایی که آرنول حساس ترین ناحیه پستان است، می توان با پرسش در مورد احساس آرنول، پیامدهای کوچک کردن سینه را پس از عمل ارزیابی کرد. کمبود حس ممکن است بر تجربه شیردهی تأثیر بگذارد. اندازه سینه بر حجم تولید شیر تأثیر نمی گذارد، زیرا سینه های با ظرفیت کمتر راحت تر تخلیه می شوند و به دنبال آن سنتز شیر سریعتر در مقایسه با سینه های با ظرفیت بزرگتر انجام می شود. حجم شیر با تقاضای نوزاد یا شیرخوار و میزان برداشت شیر رابطه مثبت دارد.

تکامل پستان در بارداری

مرحله 1 لاکتوژنز

پستان در طول بارداری دچار تغییرات مشخصی می شود. از نظر فیزیکی، سینه ها با افزایش دو برابری وزن، افزایش جریان خون، رشد لوبولار و آلوئولی و افزایش فعالیت ترشحاتی توسط سلول های خاص به نام لاکتوسیت مواجه می شوند. هورمون های بارداری باعث رشد کامل آلوئول می شوند. علاوه بر افزایش سطح پروژسترون، یک هورمون لاکتوژن اعم از پرولاکتین یا لاکتوژن جفت انسانی برای مراحل نهایی رشد و تمایز پستان ضروری است. در اواسط بارداری، این غده خوشه های لوبولی گسترده ای ایجاد کرده

، مقادیر کمی محصول ترش‌حی تشکیل داده، لاکتوز را می‌توان در خون و ادرار مادر تشخیص داد. گاهی اوقات به این فرآیند بلوغ به عنوان مرحله لاکتوژنز 1 اطلاق می‌شود. برخی از زنان در نیمه دوم بارداری متوجه نشت خفیف آغوز می‌شوند که طبیعی است. علاوه بر این، زنان با بزرگ شدن سینه‌ها و همچنین بزرگ شدن و تیره شدن رنگ آرنول، عروق سطحی راهم می‌بینند. توپرکل‌های مون‌تگومری شروع به بیرون زدگی از هاله خواهند کرد. این غده تا زمان زایمان به رشد خود ادامه داده، فرآیند ترشح شیر توسط غلظت بالای پروژسترون در گردش کنترل می‌شود.

Lactogenesis مرحله 2

Lactogenesis مرحله 2، که با تغییر از مقادیر کم آغوز به مقادیر فراوان شیر انسان نشان داده می‌شود، پس از زایمان رخ می‌دهد. علت اصلی آن کاهش شدید پروژسترون ناشی از خروج جفت است و با برداشتن شیر از پستان و افزایش سطح پرولاکتین افزایش می‌یابد. افزایش حجم قابل ملاحظه حدود 40 ساعت پس از زایمان اغلب به عنوان "ورود" شیر شناخته می‌شود. برای اکثر زنان، این تغییر در حجم سینه‌ها بین روز دوم و پنجم پس از زایمان قابل توجه است و این روند در زنان نخست‌زا دیرتر از زنان چندزای رخ می‌دهد. اگرچه حجم شیر در 2 روز اول پس از زایمان کم است، اما مقدار آغوز معمولاً برای رفع نیازهای تغذیه‌ای و مایعات نوزاد ترم کافی است. توجه داشته باشید که آغوز بیشتر به دلیل خواص ایمونولوژیک آن قابل توجه است.

شیرسازی بدون توجه به تغذیه پستانی نوزاد شروع می‌شود، بنابراین حتی مادران غیر شیرده نیز پری سینه و نشت شیر را تجربه می‌کنند. این فرآیند با افزایش جریان خون در سینه‌ها، افزایش حجم شیر و تغییر در ترکیب مشخص می‌شود به طوری که در مقایسه با آغوز غلیظ و زرد رنگ به رنگ و قوام کرمی در می‌آید. برخی از مادران در این مرحله دچار احتقان یا پری شدید سینه‌ها می‌شوند، به خصوص اگر نوزاد به طور مکرر شیر نخورد. در طول این مرحله و در طول باقیمانده شیردهی، ادامه تولید شیر به برداشت منظم شیر وابسته است.

Delayed Lactogenesis Stage 2 تاخیر لاکتوژنز مرحله 2

معمولاً به عنوان درک مادر از لاکتوژنز پس از 72 ساعت از زایمان اطلاق می‌شود. شیوع تاخیر لاکتوژنز 2 اغلب با اولین بارداری مرتبط است، اما مشخص شده است که در ایالات متحده بیشتر از کشورهای با درآمد/منبع پایین تر است. به عنوان مثال، شیوع تاخیر در مرحله 2 لاکتوژنز در بین مادران اول‌زا در

کالیفرنیا 44 درصد بود، اما در مادران اول زا در پرو 17 درصد بود. در مطالعه کالیفرنیا، شاخص توده بدنی مادر در محدوده اضافه وزن یا چاق، سن مادر بالای 30 سال، وزن نوزاد در هنگام تولد بیش از 3600 گرم، و عدم تغذیه موثر با شیر مادر در 24 ساعت اول جزو عوامل خطر بودند. و این ممکن است بیشتر در بین مادرانی که از طریق سزارین زایمان می کنند اتفاق بیفتد. شروع دیرتر لاکتوژنز 2 در ایالات متحده ممکن است به تاخیر در زمان اولین شیردهی مربوط باشد. نشان داده شده است که زایمان سزارین شبانه در مقایسه با زایمان سزارین در طول روز، با وجود اینکه زمان شیردهی اولیه متفاوت نبود، خطر افزایش تاخیر لاکتوژنز 2 را به همراه دارد. این اثرات روزانه ممکن است ناشی از اختلال در چرخه خواب و محرومیت از خواب باشد. شواهد جدید همچنین از ارتباطی بین زنانی که خواب پراکنده و کاهش بهره وری خواب در هفته های 22-32 حاملگی و تأخیر لاکتوژنز 2 دارند نشان داده است. مادران نوزادان نارس که در ساعت اول زایمان دوشیدن را شروع می کنند لاکتوژنز 2 را زودتر تجربه می کنند.

در مرحله اولیه لاکتوژنز مرحله 2. یک مطالعه در موش هایی که از رژیم غذایی باچربی بالا تغذیه می شدند، کاهش تعداد واحدهای آلوئولار مورد نیاز برای لاکتوژنز طبیعی نشان دادند. عوامل مرتبط با تحمل گلوکز مادر نیز مهم هستند. 56% از تنوع در لاکتوژنز 2 را توسط غلظت انسولین و آدیپونکتین مادر بیان کرده اند. تصور می رود در دسترس بودن انسولین در آلوئول ها یک عامل محدود کننده در تنظیم مثبت سنتز لاکتوز، که تعیین کننده اصلی مرحله 2 لاکتوژنز است می باشد و هورمون آدیپونکتین حساسیت نسبت به انسولین را می افزایش دهد. تعداد توبرکول مونتگمری هم با زمان کوتاه تر برای رسیدن به مرحله لاکتوژنز 2 همراه بوده است. یک مکانیسم احتمالی این است که تعداد بیشتر غدد ترشح کننده روی آرئول باعث مکیدن موثرتر نوزاد و تحریک بیشتر پستان و شروع زودتر شیرسازی می شود. علت هر چه باشد، یک مطالعه اخیر نشان داد که تاخیر در مرحله 2 لاکتوژنز یک عامل خطر مستقل برای قطع هر گونه شیردهی انحصاری در ماه اول پس از تولد است. بنابراین، باید در طول دوره پس از زایمان این سوال پرسیده شود که آیا در 3 روز اول پس از زایمان متوجه افزایش تولید شیر یا پر شدن سینه شده اند یاخیر. در نتیجه به شناسایی مادرانی که در معرض خطر قطع شیردهی به دلیل عرضه ناکافی شیر هستند، کمک بیشتر ارائه دهند. نوزادان زنانی که تاخیر لاکتوژنز 2 و تغذیه انحصاری از پستان دارند 7 بار بیشتر دچار کاهش شدید وزن هستند.

Lactation شیرسازی

شیرسازی و ترشح شیر تا زمانی ادامه می یابد که شیر به طور منظم از پستان برداشت شوند. پرولاکتین برای ایجاد و حفظ ترشح شیر مورد نیاز است. اکسی توسین باعث جهش شیر شده به نوزاد یا شیرخوار اجازه می دهد تا شیر را از پستان خارج کند.

Involution پس رفت پستان

فرآیند پس رفت در هنگام از شیر گرفتن (یعنی زمانی که برداشت منظم شیر از پستان متوقف شود یا در بسیاری از گونه ها، اما نه همه، هنگامی که پرولاکتین قطع می شود) انجام می شود. مانند شروع شیرسازی این مرحله شامل یک توالی منظم از رخدادها برای بازگرداندن غده پستانی به حالت تقریبی قبل از بارداری است.

Physiology of Lactation فیزیولوژی شیرسازی

Regulation of Milk Synthesis, Secretion, and Ejection تنظیم سنتز شیر، ترشح و جهش

شیر

شیر به طور مداوم سنتز می شود و در مجرای آلوئولی ترشح می شود، جایی که تا زمانی که برداشت شیر از پستان شروع شود ذخیره می شود. این بدان معنی است که 2 سطح تنظیم باید وجود داشته باشد: (الف) تنظیم سرعت سنتز و ترشح و (ب) تنظیم خروج یا برداشت شیر. اگر چه هر دو فرآیند در نهایت بستگی به شیر خوردن نوزاد یا شیرخوار یا سایر تحریکات نوک پستان دارد، مکانیسم های درگیر، مرکزی و موضعی، بسیار متفاوت است. پرولاکتین برای ترشح شیر ضروری است و ترشح آن به طور مستقیم با تحریک شیردهی در پستان مرتبط است، شدت مکیدن به ارتفاع پیک پرولاکتین مربوط می شود. با این حال، همانطور که در بخش ترشح پرولاکتین بعدا در این فصل توضیح داده شد، سطح پرولاکتین پلاسما ارتباط مستقیمی با مقدار شیر تولیدی ندارد. تولید مداوم شیر و حجم شیر تولیدی به عوامل موضعی و برداشت منظم شیر از پستان بستگی دارد. اکسی توسین در یک رفلکس نورواندوکرین شرکت کرده منجر به تحریک سلول های میوپیتالیال که آلوئول ها و مجاری را احاطه کرده می شوند. (شکل های 2-5 و 5-3). هنگامی که این سلول ها منقبض می شوند، شیر با فشار از آلوئول ها خارج و از طریق مجاری به نوک پستان می رسد. تنها در این صورت است که در دسترس نوزاد یا شیرخوار قرار می گیرد. اگر رفلکس جهش شیر مهار شود، شیر را نمی توان از سینه خارج کرد و مکانیسم های موضعی باعث مهار ترشح شیر

می شود. با برداشت نسبی شیر از پستان تولید کمتر شده در آن حالت پایدار میماند. اگر برداشت شیر به طور کلی متوقف شود، پس رفت شروع می شود و پستان توانایی خود را برای ترشح شیر از دست می دهد.

Milk Production تولید شیر

تقاضای نوزاد و شیرخوار تولید شیر را در زنان شیرده تنظیم می کند. هنگامی که شیر کالری کمتری دارد، افزایش مکیدن توسط نوزاد یا شیرخوار باعث افزایش تخلیه سینه و در نتیجه افزایش ترشح شیر می شود. در این زمان، تولید شیر از غددی یا هورمونی به اتوکرین تغییر می کند که در نتیجه تنظیم با برداشت شیر کنترل می شود. مادران دوقلوها و حتی گاهی سه قلوها می توانند حجم شیر کافی برای تغذیه کامل چند قلو تولید کنند. با این حال، اگر نوزادان و شیرخواران با شیری غیر از شیر مادر تغذیه شوند، ترشح شیر به همان نسبت کاهش می یابد. بنابراین، مهم است که شیرخوار 8 تا 12 بار در روز یا هر زمان که نشانه های شیرخواستن را نشان دهد، به سینه گذاشته شود.

ترشح پرولاکتین Prolactin Secretion

ترشح پرولاکتین به صورت دوره ای اتفاق می افتد و بابتیک 75 دقیقه که 7 تا 20 بار در روز اتفاق می افتد. در طول بارداری، سطح پرولاکتین سرم به طور پیوسته از حدود 10 نانوگرم در میلی لیتر در حالت قبل از بارداری به حدود 200 نانوگرم در میلی لیتر در ترم افزایش می یابد. پس از زایمان، سطح پرولاکتین پایه کاهش می یابد و در هفته 2 تا 3 در خانمی که شیر نمی دهد به مقادیر قبل از بارداری باز می گردد. در زن شیرده، شیردهی معمولاً منجر به افزایش سریع ترشح پرولاکتین می شود و سطح پرولاکتین تحت تأثیر طول مدت، شدت و دفعات تحریک نوک پستان قرار می گیرد. اگر عصب نوک سینه مهار شود، افزایش پرولاکتین از بین می رود. اگرچه سطح پرولاکتین در طول دوره شیردهی به طور مداوم بالاتر از مقادیر پایه است، اما با ترشح حجم شیر متناسب نیست. بنابراین، اگرچه پرولاکتین برای ترشح شیر در زنان ضروری است، غلظت پرولاکتین پلاسما به طور مستقیم با حجم سنتز و ترشح شیر ارتباط ندارد. غلظت پرولاکتین معمولاً در پاسخ به شیردهی دو برابر می شود و حدود 45 دقیقه پس از شروع شیردهی به اوج خود می رسد.

Local Regulation of Milk Production تنظیم موضعی شیر

دو مکانیسم محلی در تنظیم تولید حجم شیر نقش دارند. یک مهارکننده ترشح شیر، پروتئینی به نام (FIL) بازدارنده بازخورد شیردهی، با تجمع شیر در مجرای غده پستانی ایجاد می شود. هنگامی که شیر به طور

منظم با تغذیه، یا دوشیدن برداشت نشود، FIL باعث کاهش تولید شیر می شود. بنابراین، اگر سینه به اندازه کافی تخلیه نشود، ممکن است حجم واقعی شیر ترشح شده کاهش یابد. اتساع یا کشیدگی آلوئول ها نیز ممکن است سننز و ترشح شیر را تنظیم کند.

Stimulation of Milk Ejection Oxytocin تحریک اکسی توسین برای جهش شیر

مکیدن نوزاد یا شیرخوار از طریق انقباض سلول های میوآپیتلیال که شبکه ای سبد مانند در اطراف آلوئول هایی که شیر در آن ذخیره می شود را خارج می کند تسهیل می شود. هنگامی که شیرخوار از سینه می خورد، ایمپالس های آوران از تحریک حسی پایانه های عصبی در آرنول ها به سیستم عصبی مرکزی رفته باعث آزاد شدن اکسی توسین از هیپوفیز خلفی می شود. ترشح اکسی توسین می تواند با محرک هایی مانند بینایی، صدا یا حتی فکر کردن به شیرخوار همراه باشد که نشان دهنده یک جزء روانی قابل توجه در این رفلکس عصبی غددی است. معمولاً شیر دهی یا تحریک سینه باعث آزاد شدن ضربانی اکسی توسین می شود. سطح هورمون در رابطه با تحریک به سرعت افزایش و کاهش می یابد، که در طی شیردهی مادر ادامه می یابد. اکسی توسین به طور سیستماتیک به غده پستانی منتقل می شود، جایی که با گیرنده های خاص روی سلول های میوآپیتلیال تعامل می کند و انقباض آنها را آغاز می کند و شیر را از آلوئول ها به داخل مجاری خارج می کند. فرآیندی که طی آن شیر به اجبار از آلوئول ها خارج می شود، رفلکس جهش شیر نامیده می شود و برای برداشتن شیر از سینه شیرده ضروری است. از نظر بالینی، تنوع فردی زیادی در درک زنان از این رفلکس وجود دارد. در چند روز اول پس از زایمان، انقباضات رحمی که اغلب به آن دردهای پس از زایمان گفته می شود و با شیر دادن همراه است، نشان دهنده ترشح اکسی توسین است که به انقباض رحم کمک می کند. برخی از زنان نشستی شیر را تجربه می کنند، برخی احساس هایی در سینه دارند و برخی در زمان جهش شیر هیچ یک از این احساسات فیزیکی را ندارند. اگر وجود داشته باشد، تایید کننده و در صورت عدم وجود، بدون بررسی بیشتر در مورد فرآیند تغذیه، هیچ نتیجه خاصی نمی توان گرفت.

Effect of Suckling اثر مکیدن

اگر موقع مکیدن درست به پستان گذاشته شوند، نوک پستان و قسمت اعظم هاله به خوبی به داخل دهان نوزاد یا شیرخوار کشیده می شود. برداشتن شیر از سینه به دلیل ترکیبی از فشار مثبت ناشی از رفلکس جهش شیر و فشار منفی مکیدن که با زبان شیرخوار ایجاد می شود رخ می دهد. این فشار منفی ناشی از

حرکت رو به پایین زبان در نیمه اول چرخه مکیدن است. تصور می شود که فشردن سازی زبان در نیمه دوم چرخه مکیدن شیر را از حفره دهان پاک می کند (شکل 5-4).

اثروضعیت هیجانی بررفلکس جهش شیر Effect of Emotional State and Drugs

استرس روانی، درد یا خستگی می تواند تولید شیر را به دلیل مهار ترشح اکسی توسین کاهش دهد. مطالعات نشان داده اند که سطوح بالاتر اکسی توسین با علائم کمتر افسردگی همراه است. و رفتار حساس تر مادر در زنان باردار که سطوح بالایی از استرس روانی اجتماعی را گزارش می کنند، مرتبط است. ترشح اکسی توسین با شروع شیردهی در مادری که آرام و بدون ناراحتی است آغاز می شود، اما اگر نوزاد یا شیرخوار گریه کند یا بی قرار شود، ممکن است قبل از شیر دادن اتفاق بیفتد. الکل و مواد افیونی از ترشح اکسی توسین جلوگیری می کنند. همچنین استرس می تواند باعث افزایش سطح پرولاکتین شود، اما تنوع زیادی در بین افراد وجود دارد

فصل 6

اداره تغذیه پستانی قبل و بعد از بارداری

ملاقات سالانه در مطب و سایر بازدیدهای قبل از بارداری برای نوجوانان و زنان در سنین باروری به پزشکان فرصت هایی را برای تقویت حمایت صریح خود از شیردهی و بحث در مورد مزایای شیردهی، توصیه هایی برای تغذیه انحصاری از سینه و طول مدت شیردهی و اهمیت یک سیستم حمایتی قوی ارائه می دهد. با مراجعه مکرر به یک مطب پزشکی دوستدار شیردهی، تصور شیردهی می تواند عادی شود و بسیاری از موقعیت های طبیعی برای سوالات و جستجوی منابع برای بیماران ایجاد می شود که شانس موفقیت در شیردهی را به حداکثر می رساند. برای بهینه سازی بیشتر شیردهی، پزشکان همچنین می توانند سابقه شخصی و خانوادگی شیردهی بیمار را ارزیابی کنند. معاینه پستان را برای شناسایی هرگونه مشکل ساختاری، پزشکی یا جراحی انجام دهید. و تغییر سبک زندگی یا دارو را پیشنهاد کنید

Initial Visit ویزیت اولیه

هنگامی که بیمار برای مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کند، ویزیت های اولیه و بعدی قبل از تولد فرصت های بسیار خوبی برای متخصص زنان و زایمان برای معرفی و تشویق شیردهی است. اکثر زنان انتخاب تغذیه شیرخوار را زود انجام می دهند. در واقع، یک مطالعه نشان داد که 78 درصد از زنان قبل از بارداری یا در طول سه ماهه اول بارداری تصمیم به تغذیه خود را گرفتند. مداخله زود هنگام توسط متخصصین زنان و زایمان بر شروع و ادامه شیردهی تأثیر مثبت دارد. مداخله زودهنگام متخصصین زنان و زایمان ممکن است به مادر اعتماد به نفس بدهد تا هدفش از شیردهی را دنبال کند. در حالت ایده آل، بیمار و پزشک در مورد شیردهی صحبت می کنند و قبل از اینکه بیمار هنگام زایمان مراجعه کند، در مورد یک برنامه تصمیم می گیرند. اگر مزایا و فواید شیردهی در چندین ویزیت تقویت شود، احتمال موفقیت بیماران بیشتر است. در مواردی که شرایط خاص بارداری یا سلامت مادر باعث ایجاد نگرانی در مورد شیردهی موفقیت آمیز می شود، ارجاع به پزشک متخصص طب شیردهی یا متخصص شیردهی اغلب می تواند از مشکلات جلوگیری کند یا ترس را برطرف کند. برای مثال، اگر مشکوک به تشخیص شکاف کام قبل از تولد باشد، می توان برنامه هایی را برای دریافت شیردوش، آموزش تکنیک های مناسب برای دوشیدن و ارجاع برای پروتزی که ممکن است برای شیرخوار ایجاد کند، آغاز کرد. به همین ترتیب، مادر مبتلا به دیابت بارداری می تواند یاد بگیرد که چگونه مقادیر کمی آغوز را قبل از زایمان یا بلافاصله پس از زایمان،

با پیش‌بینی احتمال هیپوگلیسمی نوزاد بدو شد. به طور مشابه، اگر بیمار به دلیل نگرانی در مورد شیردهی یا ضربه و/یا درد نوک سینه به اهداف خود برای تجربه قبلی شیردهی نرسید، ارزیابی قبل از تولد توسط متخصص می‌تواند موفقیت بعدی شیردهی را بهبود بخشد.

History شرح حال

چه زنی برای ویزیت قبل از بارداری مراجعه کند و چه برای ویزیت قبل از زایمان، باید یک پرونده بهداشتی تهیه شود که مبنایی برای مراقبت های آینده او باشد و به شناسایی هرگونه نگرانی که ممکن است در رابطه با شیردهی آینده ایجاد شود کمک کند. علاوه بر تاریخچه مامایی، یک تاریخچه پزشکی کامل، شامل جدول شرایط مزمن، داروها، رژیم غذایی و مکمل های غذایی، سیگار کشیدن، مصرف الکل و مصرف مواد نیز باید گنجانده شود. این داده ها را می توان در اولین ویزیت مامایی مورد بازبینی قرار داد. کادر 6-1 عواملی را فهرست می‌کند که می‌توان قبل از زایمان یا حتی بارداری شناسایی کرد که ممکن است بر موفقیت شیردهی تأثیر بگذارد. تاریخچه پزشکی شرایط پزشکی هر وضعیت پزشکی که ممکن است شیردهی را تحت تأثیر قرار دهد باید مورد بحث قرار گیرد. داروها می‌تواند داروهای خاصی را که در دوران شیردهی مشکل‌ساز هستند، شناسایی کرد و ممکن است داروهای جایگزین پیشنهاد شود. استفاده از داروها و خدمات مکمل و جایگزین نیز باید ارزیابی شود. جراحی قبلی پستان همه انواع جراحی قبلی پستان، بیماری پستان و تروما باید مورد بررسی قرار گیرند - به ویژه مواردی که ناحیه آرنول را درگیر کرده است - زیرا برش های اطراف آرنول به احتمال زیاد مجاری و عصب را قطع می‌کنند. بسته به روشی که برای جراحی کوچک کردن سینه استفاده می‌شود، ممکن است اختلال بیشتری در تامین شیر کافی نسبت به سایر جراحی های سینه ایجاد شود. نوزادان مادرانی که تحت عمل جراحی کوچک کردن سینه قرار گرفته اند باید به دقت تحت نظر باشند تا از دریافت کافی اطمینان حاصل شود.

Box 6-1 ریسک فاکتورهای شیردهی قابل تشخیص قبل از زایمان

سابقه و عوامل اجتماعی • اولین بارداری • بارداری چندقلو • تصمیم زودهنگام شیردهی از سینه و تغذیه با شیشه شیر یا شیر خشک. برگشت زودهنگام به کار (کمتر از 12 هفته) یا مصمم به این کار. فرزند قبلی که مشکل تغذیه از سینه داشته یا افزایش وزن آهسته داشته • سابقه ناباروری مرتبط با هورمون. استفاده هدفمند از داروهای ضد بارداری هورمونی • بارداری از طریق فناوری کمک باروری • مشکلات طبی قابل توجه (مانند کم کاری تیروئید درمان نشده، دیابت، سیستیک فیبروز، سندرم تخمدان پلی کیستیک، چاقی

مادر قبل از بارداری [شاخص توده بدنی ≤ 30 کیلوگرم بر متر مربع] • سن مادر (به عنوان مثال، نوجوان یا بزرگتر از 40 سال) • مشکلات روانی اجتماعی، به ویژه افسردگی (به عنوان مثال، اضطراب، افسردگی، عدم حمایت اجتماعی از شیردهی) • لیبر طولانی مدت • القا زایمان یا ختم بارداری طولانی مدت با فشار و تشدید یافته long induction or augmentation of labor • استفاده از دارو در حین زایمان • عوارض بعد از زایمان (مانند خونریزی پس از زایمان) ، فشار خون بالا، عفونت) • قصد استفاده از داروهای ضد بارداری هورمونی قبل از 6 هفته پس از زایمان • احساس عدم مفایت شیر • استفاده از داروهای مادر (دریافت توصیه های نامناسب در مورد ناسازگاری با شیردهی)

عوامل تشریحی و فیزیولوژیکی • عدم بزرگ شدن قابل توجه سینه در دوران بلوغ یا حاملگی • نوک سینه های صاف یا فرورفته • تغییر در ظاهر سینه (مثلاً عدم تقارن مشخص دوسینه، سینه های هیپوپلاستیک یا استوانه ای) • قطع مجاری شیر یا اعصاب آوران نوک پستان از جراحی قبلی سینه، به ویژه جراحی کوچک کردن سینه • جراحی قبلی پستان برای اصلاح ظاهر غیرطبیعی یا تکاملی آن • آبرسه قبلی پستان • چاقی مادر • نوک سینه که دائم یا بسیار دردناک است • فعال نشدن مرحله 2 شیردهی • مادر قادر به دوشیدن دستی آغوز نیست • نیاز به وسایل کمک شیردهی هنگام ترخیص از بیمارستان (به عنوان مثال، شیلدونوک سینه، شیردوش، یا مکمل رسان)

ارزیابی تغذیه ای:

مصرف کافی رژیم غذایی باید ارزیابی شود. در صورت نشان دادن، مصاحبه انگیزشی می تواند برای بهبود عادات غذایی استفاده شود. حتی قبل از بارداری، بیماران باید مصرف مولتی ویتامین های دوران بارداری (شامل اسید فولیک، آهن و ویتامین D) را شروع کنند. برای کاهش اضطراب مادر، پزشکان باید آن را تقویت کنند. واقعیت این است که رژیم های معمول بر ترکیب شیر تأثیر نمی گذارد. با این حال، مادرانی که رژیم گیاهخواری دارند در معرض خطر کمبود ویتامین B12 هستند. افزایش وزن بارداری که از استانداردهای آکادمی ملی علوم، مهندسی، و بخش بهداشت و پزشکی پزشکی (موسسه پزشکی سابق) تجاوز نکند، ممکن است میزان شیردهی را بهبود بخشد.

سابقه اجتماعی

استفاده از مواد و سایر عادات بالقوه مضر، مانند مصرف دخانیات، استعمال دخانیات، و مصرف ماری جوانا و الکل، باید مورد بحث قرار گیرد (به فصل 16 مراجعه کنید). قطع قبل از لقاح توصیه می شود و خدمات پشتیبانی مناسب باید ارائه شود. علاوه بر این، حمایت مناسب برای شیردهی نیز قابل ارزیابی است.

سابقه قبلی شیردهی

مستندات تاریخچه قبلی شیردهی فرصتی عالی برای بررسی موضوع تغذیه از سینه مادر در آینده فراهم می کند و می تواند به بیمار کمک کند تا موانع شیردهی را که ممکن است تجربه کرده است و همچنین نگرانی هایی که بیمار و خانواده و دوستانش در مورد شیردهی ابراز کرده اند برطرف کند.

معاینه مادر

معاینه پستان باید توسط متخصص زنان و زایمان در یک ویزیت سالانه یا قبل از بارداری انجام شود. اگر معاینه پستان اخیر مستند نباشد، در اولین ویزیت قبل از زایمان، باید به آرامی و در عین حال به طور کامل انجام شود، زیرا سینه ها معمولاً در اوایل بارداری حساس هستند. این معاینه فرصت ایده آلی را در اکثر بیماران فراهم می کند تا به بیمار اطمینان دهد که از نظر جسمی قادر به تامین تغذیه نوزاد تازه متولد شده خود است.

زمان مناسب معاینه

زمان ایده آل هنگامی است که بیمار باردار نیست، زمان ایده آل برای معاینه پستان در مرحله اولیه فولیکولی، پس از اتمام قاعدگی و قبل از افزایش ادم، ماستالژی و حساسیت لامسه پوستی در وسط سیکل است.

ارزیابی ساختمانی پستان

ارزیابی ساختاری باید شامل شناسایی اسکارها یا ضایعات و همچنین مرحله بلوغ و تقارن سینه ها باشد. نوک سینه فرورفته و سینه استوانه ای یا هیپوپلاستیک نیز قابل شناسایی هستند.

تقارن پستانها

بیمارانی که سینه های هیپوپلاستیک یا رشد ناکافی دارند باید از نظر کمبودهای هورمونی قبلی در روند رشد بیشتر مورد ارزیابی قرار گیرند. بسیاری از بیماران با عدم تقارن جزئی پستان مراجعه می کنند که

طبیعی است. عدم تقارن قابل توجه بین سینه ها نیاز به بررسی بیشتر دارد، به خصوص اگر این عدم تقارن اخیراً اتفاق افتاده باشد.

نوک سینه فرورفته

اندازه و شکل نوک پستان به طور کلی بر توانایی شیردهی تأثیر نمی گذارد (شکل 6-1). بیماران ممکن است از نوک سینه های فرورفته شکایت داشته باشند (شکل 6-2) و تأثیر آن بر شیردهی آینده را زیر سوال ببرند. خانمی که نوک سینه صاف (شکل 6-3) یا فرورفته دارد، در صورتی که نوک سینه هایش نعوظ پیدا کند، می تواند شیر دهد. استفاده از شیلد(نوک ساز) برای نوک سینه های فرورفته در تحقیقات محدودی که تا به امروز انجام شده است، مؤثر نبوده است. به طور مشابه، کشش یا چرخاندن نوک سینه ها در دوران بارداری مفید نیست. در واقع، چرخاندن نوک پستان nipple roll ممکن است منجر به ترشح اکسی توسین شود که ممکن است باعث انقباضات رحمی شود.

اندازه سینه

بیمارانی که سینه های کوچکی دارند باید اطمینان حاصل کنند که پتانسیل شیردهی آنها تحت تأثیر اندازه سینه قرار نمی گیرد. مشاهده بالینی مهم این است که در دوران بارداری افزایش اندازه سینه حداقل به اندازه نصف یک فنجان دیده شود.

توده های مشکوک: هرگونه توده مشکوک باید به طور مناسب با تصویربرداری و مشاوره جراحی در صورت لزوم مدیریت شود.

آموزش

شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار فرصت کافی برای شروع بحث و تشویق شیردهی را فراهم می کند. ملاحظات تشریحی، نگرانی های عملی و ترس ها را می توان مورد توجه قرار داد. ارائه اطلاعات کامل در مورد شیر انسان، شیردهی و سایر تغذیه نوزادان و شیرخواران در رابطه با سلامت زنان و نوزادان آنها و ارائه منابع و پشتیبانی برای شیردهی بسیار مهم است. حضور مادران در کلاس آموزش شیردهی باعث افزایش موفقیت در شیردهی می شود. توصیه های پزشک و اطمینان خاطر به بیمار ضروری است و نباید دست کم گرفته شود. زمان اجرای مداخلات مختلف مرتبط با شیردهی در جدول 6-1 خلاصه شده است.

--	--	--

آموزش فردی

منابع آموزشی

اهمیت بحث زودهنگام و مستمر در مورد تصمیم به شیردهی را نمی توان بیش از حد مورد تاکید قرار داد. بحث های فردی و گروهی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی و مادران آینده موثر بوده است. تلاش های متخصصان مراقبت های بهداشتی زنان برای آموزش بیماران در مورد شیردهی را می توان با انتشار اطلاعات تماس برای متخصصان مراقبت های کودکان، پرستاران، متخصصان شیردهی و گروه های حمایت از شیردهی افزایش داد. منابع مبتنی بر اینترنت ممکن است به بیماران این امکان را بدهد که مزایای فراوان شیردهی را جستجو کنند. هدایت بیماران به تصاویری از رسانه های اجتماعی که به زنان برای شیردهی حمایت اجتماعی به عمل می آورند ممکن است مفید باشد. علاوه بر این، منابع شیردهی مناسبی در اینترنت وجود دارد که شامل وبلاگ های مادر، گروه های حمایتی و مشاوره با مشاوران شیردهی تایید شده است که ممکن است شروع و نگهداری شیردهی را تقویت کند.

برنامه ریزی و انتظارات

برنامه ریزی مناسب در طول مراقبت های قبل از زایمان می تواند به تضمین موفقیت آمیز شیردهی کمک کند. بسیاری از تازه مادران به تحصیل یا محل کار بازخواهند گشت و این زنان اغلب به خاطر جدایی مادر از شیرخوار شیر نمی دهند. باید مادران مطمئن باشند که شیردهی موفق حتی اگر مادر گاهی از فرزند جدا باشد امکان پذیر است (به فصل 15، مراجعه کنید). بحث های اولیه درباره مسائل و برنامه های عملی، از جمله استفاده از شیردوش و ذخیره شیر، می تواند به مادران در ادامه شیردهی در هنگام جدا شدن از

شیرخوار کمک کند. پیشنهاد اینکه بیماران قبل از زایمان در مورد محل شیردهی و پمپاژ و زمان آن با مدیر تحصیلی یا کارفرمای خود صحبت کنند مفید است.

خانواده و دوستان

تجارب قبلی که خانواده و دوستان داشته اند (به ویژه اگر آنها به طور انحصاری برای مدت زمان توصیه شده از سینه مادر تغذیه می کنند یا نه) ممکن است در پیش بینی نوع حمایتی که مادر پس از تولد دریافت می کند مفید باشد. تجربیات و نگرش های منفی را می توان برای رفع ترس مادر و پیشنهاد راه حل برای مشکلات پیش آمده مورد بحث قرار داد. همسر و سایر اعضای مهم خانواده در صورت امکان و از نظر فرهنگی مناسب باید در بحث شیردهی شرکت کنند. همسر می تواند مهم ترین فرد حامی او باشد (به فصل 2 مراجعه کنید).

ویزیت متخصص اطفال

برنامه ریزی برای ملاقات با متخصص کودکان در سه ماهه سوم بارداری باید برای بحث در مورد برنامه های نوزاد و شیرخوار تشویق شود. تغذیه و رفع هرگونه نگرانی در مورد بارداری. باید یک متخصص کودکان را انتخاب کند که نیازهای او را برآورده کند، به ویژه فردی که حامی آگاه شیردهی باشد (جعبه 6-2).

Box 6-2 ویزیت متخصص اطفال در بارداری

جمع آوری اطلاعات و راهنمایی های پیش بینی کننده • در مورد افکار و احساسات خانواده در مورد شیردهی بحث کنید. • نگرانی های خانواده را بپذیرید. • در مورد موضوعاتی که مربوط به خانواده است اطلاعات دقیقی ارائه دهید. • حمایت خود را از تغذیه انحصاری با شیر مادر اعلام کنید. • فواید شیردهی انحصاری برای شیرخوار و مادر را مرور کنید. • بررسی جنبه های مهم شیردهی. • مادر باید در مورد ده اقدام برای شیردهی موفق WHO-UNICEF مطلع شود. همچنین باید به او اطلاع داده شود که می تواند از مرکز زایمانش درخواست کند که این اطلاعات را در اختیار او بگذارد. • اهمیت تماس پوست به پوست و اولین شیردهی را در 30 دقیقه اول تا 1 ساعت پس از تولد توضیح دهید. • در مورد تجارب قبلی شیردهی از بیمار اطلاعات کسب کنید. • تاریخچه پزشکی بیمار را در مورد شرایط مربوط به سینه، از جمله جراحی یا صدمه – به ویژه جراحی کوچک کردن سینه، مرور کنید. • در مورد اهمیت معاینه

پستان قبل از زایمان برای ارزیابی هرگونه تغییر پستان در بارداری بحث کنید. اگر مادر در سه ماهه سوم معاینه پستان را دریافت نکرده باشد، متخصص مراقبت از کودکان ممکن است معاینه را انجام دهد یا مادر را به پزشک خود ارجاع دهد. • در مورد اهمیت تغذیه انحصاری از سینه تا زمانی که شیرخوار حدوداً 6 ماهه شود، بحث کنید. • در مورد کلاس های شیردهی موجود در جامعه بحث کنید. • در مورد زمانی که مادر قصد بازگشت به محل کار یا تحصیل دارد بحث کنید. اگر قصد بازگشت قبل از 3 ماه پس از زایمان را دارد، منابع و سیستم های پشتیبانی موجود در خانه، محل کار یا تحصیل را بررسی کنید. • فیلم ها و کتاب های مناسب برای خرید یا قرض گرفتن والدین داشته باشید. • در مورد داروهای مادر بپرسید. • برای زنان چنذرا، در مورد تجربیات قبلی شیردهی (مدت و چالش ها) بپرسید.

پایان ویزیت • بپرسید، "آیا سوال دیگری در مورد شیردهی دارید؟" • والدین را تشویق کنید که اگر سوالات دیگر دارند تماس بگیرند. • اهمیت شیوه های مطلوب مراقبت از زایمان را تقویت کنید و خانواده ها را برای درخواست مراقبت مطابق با "ده اقدام برای شیردهی موفق" توانمند کنید. • از جملات مثبت و تشویق کننده در مورد شیردهی استفاده کنید. • درباره گزینه هایی در مورد اینکه چه کسی می تواند از شیردهی حرفه ای حمایت کند بحث کنید

آموزش رسانه های جمعی

فرصتی برای رسانه های جمعی وجود دارد که بر بسیاری از مادران بالقوه فعلی و آینده و خانواده های حامی آنها تأثیر بگذارند. رسانه ها باید تمرکز بیشتری در معرفی تغذیه شیرخوار از سینه مادر به عنوان شکل استاندارد یا مطلوب تغذیه نوزادان و شیرخواران داشته باشند. مهم است که اطلاعات دقیق، در محتوا و در تصویر ارائه شود. استراتژی های بازاریابی ظریف ممکن است شیردهی را تضعیف کند. متخصصان مراقبت های بهداشتی باید خطری را که این استراتژی ها نشان می دهد تشخیص دهند، به بیماران خود در درک این خطرات کمک کنند و برای به حداقل رساندن تأثیر آنها تلاش کنند. پروژه های هنری عمومی و «پرستاران» به گفتگو درباره حق کودک برای شیر خوردن در جمع کمک کرده اند.

ابتکارات قانونی

بسیاری از ابتکارات قانونی شرایط را برای مادرانی که مایل به شیر دادن در مکان های عمومی هستند یا نیاز به دوشیدن شیر خود در محل کار دارند، بهبود بخشیده است. قوانینی در بسیاری از ایالات متحده برای محافظت از نگرانی های مختلف مربوط به شیردهی وجود دارد. قوانین ایالتی به 3 دسته تقسیم می شوند:

- (1) حمایت از حق شیردهی، (2) تغذیه با شیر مادر در محل کار، و (3) معافیت مادران شیرده از وظایف هیئت منصفه قوه قضائیه. همه ایالت ها قوانینی دارند که به طور خاص به زنان اجازه می دهد در هر مکان عمومی یا خصوصی شیر دهند. قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه در سال 2010، حمایت کارفرمایان را از کارکنان شیرده، از جمله زمان استراحت برای دوشیدن شیر یا شیردهی و فراهم کردن فضایی غیر از حمام برای دوشیدن شیر مادر، الزامی می کند. *Business Case for Breastfeeding* (موجود در <https://www.womenshealth.gov/breastfeeding/breastfeeding-home-work-and-public/breastfeeding-and-going-back-work/business-case>) به کارفرمایان کمک می کند تا برنامه های حمایتی از شیردهی ایجاد کنند. در برخی ایالت ها، شرکت هایی که ویژگی های خاصی را برای ترویج و حمایت از شیردهی برای کارمندان خود ارائه می کنند، به عنوان مکان های کاری مناسب برای شیردهی تعیین می شوند. کسب و کارهایی که معیارهای خاصی را دارند می توانند این مزیت را برای کارمندان خود تبلیغ کنند. طرح های بیمه درمانی (به جز طرح های پدربزرگ) باید هزینه شیردوش، اعم از یک واحد اجاره ای یا یک واحد جدید (طرح ها دارای دستورالعمل های خاص در مورد نوع پمپ، طول مدت اجاره و دریافت پمپ هستند) را بدون اشتراک هزینه پوشش دهند.

جدول ورفرنس ها در لوح فشرده ضمیمه

فصل 7 شروع شیردهی

ارائه حمایت از شیردهی قبل، حین و بعد از تولد در بیمارستان یا مرکز تولد بر عهده همه متخصصان مراقبت های بهداشتی است که با مادر، خانواده او و سایر افراد حمایت کننده در تعامل هستند. ارتقای نگرش مثبت، برپایه دانش به روز، سیاست های مبتنی بر شواهد و حمایت از انتقال ایمن مادر و نوزاد در طول بستری شدن در بیمارستان می تواند تأثیر طولانی مدت بر سلامت مادر و کودک داشته باشد.

قبل از زایمان

ارتباط با خانواده:

اکثر زنان باردار در ایالات متحده قصد دارند به نوزادان خود شیر دهند. امروزه بسیاری از زنان، چه در ایالات متحده و چه در جاهای دیگر به دنیا آمده باشند، خودشان از شیر مادر تغذیه کرده اند. خانواده ها اغلب از شیردهی بسیار حمایت می کنند، که تغییری نسبت به گذشته است، زمانی که سنت های شیردهی از بین رفته بود. بیمارستان ها در سال های اخیر سیستم های پشتیبانی خود را به روز رسانی کرده و سخت تلاش کرده اند تا فرهنگ، سیاست ها، آموزش کارکنان و شبکه های اجتماعی را برای تغذیه با شیر مادر ایجاد کنند. متخصصان مراقبت های بهداشتی - به ویژه پزشکان - می توانند با روشی که در مورد اهمیت شیر انسان برای کودک بحث و چارچوب بندی می کنند، تشویق قدرتمندی برای تغذیه با شیر مادر ایجاد کنند.

سیاست بیمارستانها که حامی تغذیه شیرخوار از سینه مادر است

در سال 1984، گزارش کارگاه آموزشی SURGEON GENERAL در مورد تغذیه با شیر مادر و شیردهی انسان، در مورد شیوه های بیمارستانی که بر شیردهی تأثیر می گذارد، اظهار نظر کرد. این اولین تلاش ملی برای ترویج تغذیه با شیر مادر به عنوان هنجار و ضروری از منظر بهداشت عمومی بود. در سال 2011، منافع ملی و اهمیت تغذیه با شیر مادر را تکرار کرد (به فصل 2 مراجعه کنید)، و بسیاری از شرکای جامعه را برای رفع موانع شیردهی موفق فرا خواند. آکادمی اطفال آمریکا (AAP) توصیه می کند که بیمارستان ها یا مراکز زایمان، شیوه های مراقبت از زایمان را برای بهبود شروع شیردهی، مدت آن و شیردهی انحصاری انجام دهند. AAP یافته های آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت های بهداشتی را تأیید می کند که ابتکار بیمارستان دوستدار کودک، شروع و مدت شیردهی را افزایش می دهد. داده های اخیر گردآوری شده توسط CDC در بررسی دوره های اقدامات زایمان در تغذیه و مراقبت نوزادان، این یافته را تأیید می کند. بررسی داده های تغذیه نوزادان و شیرخواران و شیوه های زایمان در بیش از 1300 بیمارستان

ایالات متحده، همبستگی مثبت بین داشتن یک محیط حمایتی از شیردهی و میزان های بالاتر شیردهی انحصاری در زمان ترخیص از بیمارستان را تأیید کرد. نحوه ارسال پیام های تغذیه ای و آموزش به خانواده ها هنگام تلاش برای عادی سازی و ترویج شیردهی مهم است. مواد آموزشی، الگوها و فلوجارت های پرونده الکترونیکی پزشکی، سوالات پایگاه داده پذیرش، علائم سازمانی که شامل کارت های تخت نوزاد و نشان های شناسایی کارکنان، مواد غیرتجاری و دستورالعمل های ترخیص می شود، همگی راه های مهمی هستند که بیمارستان ها می توانند حمایت خود را از تغذیه نوزاد از سینه مادر اعلام کنند. محافظت از خانواده در برابر پیام های منفی شیردهی غیرمبتنی بر شواهد و توزیع معمول شیر خشک، هدایا یا تخفیف های غیرضروری برای مادران جدید تشویق می شود. روش های سنتی بیمارستان، مانند خارج کردن نوزاد از کنار مادر برای انجام اقدامات معمول، مراقبت از نوزاد در نرسری، دادن شیرکمی بدون اندیکاسیون پزشکی، نیاز به معاینه پزشکی توسط متخصص کودکان قبل از اولین شیردهی، و محدود کردن دسترسی مادر به نوزاد، می تواند بر خلاف فیزیولوژی شیردهی عمل کند. یک خط مشی مکتوب شیردهی ابزار مهمی برای ایجاد روال هایی است که تغذیه از سینه مادر را تثبیت می کند.

آموزش کارکنان

در تمام سطوح، آموزش کارکنان برای حمایت و ترویج موفقیت آمیز شیردهی حیاتی است. بدون آموزش کافی کارکنان، خانواده ها توصیه های متناقضی دریافت می کنند. به روز رسانی دوره ای دانش تغذیه از سینه مادر در پرسنل پری ناتال ضروری است، زیرا اکثر آنها نشان می دهند که آمادگی حرفه ای آنها منجر به آموزش کافی شیردهی نشده است. همه کارکنان باید آموزش رسمی در مورد مدیریت فعلی شیردهی دریافت کنند.

ارتقای مراقبت خانواده محور

تحول مراقبت از نوزاد در نرسری جای خود را به تشویق والدین و خانواده به مراقبت از نوزاد در مدل مراقبت خانواده محور داده است. عملکرد هم اتاقی مادر نوزاد که در آن مادر و نوزاد در مجاورت یکدیگر هستند تا مادر بتواند نشانه های تغذیه ای نوزاد را تشخیص دهد و به آنها پاسخ دهد، شانس بیشتری برای شروع و برقراری موفقیت آمیز شیردهی فراهم می کند. ممکنست نوزادان بیمار یا در معرض خطر به سطح بالاتر مراقبت نیاز داشته باشند، اما مشاهده برای انتقال اولیه در یک اتاق زایمان با کارکنان مناسب، انجام درمان های روتین نوزادان، و درمان های پزشکی کم خطر مانند فتوتراپی در مراقبت های خانواده محور

مناسب است و اگر همه چیز خوب است اجازه می دهد، مادر و نوزاد در کنار هم به تغذیه از سینه مادر ادامه دهند. اقدامات احتیاطی مخصوص که در اولین ساعات پس از تولد انجام می شود، در هنگام انتقال نوزادان از محیط داخل رحمی توصیه می شود.

Box 7-1. Supporting Early Breastfeeding Before and After Delivery

مرحله درد و زایمان • زنان از حضور مستمر یک همراه نزدیک در طول درد و زایمان بهره مند خواهند شد. • آنالژزی حین زایمان ممکن است شیردهی را تحت تأثیر قرار دهد و باید نوع و دوز داروی تجویز شده برای مادر را در نظر گرفت.

بلافاصله پس از زایمان

• نوزاد سالم باید مستقیماً برای تماس پوست به پوست تا پایان اولین تغذیه به مادر داده شود. • هم اتاقی 24 ساعته مادر و نوزاد فرصت پیوند عاطفی مادر نوزاد و شروع مطلوب شیردهی را افزایش می دهد. • آموزش در مورد مزایای هم اتاقی 24 ساعته ، والدین را تشویق می کند تا از این روش به عنوان روش استاندارد مراقبت در بیمارستان برای خانواده های خود استفاده کنند. • زنان ممکن است به کمک متخصصان مراقبت های بهداشتی نیاز داشته باشند تا مطمئن شوند که می توانند نوزاد خود را بخوبی در آغوش گرفته به خوبی به سینه بگذارند (لچ مناسب). • شیرکمی نباید به نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می شوند ارائه شود مگر اینکه اندیکاسیون پزشکی وجود داشته باشد. • در دوران نوزادی باید با احتیاط از پستانک استفاده کرد. • به طور کلی، اگر بیماری های عفونی حاد، تب تشخیص داده نشده و عفونت های شایع پس از زایمان در مادر به راحتی قابل کنترل و درمان باشند، مانع شیردهی نیستند. • تمام نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند باید 3 تا 5 روز پس از تولد یا طی 48 تا 72 ساعت پس از ترخیص از بیمارستان برای ارزیابی نوزاد و تغذیه از سینه مادر توسط یک متخصص مراقبت های بهداشتی ارزیابی شوند.

مدیریت زایمان برای تسهیل شیردهی و انتقال نوزادان زایمان درد شدیدی برای بسیاری از زنان ایجاد می کند و بولتن شماره 209 کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (ACOG) (مارس 2019) بحث کاملی در مورد گزینه های مدیریت درد ارائه می دهد. مدیریت درد یکسری نیست. زنان در انتظارانشان از درد، درکشان از درد، و تمایلشان برای تسکین درد یا زایمان بدون دارو متفاوت است. متخصصان مراقبت

های بهداشتی باید با مادران و سایر اعضای تیم پزشکی در یک رویکرد تصمیم‌گیری مشترک در مورد تسکین درد، و همچنین اثرات احتمالی بر تغذیه نوزاد و انتقال، گفتگوهای آزاد داشته باشند. گزینه‌های غیردارویی ممکن است مکمل یا جایگزینی برای مداخلات دارویی باشد که می‌تواند به زنان ارائه شود. اپیوئیدها از جفت عبور می‌کنند و ممکن است بر نوزاد در حال انتقال تأثیر بگذارند و منجر به دپرسیون پری‌ناتال شوند. علاوه بر این، متابولیسم اپیوئید نابالغ نوزاد ممکن است منجر به خواب آلودگی طولانی مدت شود. بنابراین ممکن است در معرض خطر رفتار نامطلوب شیرخوردن در دوران انتقال باشد و ممکن است به حمایت اضافی نیاز داشته باشد. از سوی دیگر، مقدمات انتقال به شیر مادر بسیار ناچیز است و در ترکیب با تغذیه با حجم کم آغوز، بعید است بر انتقال نوزاد تأثیر بگذارد.

بی‌حسی اپیدورال اگرچه تصور می‌شد که اثر مخدرهای اپیدورال یا داخل نخاعی بر شروع تغذیه از سینه مادر تأثیر منفی می‌گذارد، به نظر می‌رسد بی‌حسی دردی neuroaxial امروزی این تأثیر را ندارد. بی‌حسی اپیدورال باعث تسکین عالی و بی‌خطر درد در حین زایمان می‌شود، و منجر به سطح ناچیز اپیوئید در پلاسمای مادر می‌شود و باید حداقل تأثیر را بر موفقیت شیردهی داشته باشد.

پرسنل پشتیبانی‌کننده آموزش دیده هنگام درد زایمان

کمک گرفتن از پرسنل حمایت از مرحله درد، یا همراهی فردی غیر از خانواده، مانند دولا یا سایر متخصصان بهداشت آموزش دیده که حمایت یک به یک ارائه می‌دهد، روشی موثر برای حمایت از تمایل برخی از زنان برای کاهش نیاز به آنالژزیک است. اگرچه لزوماً به طور رسمی آموزش تغذیه با شیر مادر راننده اند اما دولاها با ارائه تجربه، تشویق و اطمینان خاطر، موفقیت شیردهی را افزایش می‌دهند.؟؟؟

سزارین

میزان موفقیت مادران سزارین شده برای شیردهی ممکن است کمتر از زایمان طبیعی باشد. پس از زایمان سزارین، کارکنان بیمارستان که نگران استراحت و بهبودی مادر هستند، ممکن است کمتر به مادر کمک کنند تا نوزاد را در کنار خود نگه دارد، نوزاد را فوراً به سینه بگذارد، یا تغذیه مکرر زودهنگام را تشویق کند. در حالی که مهم است، استراحت و بهبودی نباید مانع شیردهی شود. اخیراً، بیمارستان‌هایی که بر روی مراقبت خانواده محور و حمایت از شیردهی کار می‌کنند، با حمایت پرسنل بیهوشی، به مادرانی که زایمان سزارین کرده‌اند، این فرصت را می‌دهند که تماس پوست به پوست در اتاق زایمان یا به محض بیدار شدن مادر، و هوشیار شدن و توان پاسخ دادن به نوزاد صورت گیرد. این امر با موفقیت و ایمنی در بسیاری از

مؤسسات اجرا شده است و باید به عنوان مراقبت هنجاری جدید از مادران و نوزادان در نظر گرفته شود. این تماس اولیه به نوبه خود موفقیت در شیردهی را افزایش داده و ممکن است به جبران مشکلات زایمان با جراحی کمک کند. زنانی که تحت سزارین برنامه ریزی شده قرار می گیرند، نسبت به زنانی که زایمان سزارین برای آنها پیش بینی نشده بود و ممکن است زایمان طولانی و سختی را تجربه کرده باشند، احتمال شیردهی بیشتری دارند.

بعد از زایمان

تماس پوست به پوست

تماس پوست به پوست در اتاق زایمان، اتاق عمل یا اتاق ریکاوری دمای بدن نوزاد را در محدوده طبیعی نگه می دارد، به انتقال نوزاد کمک می کند و دسترسی زود هنگام به پستان را افزایش می دهد (شکل 7-1). مسائل ایمنی در مورد انتقال فیزیولوژیکی نوزاد در اولین ساعات پس از تولد ضروری است، اما بیشتر نوزادان ترم از مراقبت پوست به پوست پس از زایمان بهره مند می شوند. به اتمام رساندن زود هنگام روش های استاندارد نوزاد، جای خود را به این شناخت و درک داده اند که زمان وجود دارد تا خانواده ها و نوزادانشان از ساعت طلایی بعد از زایمان بهره مند شوند و این که روش های غیر اورژانسی باید برای چند ساعت اول پس از زایمان به تعویق بیفتد.

زود گرفتن سینه مادر

باید شروع زود هنگام تغذیه از سینه مادر طی یک ساعت اول پس از تولد تشویق شود، مگر اینکه شرایط پزشکی مادر یا نوزاد خلاف آن را نشان دهد. نوزادانی که پس از تولد روی سینه مادر قرار می گیرند و در عرض یک ساعت از تولد به سینه می چسبند، پیامد بهتری در تغذیه از سینه مادر دارند تا آنها این شرایط را نداشتند. در واقع، شیردهی زود هنگام در اتاق زایمان با افزایش قابل توجهی در درصد مادرانی که در 2 تا 4 ماه پس از زایمان به شیردهی ادامه می دهند، در مقایسه با شروع دیرتر همراه است. بسیاری از نوزادانی که در اولین ساعت هوشیاری و فعال پس از زایمان روی سینه مادرشان گذاشته می شوند، خود به خود سینه را پیدا می کنند. هنگامی که نوزاد تازه متولد شده به خودی خود پستان را نمی گیرد، باید به مادر آموزش داده، تشویق شود که هم برای تحریک تولید شیر و هم به دست آوردن آغوز برای تغذیه نوزاد، دوشیدن با دست را انجام دهد.

تأخیر در درمان های روتین نوزاد

اگرچه استفاده از دستبند شناسایی نوزاد ممکن است بلافاصله پس از زایمان ضروری باشد، پیشگیری از عفونت چشم، تزریق ویتامین K، واکسیناسیون هپاتیت B، وزن کردن و سایر اقدامات معمول ممکن است تا پایان موفقیت آمیز اولین تغذیه از سینه مادر به تعویق بیفتد. در حالت ایده آل، تغذیه اولیه نباید قطع شود و تا زمانی که از نظر پزشکی ایمن است، مادر و نوزاد باید در کنار هم بمانند. انجام این مداخلات در زمانی که نوزاد با مادر یا روی پستان تماس پوست به پوست دارد ممکن است به کاهش پاسخ های درد کمک کند.

اصول تغذیه از سینه مادر در روزهای اول

تغذیه از سینه مادر طبیعی است، اما همچنین یک مهارت آموخته شده است. آموزش اصول اولیه تکنیک صحیح شیردهی به مادر و تیم پشتیبانی او، احتمال ناراحتی جسمی در طول شیردهی را کاهش می دهد، بدان گرفتن سینه توسط نوزاد را بهبود می بخشد و انتقال شیر به نوزاد را افزایش می دهد. آموزش کنار تخت باید با مطالب مکتوب یا فیلم یا هر دو، که می تواند در بیمارستان یا در خانه مرور شود، تقویت شود.

دفعات تغذیه از سینه مادر:

باید مادر تشویق شود که به نشانه های تغذیه ای نوزادش پاسخ داده شیربدهد تا این که بخواهد در يك برنامه زمانبندی سفت و سخت به او شیربدهد. نوزاد گرسنه ممکن است برای مدتی قبل از شروع گریه کردن، فعالیت دست به دهان، حرکت صدا دار لبها شبیه چشیدن، حرکت جستجوی بادهان، حرکت چشم در خواب سبک و حرکت اندام ها را نشان دهد. گذاشتن مکرر نوزاد به سینه، و هر زمان که این نشانه ها را بروز دهد، تولید شیر را تحریک می کند و اجازه می دهد تا شیر کامل در اسرع وقت که معمولاً 2 تا 5 روز بعد از تولد است ایجاد شود. شیردهی باید از هر پستان بدون محدودیت زمانی ادامه یابد، تا زمانی که کودک به خواب رود یا از سینه جدا شود. عوامل بیولوژیکی مهم موجود در آغوز به نوزاد کمک می کند تا انتقال ایمن از محیط محافظت شده داخل رحمی به خارج صورت گرفته، میکروبیوم طبیعی روده ایجاد شود، و اگرچه حجم کمی دارد، مقادیر لازم انرژی، کربوهیدرات، پروتئین و چربی را برای انتقال تغذیه از مسیر جفت فراهم کند. همچنین شیردهی مکرر و موثر به مادر کمک می کند تا سینه های خود را خالی کند و تولید کامل را تحریک کند و همچنین از احتقان پستان جلوگیری کند. مهم است که به مادر و سایر مراقبین آموزش داده شود تا زمانی که نوزاد به پستان گذاشته شده مراقب چه چیزی باشند. باید مکیدن فعال همراه با بلع تشویق شود. اگر مکیدن سطحی است باید مادر را وادار کند که سینه خود را ماساژ دهد یا نوزاد را تحریک

کند که به طور فعال بمکد و تغذیه کند. اگر نوزاد به طور فعال بلع نمی کند و نمی تواند تحریک شود که مکیدن فعال داشته باشد، مادر یا مراقب سعی کند او را سینه به سینه کند یا او را از قفسه سینه مادر جدا کند تا بیشتر بیدار شود. تا زمانی که مادر بدون درد باشد، هیچ خطری برای ادامه مکیدن سینه توسط نوزاد وجود ندارد - اما مراقبت از تغذیه فعال یک مهارت مهم است که به مادر کمک می کند در این فرآیند احساس قدرت کند.

دادن وضعیت برای گرفتن سینه (اتخاذ پوزیشن):

آموزش وضعیت دهی برای گرفتن سینه می تواند بروش سنتی باشد، اما لزوماً تنها راه برای نگه داشتن نوزاد زیر سینه نیست. هدف راحتی و آسایش مادر، ایمنی و بخطر نیفتادن نوزاد و شیردهی موفقیت آمیز است. بسته به نحوه زایمان و خستگی مادر، ممکن است پوزیشن ها یا وسایل خاصی برای او مفید باشد. نوزادان نیز در این ساعات اولیه، بسته به وضعیت آنها پس از زایمان، از نظر توانایی تغذیه متفاوت هستند. نوزادانی که پس از زایمان کمی نارس، هیپوتون یا تحت استرس هستند، ممکن است به توجه ویژه برای وضعیت دهی بدن و هم ترازوی و تطابق یافتن برای سینه گرفتن نیاز داشته باشند و ممکن است نیاز به حمایت بیشتری از سوی کارکنان بیمارستان داشته باشند.؟؟؟

برخی از نوزادان بر اساس وضعیت داخل رحمی یا ترومای هنگام تولد (مثلاً شکستگی ترقوه، هماتوم ساب گالئال) نیاز به پوزیشن ترجیحی دارند تا بتوانند در مراحل اولیه توان تغذیه داشته باشند. درک این موضوع که نوزادان به طور ذاتی آماده هستند تا پس از زایمان، زمانی که در حالت خوابیده روی سینه مادرشان دراز می کشند، سینه را جستجو کنند، که باعث ایجاد رفلکس های خزیدن/شنا و گرفتن می شود، زیرا آنها از سر، بازوها، دست ها و پاهای خود برای جستجوی پستان استفاده می کنند، که این شناخت و توانمندی نوزاد منجر به تشویق بیشتر پوزیشن طبیعی شیر خوردن شده است. آگاهی از رفلکس های طبیعی بدوی نوزاد می تواند به آموزش شیردهی کمک کند. رفلکس های مکیدن و جستجوگری نوزاد نقش واضحی در تغذیه نوزاد دارند. اما سایر پاسخ های ذاتی نیز ممکن است برای بهبود وضعیت نوزاد و رفتار شیرخوار مورد استفاده قرار گیرند و توضیح دهند که چرا مانورهایی مانند فشار دادن به پشت سر نوزاد ممکن است باعث شود خود را به عقب بکشد، دست ها و پاها را اکستند کند، گریه کند و سینه را رها کند (رفلکس مورو) یا اینکه چرا نوازش کف دست می تواند مکیدن را بهبود بخشد (رفلکس palmomental). تغذیه های اولیه معمولاً در تخت مادر در بیمارستان انجام می شود و می توان برای راحتی مادر از بالش برای کمک به قرار دادن (پوزیشن دادن) نوزاد استفاده کرد (شکل 7-2). همچنانکه مادر بهبود می یابد، ممکن است متوجه شود

که شیر دادن روی صندلی در وضعیت عمودی تر آسان تر است. پوزیشن های رایج شیردهی مورد استفاده در بیمارستان به شرح زیر است.

وضعیت نیمه خوابیده به پشت

در حالت خوابیده، مادر معمولاً در وضعیت نیمه خوابیده روی تخت یا مبل قرار می‌گیرد، نوزاد در حالت مستعد و رو به مادر قرار می‌گیرد و گونه نزدیک پستان است. بنابراین به جای استفاده از بازوها یا بالش‌ها برای حمایت از بدن او نیروی جاذبه کمک می‌کند و چانه، تنه، بازوها و پاهای نوزاد نیز در این وضعیت با بدن مادر در تماس هستند. نوزاد را می‌توان به هر طریقی که برای مادر راحت باشد (به عنوان مثال عمودی، افقی یا نزدیک شدن به سینه از روی شانه) تا زمانی که نوزاد در وضعیت رو برو و خوابیده به شکم نسبت به مادر قرار گیرد وضعیت داد. به این ترتیب، مادر معمولاً حداقل یکی از بازوهای خود را آزاد می‌کند - برخلاف سایر پوزیشنهای معمول شیردهی که هر دو دست مادر درگیر است. این وضعیت طبیعی تر شیردهی از رفلکس های ذاتی بهره می‌برد که باعث می‌شود کودک به سمت سینه حرکت کند و سینه را بگیرد.

نگه داشتن گهواره ای متقابل

با این نگه داشتن، از بازوی مقابل برای حمایت از نوزاد استفاده می‌شود، در حالی که پشت سر (زیر اکسیپوت) و گردن در دست مادر است. این باعث می‌شود دست نزدیک پستان، آن را حمایت کند و اگر لازم باشد به وضعیت مناسب در آورد. این وضعیت برای اوایل تغذیه نوزاد از سینه مادر ایده آل است زیرا پشتیبانی عالی از پستان و توانایی ارائه آن را به شکل قالبی با دست آزاد فراهم کند. همچنین برای مادر آسان تر است که نحوه بدهان بردن سینه توسط نوزاد را ببیند.

پوزیشن فوتبال

با وضعیت فوتبال، نوزاد در کنار مادر و رو به او قرار می‌گیرد و معمولاً از یک بالش برای رساندن نوزاد به سطح سینه استفاده می‌شود. پاها و بدن نوزاد زیر بازوی مادر قرار می‌گیرد و سر و گردن نوزاد در دست او و رو به سینه قرار می‌گیرد (شکل 7-3). ممکن است مشاهده نحوه بدهان بردن سینه توسط نوزاد برای مادر مشکل باشد. و لازم باشد دیگران نحوه بدهان بردن (لچ) نوزاد را چک کنند. این اغلب وضعیت خوبی برای استفاده در روزهای اولیه پس از سزارین است

نگه داشتن گهواره

درپوزیشن گهواره ای، مادر از دست و بازوی خود برای حمایت از نوزاد در همان سمت سینه ای که نوزاد از آن شیر می خورد استفاده می کند. سر نوزاد در نزدیکی آرنج مادر قرار دارد در حالی که بازوی او نوزاد را در امتداد پشت، رو به مادر، سینه به سینه حمایت می کند. برای جلوگیری از قرار گرفتن بیش از حد جانبی نوزاد نسبت به پستان باید مراقب بود. تراز کردن بینی نوزاد با نوک پستان امکان رسیدن به نیپل و گرفتن مستقیم پستان بدون نیاز به خم شدن گردن را فراهم می کند.؟؟؟

وضعیت خوابیده به پهلو

در حالت خوابیده به پهلو، مادر به پهلو رو به نوزاد دراز می کشد که او نیز به پهلو خوابیده است. نوزاد رو به مادر است و دهانش در سطح نوک پستان است. باید مراقب بود که نوزاد با لباس های گشاد یا ملافه احاطه نشده باشد و در صورت خواب آلودگی مادر باید اقدامات احتیاطی انجام شود تا از گیر افتادن یا خفگی نوزاد با این وضعیت جلوگیری شود. یکی دیگر از بزرگسالان که احساس مسئولیت می کند و بیدار است می تواند یک پشتیبان بزرگ برای ایمنی و بی خطر بودن شرایط باشد تا مادر بدون نگرانی استراحت کند.؟؟

.. نحوه بدهان بردن سینه مادر (لچ) نوزاد دارای چندین رفلکس ذاتی برای تسهیل شیر خوردن از سینه مادر دارد. رفلکس جستجوگری بادهان به کودک کمک می کند تا بطرف سینه بچرخد و دهانش را کاملاً باز کند و رفلکس مکیدن رفلکس اصلی برای تغذیه اوست. رفلکس گگ (عق زدن) می تواند در تغذیه از پستان نقش داشته باشد، به این صورت که نوک پستان باید به محل اتصال کام سخت/نرم نزدیک شود، اما اگر بیشتر به عقب دهان کشیده شود، باعث تهوع می شود. سایر رفلکس های نوزادی کمک می کنند تا در وضعیت مناسب پستان را بدهان بگیرد. تصویربرداری جدید دانش ما را از آناتومی سینه مادر و مکانیسم مکیدن نوزاد به روز کرده است. سونوگرافی نوزادان زمان شیر خوردن به طور خاص به درک بهتر حرکتی دهان و بلع شیر کمک می کند. پزشکان معمولاً از ابزارهای مشاهده ای مانند ابزار LATCH استفاده می کنند (به فصل 8 مراجعه کنید) اما باید بدانند که نوزاد چگونه نوک پستان، آرئول و سینه را به داخل دهان می کشد و چگونه شیر از سینه می کشد. برخی کج فهمی ها از رشد و آناتومی حرکتی دهانی نوزاد و شیرخوار و نقش آن در تغذیه منجر به اتکای بیش از حد به جراحی (به عنوان مثال، فرنوتومی و سایر روش ها) در ساختارهای طبیعی دهان در سال های اخیر شده است. علاوه بر این، تنوع و تغییرپذیری زیاد در آناتومی مادر و نوزاد

یا شیرخوار به این معنی است که یک رویکرد انعطاف پذیر برای ارزیابی لچ کلیدی است. کادر 7-2 مراحل اساسی گرفتن سینه توسط نوزاد و شیرخوار، برداشتن شیر و ساختارهای کلیدی درگیر را نشان می دهد.

لچ (پستان گرفتن) ناموثر:

بسیاری از علائم ممکن است نشان دهنده بی اثر بودن لچ باشد، از جمله فرورفتگی گونه های نوزاد یا شیرخوار در حین شیرخوردن، صداهای کلیک، لب ها به سمت داخل برگشته، حرکت مکرر سر نوزاد، ناامیدی نوزاد یا شیرخوار، و شکایت مادر از درد. سایر نشانه های چفت و بست نادرست عبارتند از مصدوم شدن نوک سینه ها، درد، افزایش وزن ضعیف نوزاد یا شیرخوار و کمبود شیر. باید نوک پستان بعد از یک جلسه شیرخوردن مشاهده شود. باید کشیده باشد اما هیچ چین و چروک یا نشانه ای از مصدوم شدن نداشته باشد.

اصول پستان بدهان بردن نوزاد و شیرخوار

• مادر کمک می کند تا نوزاد یا شیرخوار را به راحتی رو به سینه خود قرار دهد. • صورت، گونه ها، چانه و دهان نوزاد به سینه نزدیک می شود. • رفلکس جستجوگری باعث چرخش سر به این طرف و باز شدن دهان نوزاد یا شیرخوار می شود. • فک پایین و زبان کودک پایین می آیند، و کودک یک دهان پر از سینه را می گیرد و یک چفت و بست انسدادی دور پستان ایجاد می کند (شکل 7-4). • نوک قدامی زبان بر روی برآمدگی لثه تحتانی قرار می گیرد. زبان سینه را نمی گیرد. • قسمت های قدامی و میانی زبان به طور هماهنگ با فک پایین حرکت می کنند و با هم پایین می آیند تا مکش در اثرخلاء در دهان ایجاد شود. زبان به صورت جانبی یا مستقل از فک پایین حرکت نمی کند. • با این حرکت فضای داخل دهانی کوچکی بین کام و وسط زبان ایجاد می شود و مکش ایجاد می شود. • بافت سینه و مجاری شیر زیرین که به داخل دهان کودک کشیده شده اند، منبسط می شوند و شیر در پاسخ به فشار منفی داخل دهانی به سمت حلق جریان می یابد. • تخلیه شیر مادر، در پاسخ به اکسی توسین هیپوفیز، به خروج شیر از پستان کمک می کند. • با بازگشت فک پایین به حالت خنثی، بافت سینه فشرده می شود و جریان شیر به دلیل کمبود فشار منفی متوقف می شود. • زبان کودک در حین مکیدن تغذیه ای روی سینه، strip نمی شود یا فعالیت پریستالتیکی ندارد. • در داخل دهان، نوک نوک پستان معمولاً درست جلوی محل اتصال کام سخت/نرم قرار دارد. • با ورود شیر به حلق، خلف زبان و کام نرم بالا می رود و کودک قورت می دهد که تنفس را متوقف می کند. • آهنگ مکیدن - بلع - تنفس بسیار متغیر است، از 1-1-1 تا 14-1-12

هنجارهای تغذیه ای شیرخوار از سینه مادر

الگوهای تغذیه نوزاد ممکن است در 24 ساعت اول پس از تولد نامنظم باشد، زیرا نوزاد در حال بهبود پس از فرایند تولد است. در آن زمان، آغوز به مقدار کم وجود دارد و ممکنست نوزاد بخواهد برای مدت طولانی بمکد یا مکرراً شیر بخورد. سایر نوزادان خواب آلود و بی علاقه هستند. مادران نوزادان رسیده سالم باید تشویق شوند تا از دستورات کودک پیروی کنند و از اجبار، زمان بندی یا برنامه ریزی برای تغذیه از پستان خودداری کنند. تماس پوست با پوست فراوان، دسترسی به سینه مادر و زمان بهبودی پس از تولد نوزاد بسیار مهم است. طبیعی است که نوزاد پس از شیر خوردن از یک سینه به خواب رود و به سینه دوم علاقه نشان ندهد. تغذیه نامنظم نیز رایج است، زیرا بسیاری از نوزادان با شروع تغذیه، ایلئوس گذرای نوزادی، پریستالسیس فعال و حرکات روده را تجربه می کنند. می توان به والدین اطمینان داد که ایلئوس گذرا و نق زدن همراه آن، برگرداندن موکوس شفاف و اتساع خفیف شکم نوزاد معمولاً در عرض 24 ساعت پس از تولد کاهش می یابد. در اوایل که آغوز موجود است با شیر خوردن ممکنست بلع قابل شنیدن نباشد تا زمانی که شیر فراوان شود.

تولید شیر

تولید شیر مادر یک فرآیند پویا و دینامیک است. آغوز اولیه با حجم کم و پروتئین بالا به تدریج جای خود را به شیر انتقالی با حجم بالا و در نهایت با شیر بلوغ یافته با کالری بالاتر می دهد. هر مادری در تولید آغوز، زمان و مسیر تولید شیر فراوان بسیار متفاوت است..

استقرار تغذیه از سینه مادر

ارزیابی مادر و نگرانی های شایع ایشان

غالباً مادران و همسر ایشان در مورد از عهده برآمدن، راحتی، درد و خستگی شیردهی و اینکه داروها یا اقدامات طبی بر کیفیت شیر آنها تأثیر می گذارند، سوالات زیادی دارند. خانواده ها اغلب نگران این هستند که نوزاد شیر کافی دریافت نمی کند، به خصوص در روزهای اول که تولید شیر در حال افزایش است. ارائه اطلاعات مناسب، راهنمایی های پیش بینی شده و رفتس به مادران به رفع نگرانی آنها کمک می کند. برخی از مادران دارای عوامل خطر هستند که ممکن است باعث شود آنها با شیردهی انحصاری موفقیت آمیز دست و پنجه نرم کنند و ممکن است در طول بستری شدن در بیمارستان به توجه بیشتری نیاز داشته باشند (جعبه های 3-7 و 4-7).

ارزیابی فیزیکی مادر

انجام معاینات فیزیکی مادر قبل و بعد از زایمان برای ارزیابی انتقال مادر به شیردهی، نشان دادن تولید اولیه آغوز به او و بررسی دوباره عدم وجود متغیر فیزیولوژیکی که ممکن است بر تولید شیر تأثیر بگذارد، مهم است. از آنجایی که سینه‌ها پر از شیر می‌شوند، به خصوص اگر نوزاد به‌خوبی تغذیه نمی‌کند، سینه مادر می‌تواند بیش از حد پر شود یا دچار احتقان شود. تروما یا درد نوک پستان یکی از دلایل رایجی است که زنان از شیردهی خارج می‌شوند. ارائه حمایت مداوم شیردهی در این شرایط می‌تواند بسیار مفید باشد.

ایمنی و بی‌خطر بودن شیر

اغلب سوالاتی در مورد ایمنی شیر مادر برای نوزاد مطرح می‌شود. بسیاری از داروها و موادی که در گذشته باعث می‌شد به مادران گفته شود از شیردهی خودداری کنند، اکنون شناخته شده‌اند که به مقدار کافی به شیر دسترسی ندارند تا بر نوزاد تأثیر بگذارد. ارزیابی خطر داروها برای نوزاد و شیرخوار شامل آگاهی از فارماکولوژی دارو، مقدار دارویی که در شیر در دسترس نوزاد است، جذب خوراکی دارو، و متابولیسم نوزاد یا شیرخوار است. (به فصل 16، داروها و شیردهی مراجعه کنید).

تسکین درد پس از زایمان

درد پس از زایمان می‌تواند در توانایی زن برای مراقبت از خود و کودکش اختلال ایجاد کند. در تصمیم‌گیری‌های درمانی، مهم است که تأثیر هر داروی مسکن بر مادر از نظر توانایی او در مراقبت از نوزاد و از نظر عبور داروها از شیر به نوزاد یا شیرخوار در نظر گرفته شود. برای درد خود سینه، استفاده از درمان‌های غیردارویی، مثل کمپرس سرد و افزایش دفعات شیردهی، همراه با یک مسکن ضد التهابی ملایم در صورت نیاز کافی است. ACOG توصیه‌های درد پس از زایمان خود را برای ارائه چارچوبی ایمن برای مدیریت درد، پیشگیری از مصرف بیش از حد اپیوئید، به حداقل رساندن اثرات بالقوه داروهای مادر بر نوزاد، کمک بالقوه برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، و کمک به راحتی در هنگام بهبودی از زایمان به روز کرده است. نظر شماره 742 کمیته ACOG، "مدیریت درد پس از زایمان"، راهنمایی دقیق در مورد این موارد ارائه می‌دهد و توصیه‌های زیر را ارائه می‌دهد: • درد می‌تواند در توانایی یک زن برای مراقبت از خود و نوزاد یا شیرخوارش اختلال ایجاد کند. درمان‌های غیردارویی و دارویی از اجزای مهم مدیریت درد پس از زایمان هستند. • استفاده از یک رویکرد گام به گام شامل ترکیبی چندوجهی از عوامل می‌تواند پزشکان را قادر سازد تا مدیریت درد را فردی کنند. • برای درد بعد از عمل سزارین،

ادجوانت های مسکن استاندارد خوراکی و تزریقی شامل استامینوفن، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)، اپیوئید و اپیوئید ترکیبی با استامینوفن یا NSAID ها هستند. • اپیوئید تزریقی و خوراکی برای درمان درد پیشرونده شدید breakthrough وقتی که اپیوئید نوراکسیال و داروی کمکی غیر اپیوئیدی ناکافی باشد، باید استفاده شود. یک رویکرد تصمیم گیری مشترک برای تجویز اپیوئید پس از ترخیص زایمان می تواند کنترل درد را بهینه کند و در عین حال تعداد قرص های مصرف نشده را کاهش دهد. • اگر دارویی که حاوی کدئین است برای درد پس از زایمان انتخاب شده است، خطرات و مزایای دارو، از جمله آموزش بیمار در مورد علائم مسمومیت نوزاد، باید با خانواده بررسی شود. • صرف نظر از داروی انتخاب شده، توصیه به زنانی که داروهای ضددرد اپیوئیدی برای آنها تجویز می شود در مورد خطر سرکوب سیستم عصبی مرکزی در زن و نوزادی که با شیر مادر تغذیه می شود، عاقلانه است. مدت استفاده از نسخه های اپیوئیدی باید به کوتاه ترین دوره مدلل و معقول مورد انتظار برای درمان درد حاد محدود شود.

ارزیابی نوزادان و نگرانی های رایج

مادران و همسر، خانواده ها و تیم های حمایتی اغلب سوالات زیادی در مورد شیردهی دارند، به ویژه که ما از دورانی بیرون آمده ایم که در آن از شیردهی حمایت نمی شد و بسیاری از مادران به اهداف شیردهی خود نرسیدند. نگرانی در مورد کیفیت، و کمیت شیر، رشد نوزاد و شیرخوار، وزن و برون ده آنها، و نگرانی های تغذیه ای مرتبط با آن رایج است. برخی از نوزادان و شیرخواران در معرض خطر نتایج نامناسب تغذیه هستند و ممکن است به حمایت و کمک بیشتری نیاز داشته باشند (به کادر 7-4 مراجعه کنید).

ارزیابی نوزادان

معاینه فیزیکی اولیه نوزاد زمان مهمی برای ارزیابی وضعیت تغذیه، رشد، آناتومی، آسیب پذیری ها و نقاط قوت اوست. گنجاندن آموزش خانواده در معاینه نوزاد و اظهار نظر در مورد رشد او، آناتومی طبیعی دهان/صورت و ارزیابی مکیدن می تواند اطمینان بخش باشد. معاینه باید شامل ارزیابی تون عصبی عضلانی، تور تیکولی، ناهنجاری های مادرزادی، تروما هنگام تولد و سایر عوامل فیزیکی باشد که می توانند بر قابلیت های تغذیه تأثیر بگذارند. معاینه کامل حرکتی دهان مهم است. برای تشخیص شکاف کام U شکل، بررسی کام و یوولا با استفاده از نور مناسب ضروری است. این وضعیت فقط با لمس قابل از دست دادن است. برای تشخیص ناهنجاری ها در فشار مکش، هماهنگی دهان و اتصال و حرکت زبان، معاینه دهان و زبان و ارزیابی مکیدن با انگشت با دستکش می تواند مفید باشد و باید ریتیمیک و نرم باشد.

مهارت های حرکتی دهانی

در طول زندگی جنینی، ناهنجاری تکاملی، تون عصبی عضلانی، وضعیت داخل رحمی و عملکرد ساختارهای دهانی می تواند منجر به مشکل در تغذیه پس از تولد شود. به عنوان مثال، یک جنین با مکیدن غیر طبیعی در رحم ممکن است فک و زبان کوتاه، فرنولوم سفت زبانی، کام قوس دار بالا، و/یا هماهنگی دهانی ضعیف و در نتیجه مشکلاتی در تغذیه از سینه مادر پس از تولد داشته باشد. تغذیه موفقیت آمیز از سینه مادر شامل حرکات هماهنگ پیچیده ساختارهای دهانی برای تسهیل مکیدن، بلع و تنفس است. علاوه بر این، تولید مکش با خلاء کافی با مکیدن برای برداشت شیر ضروری است. بنابراین، ناهنجاری های ساختاری و لچ ناکافی می تواند باعث انتقال ضعیف شیر شود.

شیرکمی

اگرچه قبل از زایمان، اکثر زنان قصد شیردهی دارند، بسیاری از آنها شیر مصنوعی را به نوزادان خود می دهند یا قبل از ترخیص از بیمارستان به آنها شیرکمی داده می شود، بدون اینکه اندیکاسیون پزشکی داشته باشد. نیاز روتین به مکمل برای نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می شوند نیست مگر اینکه اندیکاسیون پزشکی مانند هیپوگلیسمی یا کاهش وزن بیش از حد وجود داشته باشد. دادن این چینی شیرکمی احتمالاً با روند شروع موفقیت آمیز شیردهی توسط مادر و نوزاد تداخل می کند (به فصل 8، شیردهی در بیمارستان مراجعه کنید).

پستانک (گول زنک)

استفاده از گول زنک در اوایل دوره شیردهی با طول مدت کوتاهاتر تغذیه از سینه مادر همراه است. با این حال، شواهد همچنان نامشخص است. یک مطالعه اخیر نشان داد که اگر از پستانک در یک محیط مناسب برای نوزاد استفاده شود – اما نه در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، بر طول مدت شیردهی تأثیر می گذارد. ممکن است استفاده از پستانک نشانه ای برای سایر مسائل مربوط به تغذیه، مانند گرسنگی بیش از حد نوزاد یا بی تفاوتی مادر در مورد شیردهی باشد. تا زمانی که اطلاعات بیشتری مشخص نشود، اجتناب از پستانک و به حداکثر رساندن فرصت های شیردهی به مادر و نوزاد کمک می کند تا بهترین شروع را داشته باشند. استفاده از پستانک ممکن است نشانه های اولیه گرسنگی را بپوشاند و باعث از دست رفتن تغذیه از سینه مادر شود و می تواند بر مصرف شیر تأثیر بگذارد. با این حال، نوزادانی که بیمار هستند یا تحت عمل های دردناک هستند، ممکن است با مکیدن غیر تغذیه ای، چه از پستان یا پستانک و/یا ساکارز

آرام شوند. پس از اینکه تغذیه از سینه مادر به طور کامل برقرار شد، آکادمی اطفال آمریکا (AAP) استفاده از پستانک هنگام خوابیدن نوزاد را به عنوان یک راهبرد برای کاهش خطر sudden unexpected postnatal collapse و sudden infant death syndrome توصیه می کند.

ویتامین K

تنها کمبود بالقوه اولیه تغذیه نوزادان رسیده کمبود ویتامین K است و باید بلافاصله پس از تولد به آن پرداخت. کمبود ویتامین K ممکن است منجر به مشکلات انعقادی خون و باعث خونریزی زودهنگام کلاسیک یا دیررس نوزادی در نقاطی مانند پوست، غشاهای مخاطی، دستگاه گوارش یا مغز شود. هیچ راهی برای پیش بینی اینکه کدام نوزاد به دلیل کمبود ویتامین K دچار خونریزی می شود وجود ندارد. میزان کافی ویتامین K به تولید فلور روده بستگی دارد. فلور روده نوزادی که با شیر مادر تغذیه می شود در هفته های اولیه ویتامین K نسبتاً کمی تولید می کند و مقدار ویتامین K در شیر انسان کم است. ویتامین K در شیر خشک اضافه می شود، اگرچه ویتامین K خوراکی ممکن است جذب متغیری داشته باشد. برای اطمینان از کفایت ویتامین و جلوگیری از بیماری خونریزی دهنده نوزاد، یک دوز عضلانی ویتامین K1 (فیتونادیون) به همه نوزادان بیش از 1500 گرم در 6 ساعت پس از تولد داده می شود. بیمارستان ها باید شیوه های خود را بازبینی کنند تا امکان بحث در مورد فواید ویتامین K فراهم شود. گاهی اوقات، برخی از والدین از دادن ویتامین K به نوزادانشان خودداری می کنند، علی رغم قوانین در چندین ایالت که تجویز آن را ظرف 6 ساعت پس از تولد الزامی می کند. بیمارستان ها باید با اطلاعات و برنامه هایی در مورد چگونگی غلبه بر این امتناع ها آماده شوند.

ایمنی نوزاد و پیشگیری از سقوط

خستگی و افسردگی

زایمان طولانی و دشوار، کمبود خواب، و قطع ریتم های طبیعی شبانه روزی ممکن است در کوتاه مدت و بلندمدت بر نتایج شیردهی تأثیر بگذارد. کارکنان بیمارستان می توانند این مسائل را با استراتژی هایی برای کاهش وقفه ها، تثبیت مراقبت، ایجاد "زمان آرام" و برقراری ارتباط خوب بین کارکنان و اعضای خانواده برطرف کنند. افسردگی پس از زایمان غیر معمول نیست و ممکن است با کمبود خواب و خستگی تشدید شود (به فصل 10 مراجعه کنید).

خواب ایمن و بی خطر شیرخوار و پیشگیری از کلاپس ناگهانی و غیرمنتظره نوزاد پس از زایمان

ممکن است نوزاد در ساعات و روزهای پس از زایمان نسبت به پوزیشن و موقعیت نامناسب آسیب پذیر باشد، به خصوص اگر بیمار باشد، نارس باشد یا در اثر احیا یا فرآیند طولانی زایمان دچار استرس باشد. تماس پوست به پوست ممکن است به بهبودی نوزاد کمک کند، اما مشاهده دقیق، به ویژه در 2 ساعت اول پس از تولد، همراه با توجه دقیق به وضعیت بدن نوزاد، محتاطانه است. برای اجزای وضعیت ایمن نوزاد در حالت پوست به پوست به کادر 7-5 مراجعه کنید. باید به والدین دستورالعمل های واضحی در مورد تماس ایمن پوست به پوست داده شود، و همسر نیز می تواند تماس پوست به پوست را برای پیوند عاطفی و در مواقعی که مادر خسته است فراهم کند (شکل 7-5). کلاپس ناگهانی و غیرمنتظره پس از تولد، قطع موقت یا دائمی تنفس یا نارسایی قلبی تنفسی در یک نوزاد ترم که سالم بوده یا اواخر نارسایی در 7 روز اول پس از تولد است. که اغلب ناشی از عدم آموزش در مورد نگرانی از به دام افتادن یا خفگی و عواقب غم انگیزی که ممکنست داشته باشد. AAP در گزارش بالینی 2016، "خواب ایمن و مراقبت پوست به پوست در دوره نوزادی برای نوزادان ترم سالم" به طور مفصل به این شرایط و عوارض پرداخته است. کادر 7-6 توصیه های گزارش را خلاصه می کند برای نقش پزشک اطفال در حمایت از خواب ایمن و تماس پوست به پوست ایمن در دوره نوزادی برای نوزادان ترم سالم. ایمنی و بی خطر بودن نوزاد در ساعات و روزهای پس از زایمان بسیار مهم است.

پیشگیری از افتادن سقوط و زمین خوردن

سقوط یا افتادن نوزادان و شیرخواران در محیط بیمارستان نادر است اما به نظر می رسد به دلیل انتقال از نرسری به مراقبت خانواده محور در حال افزایش است. تخمین ها حاکی از آن است که به ازای هر 10000 تولد زنده، تقریباً 4 نوزاد و شیرخوار زمین می خورند یا سقوط می کنند. این وقایع بیشتر در روز دوم بستری در بیمارستان رخ می دهند. سایر عوامل خطر شامل خستگی خانواده است. شیردهی در شب و ساعات اولیه صبح، زمانی که مادر با نوزاد تنهاست. و روش های خواب نایمن که منجر به افتادن یا سقوط از روی مبل یا صندلی می شود. برخی دیگر خاطرنشان کرده اند که مادرانی که زایمان سزارین کرده اند یا داروهای مخدر دریافت می کنند ممکن است در معرض خطر بیشتری برای زمین خوردن یا انداختن نوزادشان باشند. بیمارستان ها تشویق می شوند تا استراتژی های پیشگیری از سقوط و افتادن، از جمله آموزش خانواده در مورد خواب ایمن و کاهش خستگی را توسعه دهند.

Box 7-3. Mothers Who May Need Help to Breastfeed Successfully

• کسانی که قصد تغذیه ترکیبی دارند (یعنی سینه و شیشه شیر). • کسانی که فاقد حمایت خانوادگی یا اجتماعی هستند. • کسانی که مشکلات روانی یا تاخیر تکاملی دارند. • کسانی که در گذشته سابقه شیردهی خوبی داشته اند. • مادران نوجوان یا سن بالا. • کسانی که فاکتورهای خطر برای تولید کم شیر یا تأخیر تولید دارند (مثل جراحی سینه، عدم تغییر اندازه یا شکل سینه در دوران بارداری، هیپوپلازی سینه). • کسانی که سابقه مشکلات پزشکی (مانند دیابت، چاقی، فشار خون بالا، سیستمیک فیبروزیس، کم کاری تیروئید) دارند. • کسانی که از داروهایی استفاده می کنند که ممکن است بر تولید شیر تأثیر بگذارد یا اثرات نامطلوب بالقوه بر نوزاد داشته باشد (مثلاً سوء مصرف مواد، داروهای ضد بارداری هورمونی). • کسانی که دارای عوارض پری ناتال هستند (مانند فشار خون بالا، از دست دادن خون، عفونت). • کسانی که زایمان سزارین کردند. • کسانی که دارای عوامل خطر برای مشکلات لچ (مثلاً نوک سینه صاف یا فرورفته). • کسانی که بعد از زایمان، جدایی مادر و نوزاد را تجربه کردند. • کسانی که چند قلو زایمان کرده اند.

Box 7-4. Newborns Who May Need Help to Breastfeed Successfully

نوزادان آسیب پذیر • زایمان اواخر نارس (هفته 34 تا 36 بارداری) • محدودیت رشد جنین • نارس بودن • مشکلات عصبی حرکتی (مانند هیپوتونی، تریزومی 21، آکندروپلازی) • آناتومی غیرطبیعی دهان (مانند شکاف کام، لجام زیرزبان، فک کوچک) • سندرم محرومیت • احیا در بدو تولد، انتقال نامناسب، یا زایمان طولانی مدت
نوزادان با عوارض طبی • هیپربیلی روبینمی • هیپوگلیسمی • عفونت • تروما هنگام تولد • زجر تنفسی • کاهش زیاد وزن و/یا کم آبی
نوزادان با تغذیه ناکافی در بیمارستان • عدم توان لچ در 24 ساعت اول • مکیدن ضعیف یا ناهماهنگ • نوزاد خواب آلود یا خورنده با دفعات خیلی کم

Box 7-5. Components of Safe Positioning for the Newborn During Skin-to-Skin Contact

• • صورت نوزاد را بتوان دید - دیده می شود. • سر نوزاد در وضعیت «بوییدن» قرار دارد. • بینی و دهان نوزاد پوشیده نیست. • سر نوزاد به یک طرف چرخانده شده است. • گردن نوزاد صاف است، خم نشده است. • شانه ها و قفسه سینه نوزاد به سمت مادر است. • پاهای نوزاد خمیده است. • پشت نوزاد با پتو پوشیده شده است. • زوج مادر-نوزاد به طور مستمر توسط کارکنان در محیط زایمان و به طور منظم در واحد پس از زایمان پایش و تحت نظر قرار می گیرد. • هنگامی که مادر می خواهد بخوابد، نوزاد را در یک گهواره قرار می دهند یا در کنار یک فرد حمایت کننده دیگر که بیدار و هوشیار است.

Box 7-6. The Pediatrician's Role in Supporting Safe Sleep and Skin-to-Skin Contact in the Neonatal Period for Healthy Term Newborn

ایجاد روش ها و اقدامات استاندارد شده برای برقراری تماس فوری و مداوم پوست به پوست، با توجه به نظارت و ارزیابی مستمر • توالی رویدادها بلافاصله پس از زایمان را استاندارد کنید تا انتقال ایمن، تنظیم حرارت، تماس پوست به پوست بدون وقفه و مشاهده مستقیم اولین جلسه تغذیه از سینه مادر انجام شود. • ارزیابی های مادر و نوزاد و هرگونه تغییر در شرایط را ثبت کنید. • مشاهده مستقیم مادر-نوزاد در مدتی که در اتاق زایمان هستند. • نوزاد را به گونه ای قرار دهید که راه هوایی بدون انسداد ایجاد کند. • ارزیابی و پایش مکرر مادر-نوزاد انجام شود. • سطح خستگی مادر را به صورت دوره ای ارزیابی کنید. • از تخت مشترک با نوزاد خودداری کنید. • خوابیدن به پشت (supine) را برای همه نوزادان و شیرخواران ترویج کنید. • تمامی پرسنل مراقبت های بهداشتی را در این توصیه ها آموزش دهید

فصل 8 تغذیه ازسینه مادر در بیمارستان

Breastfeeding in the Hospital

اداره مداوم شیردهی در بیمارستان در طول دوره بلافاصله پس از زایمان، حل مشکل برای مسائل رایجی که ممکن است ایجاد شود و برنامه ریزی ترخیص از بیمارستان در این فصل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. تمرکز اصلی این بحث ها حول محور تغذیه ازسینه مادر توسط نوزاد ترم سالم است. فصل های آینده به تغذیه ازسینه مادر در شرایط خاص، مانند نوزادانارس و نوزادان و شیرخواران با نیازهای خاص و مراقبت ویژه می پردازد.

ارزیابی نوزاد

معاینه فیزیکی

معاینه فیزیکی کامل نوزاد برای ارزیابی یافته هایی که ممکن است بر شروع و موفقیت تغذیه ازسینه مادر تاثیر بگذارد باید در روز اول پس از تولد انجام شود (جعبه 8-1). معاینات بعدی ممکن است مختصرتر باشد، اما باید به ارزیابی نوزاد برای یافته های جدیدی که ممکن است بر تغذیه تأثیر بگذارد و نشانه های مشکلات تغذیه پردازد. بررسی علائم حیاتی، وزن، ادرار و مدفوع ممکن است سرخ هایی در مورد اثربخشی تغذیه ارائه دهد. نوزادان گرسنه ممکن است تاکی پنه خفیف داشته باشند و نوزادی که دچار کم آبی شده است ممکن است کمی دمای بدنش افزایش یابد. ارزیابی سینه های مادر ممکن است زمانی ضروری باشد که مشکلاتی مانند درد یا تولید ناکافی شیر وجود داشته باشد.

تغییرات وزن

دقیق ترین ارزیابی از کفایت تغذیه ازسینه مادر، اندازه گیری متوالی وزن نوزاد عریان است. تقریباً همه نوزادان در 2 تا 4 روز اول پس از تولد با توجه به دفع مگونیوم و دیورز وزن کم می کنند. نوزادانی که به خوبی تغذیه می کنند نباید بعد از مرحله 2 لاکتوژنز به کاهش وزن ادامه دهند. اگر کاهش وزن ادامه داشت، تولید و انتقال شیر باید ارزیابی شود. پس از تکمیل مرحله 2 لاکتوژنز، نوزادی که وزن خیلی زیادی از دست نداده است و به طور موثر شیر می خورد باید شروع به افزایش وزن در روزهای چهارم یا پنجم پس از تولد به میزان تقریباً 15 تا 30 گرم در روز (0.5-1.0 اونس در روز) بنماید. اکثر نوزادان قبل از مرحله 2 لاکتوژنز از بیمارستان مرخص می شوند، بنابراین به جای ارزیابی افزایش وزن، ارزیابی نوزاد

برای کاهش وزن بیش از حد در محیط بیمارستان مفیدتر است. قبلاً، پزشکان از قانون کلی کاهش وزن کمتر از 3 تا 4 درصد در روز به عنوان مقدار طبیعی استفاده می کردند، اما نومیگرام های کاهش وزن نوزاد در بیمارستان محل زایمان اکنون به صورت آنلاین و رایگان در دسترس هستند (به عنوان مثال، ابزار وزن نوزاد [Newt]، www.newbornweight.org). در NEWT، داده های جمع آوری شده به نوع تغذیه (سینه یا شیر مصنوعی) و روش زایمان (واژینال یا سزارین) تقسیم می شوند. یکی از مزایای NEWT این است که به جای تمرکز بر کاهش وزن در روز به کاهش وزن در هر ساعت پس از تولد تمرکز دارد. کاهش وزن بیش از صدک 75 مورد انتظار باید بی درنگ ارزیابی تغذیه را برای اثربخشی تولید و انتقال شیر و لچ درست انجام دهد.

هنگامی که شروع تولید شیر فراوان آغاز می شود، ارزیابی وزن قبل از تغذیه و پس از تغذیه وسیله با ارزشی برای ارزیابی حجم انتقال شیر است. نوزاد در یک پوشک خشک وزن می شود و سپس به او اجازه شیر داده می شود. پس از تغذیه، نوزاد بدون تعویض پوشک مجدداً وزن می شود. تفاوت وزن (بر حسب گرم) تقریباً برابر با حجم (به میلی لیتر) شیر منتقل شده در طول تغذیه است. مقدار کم در ارزیابی وزن پس از شیردهی می تواند نشان دهنده این باشد که شیر مادر هنوز افزایش نیافته است یا اینکه نوزاد به خوبی شیر را منتقل نمی کند. استفاده از یک ترازوی الکترونیکی دقیق نوزاد برای این ارزیابی مهم است. جزئیات بیشتر در فصل 14، فناوری حمایت تغذیه از سینه مادر موجود است.

Box 8-1. Overview: In-Hospital Newborn Breastfeeding Health Supervision

• ارزیابی تغذیه از سینه مادر

سوابق بارداری مادر، سوابق حین زایمان، و سوابق بعدزایمان و انتقال نوزاد را مرور کنید.

• در مورد زمان و رویدادهای اولین تغذیه صحبت کنید.

• آیا مادر قبلاً شیر داده است؟

• مادر در مورد شیردهی چه می کند و چه احساسی نسبت به شیردهی دارد؟

• آیا نوزاد برای تغذیه نیاز به بیدار کردن دارد؟

• آیا نوزاد به راحتی سینه را می گیرد و با اشتیاق شیر می خورد؟

- نوزاد در 24 تا 48 ساعت اول پس از تولد چند بار به سینه گذاشته شده است؟ مدت زمان هر تغذیه چقدر بوده است؟ آیا نوزاد به طور فعال مکیدن و بلعیدن داشته است؟
- آیا نوزاد شیرکمی دریافت می کند؟
- تعداد پوشک های خیس در 24 ساعت گذشته چقدر بوده است؟
- تعداد مدفوع در 24 ساعت گذشته چقدر بوده است؟
- رنگ مدفوع چیست؟
- آیا سینه های مادر راحت است (یعنی حساس به لمس یا درد ندارد)؟
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟
- اعضای خانواده در مورد شیردهی مادر چه احساسی دارند؟

معاینه نوزاد و مادر

- وزن هنگام تولد و سن حاملگی نوزاد چقدر بوده؟
- وضعیت عصبی-رفتاری نوزاد را ارزیابی کنید.
- افزایش یا کاهش وزن نوزاد از بدو تولد را محاسبه کنید.
- شیردهی را مشاهده کنید.
- سینه های مادر را معاینه کنید یا در صورت نیاز او را برای معاینه ارجاع دهید.
- معاینه نوزاد را با توجه به عملکرد دهان و حرکت آن انجام دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون نوزاد را ارزیابی کنید.
- نوزاد را از نظر یرقان مشاهده کنید و سطح بیلی روبین را با استفاده از نومیوگرام مخصوص برحسب ساعت ارزیابی کنید. راهنمایی براساس پیش بینی
- شیردهی را براساس تقاضای شیرخوار، تقریباً 8 تا 12 بار در 24 ساعت تشویق کنید.
- ممکن است در طی 24 تا 48 ساعت اول پس از تولد، علاقه کمی به خوردن نشان دهد.
- نوزادانی که برای تغذیه از خواب بیدار نمی شوند باید حداقل هر 4 ساعت یکبار برای تغذیه تحریک و بیدار شوند که بخورند.

• از استفاده از گول زنک تا زمانی که شیردهی به خوبی تثبیت و مستقر نشده است (معمولاً بین 2 تا 4 هفتگی) خودداری کنند و در صورت تمایل کودک به مکیدن بیشتر استفاده کند. حائز اهمیت است که شیرخوار از سینه مادر استفاده کند تا به بدن مادر پیام دهد که مقدار مناسب شیر را تولید کند. پس از اینکه

تغذیه از سینه مادر به خوبی تثبیت شد، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه برای مرگ و میر ناشی از خواب شیرخوار، گول زنک در زمان خواب ارائه شود.

• الگوهای طبیعی شیردهی را مرور کنید.

• الگوهای دفع طبیعی را مرور کنید.

• مداخلات شیردهی

ارائه مراقبت های حمایتی و بدون ایجاد اختلال در 24 تا 48 ساعت اول پس از تولد مهم است.

• تلاش برای شناسایی علائم کمبود شیر یا مصرف نوزاد، و بررسی عوامل احتمالی مداخله گر

• در صورت جدا شدن مادر و نوزاد، به حفظ تولید شیر کمک کنید.

• در صورت ادامه مشکلات شیردهی به متخصص تغذیه با شیر مادر مراجعه کنید.

• ویژگی ترخیص

به والدین بخاطر تصمیم خود برای شیردهی از سینه مادر به فرزندشان تبریک بگویید.

• با خانواده و دوستان برای انجام وظایف خانه بحث کنید تا مادر بتواند استراحت کند، بهبود یابد و بر

خود و نوزادش تمرکز کند.

• برخی از فواید شیردهی را مرور کنید.

• به مادر یادآوری کنید که هنگام گرسنگی غذا بخورد و در هنگام تشنگی بنوشد.

• 3 تا 5 روز پس از تولد یا زودتر، در صورت نیاز، پیگیری را در مطب ترتیب دهید.

الگوهای دفع

الگوهای دفع ادرار معمولاً در 3 تا 4 روز اول پس از تولد بیشتر از مایعات دریافتی به عنوان یک پاسخ

فیزیولوژیکی برای جمع و کوچک شدن فضای مایع خارج سلولی است. ایجاد الگوی تولید مدفوع و دفع

ادرار پس از چند روز اول، شاخص های خوبی برای دریافت شیر کافی است. تهیه برگه یادداشتی برای

ثبت الگوهای تغذیه و دفع نوزاد می تواند مفید باشد.

برون ده (دفع) ادرار

رنگ چند ادرار اولیه به طور کلی روشن است، اما ادرارهای بعدی که قبل از مرحله 2 لاکتوزنز است احتمالاً غلیظ تر خواهند بود. معمولاً کریستال های اسید اوریک دیده می شود. باید به خانواده ها در مورد مشاهده رسوب گرد آجرمانند در پوشک را نشان داد و به آنها اطمینان داده شود که مهم نیست. ممکن است نوزادی که زردی دارد ادرارش تیره باشد. روز 5 تا 7 پس از تولد، نوزاد سالمی که از سینه مادر تغذیه می شود باید حداقل 6 بار در روز ادرار بی رنگ و رقیق دفع کند.

مدفوع و مشخصات آن

بخصوص هم تعداد مدفوع و هم مشخصات آن شاخص های مفیدی برای دریافت شیر کافی هستند. مدفوع طبیعی مکنونیومی سبز مایل به سیاه باید به رنگ واسطه ای سبز و سپس به مدفوع نرم، دانه دانه و زرد تغییر یابد. بسیاری از نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می کنند تا زمان ترخیص از بیمارستان در سن 1 تا 2 روزگی به طور کامل این نوع مدفوع را نشان نمی دهند. ارائه راهنمایی های آینده نگر به والدین برای جلوگیری از نگرانی و شناسایی نوزادان در معرض خطر تغذیه ناکافی ضروری است. بعلاوه، مدفوع طبیعی شیرمادر خواران کاملاً شل است و ممکن است با اسهال اشتباه گرفته شود. دریافت ناکافی شیر در نوزاد بزرگتر از 5 روز ممکن است خود را با مدفوع مکنونیومی، مدفوع انتقالی سبز-قهوه ای، دفعات کم (کمتر از 3 بار در روز) یا مدفوع ناچیز نشان دهد.

مشاهده تغذیه از سینه مادر

پزشک یا پرسنل زیر نظر پزشک باید به طور منظم شیردهی را با اجازه مادر مشاهده کنند تا بتوانند پوزیشن، لچ، جهش شیر و انتقال شیر و همچنین پاسخ مادر به شیردهی (مانند درد، لذت، اضطراب، آرامش) را جستجو کنند. کارکنان بیمارستان باید حداقل دو بار در روز این مشاهدات مربوط به شیردهی را ثبت کنند. چندین ابزار ارزیابی شیردهی وجود دارد، مانند فرم نمره دهی LATCH (جدول 8-1) و ابزار ارزیابی شیردهی بریستول (جدول 8-2). برخی از عواملی که برای ارزیابی مهم هستند عبارتند از: توانایی نوزاد در چفت و بست اطراف پستان (لچ)، و کیفیت آن، وجود بلع قابل شنیدن، آناتومی نوک پستان و علائم صدمه به نوک پستان، پر شدن و احتقان پستان، احساس مادر، و احساس خودکفایی و استقلال مادر در شیردهی

فرم ها.....فرم مشاهده با امتیازدهی LATCH

	0	1	2
Latch	Too sleepy or reluctant No latch achieved	Repeated attempts. Hold nipple in mouth. Stimulate to suck.	Grasps breast Tongue down Lips flanged Rhythmic sucking
Audible swallowing	None	A few with stimulation	Spontaneous and intermittent <24 hours old Spontaneous and frequent >24 hours old
Type of nipple	Inverted	Flat	Everted (after stimulation)
Comfort (breast/nipple)	Engorged Cracked, bleeding, large blisters, or bruises Severe discomfort	Filling Reddened/small blisters or bruises Mild/moderate discomfort	Soft Tender
Hold (positioning)	Full assist (Staff holds baby at breast.)	Minimal assist (ie, elevated head of bed, place pillows for support). Teach one side; mother does other.	No assist from staff Mother able to position /

		Staff holds and then mother takes over.	
--	--	---	--

Bristol Breastfeeding Assessment Tool

	0 poor	1 moderate	2 good	score
po	si	tion	Ing	
Baby well supported; tucked against mother's body; lying on side/ neck not twisted; nose to nipple; mother confident handling baby	No or few elements achieved Needs to be talked through positioning	Achieving some elements Some positioning advice still needed	Achieving all elements No positioning advice needed	
Attachment				
Positive rooting, wide open mouth; baby achieving quick latch with a good amount of breast tissue in mouth; baby stays attached with a good latch throughout feeding.	Baby unable to latch onto breast or achieves poor latch No/few elements achieved	Achieving some elements Some advice on attachment needed	Achieving all elements No advice on attachment needed	

	Needs to be talked through attachment			
sucking				
Able to establish effective sucking pattern on both breasts (initial rapid sucks then slower sucks with pauses). Baby ends feeding.	No effective sucking; no sucking pattern	Some effective sucking; no satisfactory sucking pattern; on and off the breast	Effective sucking pattern achieved	
Swallowing				
Audible, regular soft swallowing—no clicking	No swallowing heard; clicking noises	Occasional swallowing heard; some swallows noisy or clicking	Regular, audible, quiet swallowing	

الگوهای تغذیه از سینه مادر و رفتار نوزاد و شیرخوار

علاوه بر اطلاعات در مورد لچ و پوزیشن (فصل 7)، باید به مادر در مورد الگوهای مورد انتظار تغذیه از پستان که می تواند بسیار متفاوت باشد آموزش داده شود. دفعات و مدت تغذیه پس از 1 تا 2 ساعت اول

هوشیاری توام با سکوت بلافاصله پس از تولد (که گاهی اوقات به عنوان "ساعت طلایی" نامیده می شود، و زمان ایده آل برای شروع شیردهی است)، بسیاری از نوزادان به خواب عمیقی فرو می روند که برای چندین ساعت فقط مختصر، و بطور نسبی بیدار می شوند (فصل 7). این یک الگوی طبیعی است و نیاز به شیرکمی را نشان نمی دهد. گاهی اوقات باز کردن لباس نوزاد، ماساژ ملایم، بحال ایستاده نگهداشتن نوزاد، ایجاد حرکت، تعویض پوشک، صحبت کردن با نوزاد، یا نگه داشتن پوست به پوست روی سینه مادر ممکن است نوزاد خواب آلود را بیدار کند. اگر بیدار کردن امکان پذیر نباشد، باید مادر نوزاد را با تماس پوست به پوست تحریک کند. همیشه باید در زمان تماس پوست به پوست، مادر بیدار و هوشیار باشد و باید توسط پرسنل در 2 ساعت اول پس از تولد تحت نظر باشد. نوزاد مادری که مقدار زیادی مواد مخدر یا آرام بخش دریافت کرده است، ممکن است دوره های طولانی تری بخوابد و ممکن است لازم شود پس از 4 ساعت برای تغذیه از خواب بیدار شود.

در روز دوم پس از تولد، باید نوزاد هوشیارتر باشد و بخواهد به دفعات بیشتر تغذیه شود - معمولاً 8 تا 12 بار یا بیشتر در 24 ساعت. تغذیه خوشه ای اغلب در شب دوم اتفاق می افتد. که برای چندساعتی مداوم می مکد. این یک امر معمولی است و نباید فکر کرد که نوزاد به اندازه کافی شیر دریافت نمی کند، مگر اینکه علائم دیگری از مصرف ناکافی مشاهده شود. فاصله بین تغذیه از ابتدای یک وعده شیر خوردن تا شروع وعده بعدی محاسبه می شود. مادران تازه زایمان کرده باید تشویق شوند که از هر دو پستان در هر وعده شیر بدهند منتها با شروع متناوب، یعنی دفعه بعد از آخرین پستانی که در شیردهی قبلی داده شروع کند. این امر کمک می کند تا به تولید و عرضه بهینه شیر کمک کند. با این حال، کاملاً طبیعی است که نوزاد پس از تغذیه از سینه اول به خواب رفته و از گرفتن سینه دوم خودداری کند. بهتر است به نوزادان اجازه داده شود تا قبل از اینکه به سینه دیگر منتقل شوند، سینه اول را به خوبی تخلیه کنند و نباید مادر یک وعده تغذیه خوب را فقط برای تغییر سینه به سمت دوم قطع کند. به طور معمول، نوزاد پس از برداشت کافی، خود به خود اولین سینه را رها می کند. ایجاد زمان بندی هر طرف ضروری ندارد و مطلوب نیست. محدود کردن زمان در تغذیه از پستان هیچ تاثیری بر مصدوم شدن و درد نوک پستان ندارد، اما لچ و پوزیشن صحیح بسیار مهم است. برای اینکه مادر بتواند به خاطر بیاورد که دفعه بعد از کدام سینه شروع کند، می تواند از یک وسیله به راحتی در دسترس استفاده کند، مانند کش موی سر که آنرا به دست خود ببندد، یا می تواند روی یک کاغذ بنویسد یا بستن روبان به مچ یا کمرست و غیره

تغذیه مکرر چندروز اول از سینه مادر ، کاهش وزن نوزاد پس از تولد را به حداقل می رساند، سطح بیلی روبین نوزاد را کاهش می دهد و به تولید خوب کمک می کند. اگرچه نوزادان بطور متوسط هر 2 تا 3 ساعت یک بار شیر می خورند ، اما از نوزادی به نوزاد دیگر و در طول یک دوره 24 ساعته تفاوت زیادی وجود دارد. باید به خانواده‌ها توصیه شود که به‌جای برنامه ریزی خاص، بر اساس تقاضا، نوزاد را تغذیه کنند، اگرچه تا زمانی که تولید شیر زیادشود و نوزاد در حال اضافه کردن وزن باشد نباید اجازه دهند نوزادان بیش از ۴ ساعت بدون شیر خوردن بخوابند و تلاش شود بخورند. شیر انسان سریعتر از شیر خشک از معده نوزاد تخلیه می شود و بدون دریافت راهنمایی های پیش بینی شده، ممکن است مادر جدید دفعات بیشتری تغذیه نوزاد از پستان را با نوزادانی که با شیر خشک تغذیه می شوند، مقایسه کند، و به طور بالقوه دفعات طبیعی (بیشتر) تغذیه از پستان را به معنی شیر ناکافی، اشتباه تفسیر کند. با این حال، با بزرگتر شدن نوزادان، آنها به طور موثرتری شیر می خورند و لذا دفعات و مدت تغذیه کاهش می یابد.

حالت و رفتار خواب و بیداری نوزادان و شیرخواران و نشانه های گرسنگی

نوزادان چندین بار در روز در حالات مختلف خواب و هوشیاری قرار می گیرند (جدول 8-3). بهتر است سعی شود زمانی که در حالت هوشیاری توام با سکوت هستند، و قبل از اینکه دچار بی قراری شوند، به آنها شیر بدهند. در حالت هوشیاری توام با آرامش، چشمان نوزاد باز است و به اطراف نگاه می کند. علائم ظریف گرسنگی ممکن است بصورت افزایش هوشیاری، فلکسیون اندام ها، حرکات دهان و زبان، صداهای غان و غون، جستجوی با دهان ، بردن مشت به سمت دهان، یا مکیدن انگشتان یا دست خود را نشان دهد. اجازه دادن هم اتاقی 24 ساعته، (مگر اینکه جدایی از نظر پزشکی ضروری باشد یا توسط مادر درخواست شود)، به والدین این امکان را می دهد که متوجه نشانه های زود رس گرسنگی شوند. اگر علائم گرسنگی وجود نداشته باشد، حالت هوشیاری توام با آرامش زمان مناسبی برای والدین است تا با فرزند خود ارتباط چشمی و پیوند عاطفی برقرار کنند. نوزادی که به حالت هوشیاری فعال پیشرفت کرده باشد ممکن است بدخلق یا بی قرار به نظر برسد. چنین نوزادی ممکن است برای اینکه بتواند با موفقیت سینه را بگیرد باید آرام شود. تکنیک‌های تسکین‌دهنده و آرام کننده عبارتند از: خوب در بغل نگه داشتن، آرام صحبت کردن، به آرامی تکان دادن یا تکان دادن به جلو و عقب. بسیاری از والدین جدید تصور می کنند باید نوزاد برای درخواست شیر گریه کند در حالی که گریه نشانه دیررس گرسنگی است که می تواند باعث شود نوزاد آرام نشود و نتواند بدرستی پستان را بگیرد.

طی سالها گریه را به عنوان نشانه ای از قدرت، و داشتن «ریه های خوب» و سلامت عمومی تفسیر می کردند، در حالی که منجر به افزایش فعالیت، مصرف انرژی و بلعیدن هوا شده ممکن است منجر به استفراغ شود. نوزادانی که برای مدت طولانی گریه می کنند ممکن است خسته شوند و بدون شیر خوردن یا قبل از اینکه شیر خوردن را تمام کنند به خواب بروند. تغذیه مکرر باعث کاهش اپیزودهای گریه می شود. پس از تغذیه، نوزادان معمولاً به حالت خواب می روند. نشانه های سیری شامل مکیدن غیر تغذیه ای با مکث طولانی تر بین دفعات مکیدن، رها کردن سینه و، ناپدید شدن نشانه های گرسنگی و اتخاذ یک وضعیت (ریلاکس) آرام شود. کمک به والدین در درک رفتارهای شیرخوار به آنها کمک می کند تا به طور کلی در مراقبت از فرزند خود اعتمادبنفس بیشتری داشته باشند.

حالات هشیاری نوزاد

حالت	مشخصه
خواب عمیق	بیدار کردن مشکل ،تنفس منظم ،حرکت جزئی،ممکنست پرش داشته باشد
خواب سبک	ممکنست بیدار شودوبه خواب رود.حرکات بدنی هست.حرکات پلک هست.تنفس نامنظم
خواب الودگی	افزایش حرکات بدنی،باز کردن پلک ها.برای شیر خوردن براحتی بیدار می شود ولی با آرام کردن بخواب می رود
هشیاری توام با سکوت	هشیار. بازکردن چشم .پایش اطراف بخصوص چهره ها. حالت مطلوب برای شیر خوردن
هشیارفعال	شروع به بدخلقی ونشان میدهدکه باید پوشکش عوض شود. اگر نیاز هایش برآورده نشود بدخلقی به گریه تبدیل می شود
گریه	گریه ای که بیش از 20ثانیه طول می کشد.معمولاً میتوان نوزاد را بابغل کردن، تغذیه، تعویض کهنه آرام کرد .توجه به مدت ، شدت ودفعات گریه لازم است که استراتژی لازم برای مداخله تعیین شود

Temperament خلق و خو

خلق و خوی و مزاج به ویژگی های شخصیتی ذاتی یک فرد اشاره دارد. این ویژگی های شخصیتی در بدو تولد وجود دارند و بر نحوه تعامل شیرخواران با دنیای اطرافشان تأثیر می گذارند. خلق و خو بر توانایی نوزاد در کنترل وضعیت خود اثر دارد و اینکه می تواند به راحتی از حالتی به حالت دیگر تغییر کند. سه دسته کلی شرح داده شده است: آسان یا انعطاف پذیر، چالش برانگیز یا دشوار، و محتاط یا دیرجوش. مطالعات نشان داده اند که مزاج نوزاد می تواند بر تغذیه از سینه مادر تأثیر بگذارد و نتایج متفاوت بوده است، ولی حداقل 2 مطالعه نشان داده است که نوزادان و شیرخواران چالش برانگیز احتمالاً ماه های کمتری نسبت به نوزادان و شیرخواران با مزاج های دیگر از سینه مادر تغذیه می کنند چرا که ممکنست بدخلقی هایش، مادر را به این باور برساند که نوزاد یا شیرخوار از شیر مادر خود راضی نیست و سیر نمی شود. توان تشخیص و درمیان گذاشتن با مادر ممکن است کمک کند تا برای مدت طولانی تری شیردهی را ادامه دهد. در عین حال، یک نوزاد آسان و راحت ممکن است بدون اینکه والدین متوجه این مشکل شوند، شیرکافی مصرف نکند. مزاج مادر هم به اندازه مزاج نوزاد مهم است. یک مادر مضطرب ممکن است شیردهی را با مشکل مواجه کند، زیرا نمی تواند ببیند که نوزادش چقدر شیر مصرف می کند. سایر مادران ممکن است علائم گرسنگی نوزاد خود را متوجه نشوند یا تشخیص ندهند. در واقع، ترکیب مزاج کودک و مادر ممکن است بر موفقیت شیردهی تأثیر بگذارد.

مسائل و چالش های رایج بیمارستانی Common Hospital Issues and Challenges

آنکیلوگلوسیا (لجام یا بند زبان)

بحث و جدل قابل توجهی در مورد تعریف، تشخیص و بروز آنکیلوگلوسیا وجود دارد. اکثر پزشکان موافقت می کنند که آنکیلوگلوسیا، که معمولاً به عنوان بند زبان شناخته می شود، به یک فرنولوم محکم متصل در قسمت قدامی زبان اطلاق می شود که بر عملکرد زبان تأثیر می گذارد. و ممکن است منجر به مشکل مکیدن، درد نوک سینه، کمبود شیر، اختلال در افزایش وزن، خستگی مادر و ناامیدی شود. به دلیل تفاوت در حرکات زبان مورد نیاز بین دو روش تغذیه بطری و سینه مادر، ممکن است تغذیه از پستان بیشتر متاثر شود. اطلاعات کمی برای سایر اشکال لجام وجود دارد مانند لجام خلفی یا لجام لب. فقدان تعاریف روشن و ابزار تشخیصی منجر به تشخیص بیش از حد آنکیلوگلوسیا و اعمال جراحی غیرضروری دهان در نوزادان و شیرخواران

بدون شواهد واضحی از مسائل آناتومیکی شده است. بنابراین، قبل از اقدام به جراحی غیرضروری باید ارزیابی کاملی برای سایر علل مشکلات تغذیه از سینه مادر انجام شود.

علائم و نشانه ها: شایع ترین علامت آنکیلوگلووسیا درد نوک سینه مادر است. نوک پستان ممکن است بعد از شیردهی صاف یا حالت نیشگون گرفته بگیرد. ممکن است شواهدی از ترومای نوک پستان، مانند خراشیدگی، وزخم وجود داشته باشد. ممکن است باخارج کردن زبان از دهان باحالتی شبیه قلب در نوک زبان مواجه شویم زیرا لجام به قسمت قدام و وسط زبان متصل است. کشش رو به جلو زبان محدود است. اگر زبان از لثه خارج نشود، نوزاد ممکن است سینه را گاز بگیرد. درد مادر ممکن است منجر به خارج کردن پستان و/یا مهار رفلکس جهش شیر شود. مشکل مکیدن، تولید کم شیر، افزایش وزن ناکافی، خستگی مادر و ناامیدی مشخصه مجموعه یافته‌ها در نوزادان و شیرخواران مبتلا به آنکیلوگلووسیا است.

ارزیابی

اگر نوزاد خوب پستان را بگیرد و، شیر کافی دریافت کند و مادر بدون درد باشد، ظاهر فرنولوم مهم نیست. در غیر این صورت، ارزیابی دقیق دهانی نوزاد برای مشاهده توان خارج کردن زبان از روی لثه پایین و مشاهده محدودیت تحرک زبان مورد نیاز است. ارزیابی دهان با انگشت، از جمله حرکت دادن انگشت زیر زبان بصورت جاروکردن، ممکن است برای لمس یک فرنولوم سفت مفید باشد. مادر باید از نظر شواهد صدمه نوک پستان مورد ارزیابی قرار گیرد.

اقدام درمانی

فرنولومی که بر تغذیه اثر می گذارد، می تواند به راحتی توسط یک پزشک آموزش دیده در طول زمان بستری نوزاد در بخش زایمان یا سرپایی انجام شود. (فرنوتومی). در صورتی که مشکلی در تغذیه وجود نداشته باشد، هیچ داده ای برای پشتیبانی از بریدن فرنولوم زبانی وجود ندارد. بررسی Cochrane نشان داد که تحقیقات کافی در مورد آنکیلوگلووسیا وجود ندارد، اما فرنوتومی لینگوال ممکن است درد نوک پستان مادر را کاهش دهد. قسمت قدامی یک فرنولوم محکم یا ضخیم با قیچی بریده می شود. برای تسکین چیزی فراتر از ساکارز معمولاً مورد نیاز نیست، بخیه نیز لازم نیست. نوزاد باید از نظر خونریزی از محل تحت نظر باشد، گرچه این خونریزی معمولاً کم است یا وجود ندارد زیرا رباط متصل به زبان نسبتاً بدون عروق است. بلافاصله بعد از عمل می توان نوزاد را به سینه گذاشت. با توجه به فقدان اجماع پزشکی، بهتر است پزشکان مراقبت دهنده از جمله پزشک نوزاد و مشاور شیردهی، قبل از اقدام به عمل با والدین صحبت کنند

و به یک تصمیم موافق دوجانبه برسند. علاوه بر این، هیچ داده ای برای حمایت از قطع فرنول لب (بند لب) برای بهبود تغذیه از پستان وجود ندارد

اختلال عملکرد حرکات دهانی

برخی از نوزادان چه باتغذیه پستانی چه بطری مشکل در گرفتن پستان و برداشت شیر دارند. آنها ممکن است قادر به مکیدن باشند، اما نمی توانند بلع و تنفس را هماهنگ کنند. این می تواند منجر به تغذیه ناموثر، کاهش وزن بیش از حد، به حلق پریدن و خفگی و هیپوکسی شود.

علائم و نشانه‌ها

نوزاد مبتلا به اختلال عملکرد دهان و حرکت آن ممکن است مکیدن ضعیفی داشته باشد. تغذیه ممکن است زمان زیادی طول بکشد. توزین قبل و بعد از تغذیه ممکن است عدم انتقال شیر را نشان دهد. سینه‌های مادر ممکن است به دلیل عدم تخلیه مناسب دچار احتقان شود. شایع ترین علت اختلال عملکرد حرکتی دهان زایمان زودرس است. نوزادان اواخر نارس (هفته 34 تا 36 بارداری) بخش بزرگی از نوزادانی را تشکیل می دهند که مکیدن، بلع و تنفس را به اندازه کافی هماهنگ نمی کنند. این را می توان در نوزادان مادران دیابتی و نیز در شرایطی که نقص های آناتومیکی، مانند شکاف کام و هیپوتونی همراه تریزومی 21 (به فصل 13،)، یا قرار گرفتن در معرض داروها در رحم مشاهده کرد. (فصل 16).

ارزیابی

یک معاینه فیزیکی کامل از نظر ناهنجاری های آناتومیک، ضعف عضلانی، رفلکس های غیر طبیعی و ظاهر غیرطبیعی انجام شود.

مداخله درمانی

باید برای کمک به تغذیه با یک مشاور بین المللی شیردهی، متخصص خبره تغذیه از سینه مادر، یا متخصص کاردرمانی مشورت شود. گزینه های زیادی برای نوزادانی که دارای نقایص آناتومیکی هستند، مانند شکاف لب یا کام یا هیپوتونی، وجود دارد تا آنها را با موفقیت از پستان تغذیه کند. (به عنوان مثال، نگهداری بروش Dancer برای نوزاد مبتلا به هیپوتونی). اولویت باید ابتدا حفظ رابطه شیردهی و تولید شیر مادر باشد. حتی نوزادانی که نمی توانند به طور موثر شیر کافی از سینه مادر برداشت کنند، می توانند از «مکیدن برای آرامش» استفاده کرده، از تغذیه با شیر دوشیده مادر سود ببرند. متخصص می تواند به والدین نحوه استفاده

از بطری های مخصوص (در صورت نیاز) که سرعت را تنظیم می کنند آموزش دهد. نوزادانی که علیرغم دریافت کمک قادر به دریافت حجم کافی نیستند، نیاز به لوله بینی معده و مراقبت در بخش مراقبت های ویژه نوزادان دارند. اگر نوزاد نتواند از پستان تغذیه کند، باید به مادر آموزش داد که تا زمانی که عملکرد دهانی-حرکتی نوزاد بهبود یابد، شیرش را با شیردوش بدوشت.

هیپوگلیسمی

هیپوگلیسمی یکی از شایع ترین نگرانی های پزشکان در مورد نوزادانی است که از پستان مادر تغذیه می کنند. امکان کاهش خطر هیپوگلیسمی با تماس فوری و مداوم پوست به پوست مادر و نوزاد و شروع زودهنگام تغذیه از پستان وجود دارد. مصرف انرژی نوزادان و در نتیجه کاهش استفاده از گلوکز درونیش با شروع زودهنگام تماس پوست به پوست که استرس نوزاد را کاهش داده به تنظیم دمای نوزاد کمک می کند کاهش می یابد. غلظت گلوکز خون 1 تا 2 ساعت پس از تولد به حد کمی می رسد. پاسخ انطباقی به غلظت پایین گلوکز خون در نوزادانی که از پستان مادر تغذیه می شوند، افزایش غلظت اجسام کتونی و مواد دیگر است که تا زمانی که تغذیه از سینه مادر استقرار یابد به عنوان سوخت جایگزین برای نوزاد عمل می کند.

علائم و نشانه ها

علائم بالینی هیپوگلیسمی ممکن است وجود نداشته باشد، غیر اختصاصی یا آشکار باشد، مانند تغییرات رفتاری (مثل تحریک پذیری، بی حالی، استیوپور، کما)، آینه، تاکی پنه، دوره های سیانوتیک، هیپوترمی، هیپوتونی، لرزش، تشنج، بی ثباتی دما، و تغییر در الگوهای تغذیه و/یا پاسخ نوزاد.

علل

به طور کلی، نوزادان ترم سالمی که از سینه مادر تغذیه می کنند، هیپوگلیسمی علامتدار را تجربه نمی کنند. اگر هیپوگلیسمی علامت دار ایجاد شود، یک بیماری زمینه ای باید رد شود. نوزادان مادران دیابتی، نوزادان کوچک یا بزرگ برای سن حاملگی و نوزادان نارس از جمله گروه های شایع در معرض خطر هیپوگلیسمی هستند.

ارزیابی

پایش معمول سطح گلوکز خون در نوزادان ترم بدون علامت که در معرض خطر نیستند ضروری نیست. غلظت گلوکز خون باید در نوزادان در معرض خطر مانند نوزادان نارس، نوزادان مادران دیابتی، و آنهایی که برای سن حاملگی کوچک هستند و همچنین آنهایی که علائم بالینی دارند اندازه گیری شود. نوزادان در معرض خطر و آنهایی که غلظت غیرطبیعی گلوکز خون دارند باید قبل از هر بار تغذیه پایش و تا زمانی که چندین غلظت طبیعی گلوکز خون قبل از تغذیه حاصل شود نیاز به نظارت مداوم دارند. نظارت سریال مانع از شیردهی معمولی نمی شود. علاوه بر این، نوزادانی که دچار کاهش وزن بیش از حد هستند و/یا نگرانی از تغذیه ناکافی برای آنها وجود دارد، ممکن است از آزمایش گلوکز بهره مند شوند.

مداخله درمانی

هیپوگلیسمی را می توان با تماس زود هنگام پوست به پوست و شروع تغذیه از سینه مادر در یک ساعت اول پس از زایمان کاهش داد. تغذیه زود هنگام از سینه مادر منع نمی شود، حتی اگر یک نوزاد معیارهای در معرض خطر پایش گلوکز را داشته باشد. مداخله در نوزاد بدون علامت که از سینه مادر تغذیه می شوند، افزایش دفعات به سینه گذاشتن به هر 1 تا 2 ساعت و بررسی مجدد سطح گلوکز خون قبل از تغذیه بعدی است. اگر شیردهی به تنهایی نتواند غلظت گلوکز خون را اصلاح و حفظ کند، باید ژل گلوکز، شیر دوشیده شده انسان یا شیر خشک ارائه شود. هیپوگلیسمی علامت دار نیاز به درمان وریدی (IV) گلوکز دارد. تا زمانی که نوزاد از نظر بالینی پایدار است، شیردهی باید ادامه یابد، حتی اگر گلوکز IV ارائه شود.

(زردی در فصل 9، توضیح داده شده است).

درد نوک پستان

درد نوک سینه شایع ترین شکایت مادران شیرده در دوره بلافاصله پس از زایمان است، اما ممکن است در هر زمانی با آن مواجه شوند. با این حال، درد نوک پستان نباید طبیعی تلقی شود. درد نوک پستان که فراتر از درد یا ناراحتی ساده یا حتی دردی که پس از شروع وعده شیردهی یا پس از جهش شیر ادامه یابد، باید فوراً بررسی شود. اگر نادیده گرفته شود، می تواند منجر به مشکلات دیگری مانند احتقان، ماستیت یا قطع زود هنگام شیردهی شود (به فصل 10، نگهداری از شیردهی: مادر مراجعه کنید).

برخی از منابع بالقوه درد نوک سینه ها در دوره بلافاصله پس از زایمان عبارتند از

• تکنیک ناموثر تغذیه از سینه مادر ، به ویژه پوزیشن نامناسب ولچ ناموثر. اینها شایع ترین علل درد نوک پستان در دوره بلافاصله پس از زایمان هستند. علاوه بر این، اگر نوزاد درست پستان را نگرفته باشد انتقال شیر مختل شده منجر به وزن گیری ناکافی نوزاد و اختلال در تولید شیر خواهد شد. مادرانی که جراحی شکمی حاصل سزارین یا جراحی های دیگر داشته باشند باید پوزیشن راحت مانند زیر بغلی (کلاچ) را برای شیردهی اتخاذ کنند(تا نوزاد در وضعیت راحت در آغوش مادر قرار گرفته بتواند بخوبی پستان را بدهان ببرد).

• ترومای مولدشقاق، مثل پاکسازی بیش از حد پستان ، عدم خنثی کردن مکش قبل از خارج کردن پستان از دهان شیرخوار، متغیرهای آب و هوا، و حساس بودن منحصر به فرد پوست درحالی که به غیر از استحمام معمولی نیازی به تمیز کردن نوک پستان نیست. به مادر توصیه کنید خود داری کند از استعمال صابون روی نوک سینه هایش ، زیرا ممکن است موجب تحریک پوست شود

• عدم تطابق قطر نوک پستان مادر و اندازه دهان نوزاد ممکن است مولد مشکل لچ در روزها یا هفته های اولیه شود. ممکن است لازم شود که تا زمان رشد نوزاد که بتواند به طور موثر سینه را بگیرد، تغذیه نوزاد با شیر دوشیده شده ضروری باشد. ارزیابی و گزینه های مدیریت برای درد نوک پستان در فصل 10، توضیح داده شده است.

ناکافی بودن شیر

کمبود شیر، چه واقعی و چه ذهنی، یک دلیل رایج برای قطع شیردهی است. کم شیری یک اصطلاح نادرست است زیرا به عدم تولید شیر مادر، اعم از اولیه یا ثانویه، یا عدم برداشت شیر توسط نوزاد اشاره دارد(تعیین شود علت مادر است یا شیرخوار یا هر دو). از آنجایی که بیشتر نوزادان بین 24 تا 72 ساعت پس از تولد بیمارستان را ترک می کنند، دریافت ناکافی شیر و کم آبی مشکلاتی هستند که ممکن است تا زمان مراجعه بعدی دیده نشوند. مشکلات ناشی از مصرف ناکافی شیر معمولاً با مداخلات مناسب قابل پیشگیری و/یا درمان هستند. ارزیابی رسمی تغذیه از سینه مادر (بافر م مشاهده) قبل از ترخیص از بیمارستان برای اطمینان از تکنیک مناسب شیردهی مهم است.

علائم و نشانه ها

مصرف ناکافی شیر منجر به تأخیر دفع مدفوع یا دفعات کم، کاهش پرونده ادرار، زردی زودرس، نوزاد گرسنه تسکین ناپذیر، بی حالی و/یا کاهش وزن بیش از حد روزانه بیش از صدک ۷۵ مورد انتظار می

شود. به طور کلی، اختلالات قابل توجهی در الگوهای تولید و عرضه، تغذیه و دفع وجود دارد (جدول 8-4).⁽⁴⁾

جدول 8-4 مصرف و برون ده نوزادی که از سینه مادر تغذیه می شود

Table 8-4. Breastfed Newborn Intake and Output Norms

Day	Age (h)	Milk Volume per Feeding (mL)	Milk Volume That the Mother Sees	Characteristic of the Day	No. of Feedings	No. of Voids a	No. of Stools a,b	Stool Appearance
1	0-24	0-5	Drops	Anything goes	>6	≥1	≥1	Meconium
2	24-48	5-10	1 tsp	Feeding frenzy	≥8 c	2-3	1-2	Meconium
3	48-72	10-20	1 tbsp	Starting to get milk	≥8 c	4-6	≥3	Transitional
4	72-96	20-30	1 oz	Dealing with milk volume	≥8	4-6	≥4	Transitional
5	>96	>30	>1 oz	Growing	≥8	6-8	≥4	Yellow

a The newborn has 24 hours to void and 48 hours to produce stool after birth.

b There may be a lull in stool production after the meconium is cleared out of the system, while the newborn waits for the mother's milk to come in.

c Newborns may feed very frequently before the milk comes in—

even hourly for the first few nights. Adapted
from Stellwagen LM, Schanler RJ. Breastfeeding the newborn. In: McInerney
TK, Adam HM, Campbell DE, DeWitt TG, Foy JM, Kamat DM, eds.
American Academy of Pediatrics Textbook of Pediatric Care.
2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.

علل کم شیری

مصرف ناکافی شیر می تواند به علت عدم تولید شیر یا ناتوانی شیرخوار در برداشت شیر باشد. اگرچه علل اولیه ناتوانی تولید شیر نادر است (و اغلب خود را به صورت عدم رشد سینه در دوران بارداری نشان می دهد)، تاخیر در لاکتوژنز 2 ممکن است با باقی ماندن قطعه ای از جفت، نارسایی اولیه هیپوفیز، دیابت یا داروهای خاص مادر رخ دهد. مادرانی که تحت عمل جراحی سینه قرار گرفته اند نیز در معرض خطر تولید ناکافی شیر هستند، به خصوص اگر اعصاب و مجاری قطع شده باشد. ناکافی بودن شیر معمولاً ناشی از روتین های نامناسب تغذیه اولیه از جمله استفاده از شیر کمکی است. گاهی اوقات، ممکن است نوزاد قادر به برداشت موثر شیر نباشد که می تواند منجر به کاهش تدریجی شیر شود. مثل نوزادان نارس به ویژه نوزادان اواخر نارس (هفته های 34 تا 36 بارداری)، و برخی از نوزادان با مشکلات عصبی یا ناهنجاری های دهانی. هر عاملی که برداشت شیر را محدود می کند می تواند منجر به کاهش سنتز شیر شود، زیرا عوامل موضعی پستان بر تولید شیر نظارت می کنند (فصل 5مراجعه شود).

ارزیابی

مرور شرح حال حول وحوش زایمان اغلب به شناسایی عوامل مادری و/یا نوزادی که نیاز به بررسی دارند کمک می کند. مادری که سینه هایش در دوران بارداری بزرگ نشده یا تا 5 روز پس از زایمان پر نشده باشد، ممکن است مشکلات ساختاری یا هورمونی داشته باشد که منجر به تولید ناکافی شیر شود. مشاهده مستقیم تغذیه از سینه مادر ممکن است نشان دهنده لچ یا پوزیشن نامناسب یا تلاش ناکافی نوزاد باشد (کوتاه خوردن، سریع به خواب رفتن و تغذیه ناهماهنگ مثلاً ناشی از سندرم ترک و علل دیگر). قبل از شروع هر مداخله باید معیارهای رشد نوزاد بررسی شود. اگرچه کاهش وزن قابل توجه معمولاً نشان دهنده وجود مشکل در تامین شیر و/یا انتقال شیر به نوزاد است، کاهش وزن ممکن است در نوزادانی نیز رخ دهد که از

دست دادن غیر محسوس آب ناشی از گرم کننده های تابشی بیمارستان یا اپیزودهای گریه طولانی باشد. وزن نوزاد هنگام تولد نیز ممکن است به طور کاذب تابعی از سرم دریافتی پری ناتال که در طی زایمان طولانی به مادر داده می شود، افزایش یابد. و دیورز بعدی نوزاد پس از زایمان ممکن است کاهش وزن را قابل توجه تر کند. بررسی دریافت مایعات وریدی پری پارتوم ممکن است در بررسی کاهش وزن بیش از حد نوزاد در اولین روزهای پس از زایمان مفید باشد. نوموگرام زایمان سزارین NEWT (www.newbornweight.org) می تواند به جلوگیری از این مشکل در تفسیر تزریق بیش از حد مایعات کمک کند. وزن نوزاد 24 ساعت پس از تولد ممکن است قابل اعتمادتر از وزن هنگام تولد باشد، زیرا بیشتر مایعات اضافی باید تا آن زمان از طریق کلیه دفع شده باشد. همچنین، کاهش وزن بیش از حد ظاهری ممکن است ناشی از ترازو باشد، به خصوص زمانی که ترازوهای جداگانه در محل زایمان و پس از زایمان وجود دارد. ارزیابی وزن قبل و بعد تغذیه را می توان با استفاده از ترازوهای الکترونیکی انجام داد (فصل 14). یک گزارش که در آن نوزادان در چند هفته اول پس از تولد ارزیابی شدند، پیش بینی بالایی از تولید یابرداشت ناکافی شیر را نشان داد که اگر بعد از چند روز اول پس از تولد تغییر وزن قبل و بعد تغذیه کمتر از 45 گرم باشد شیرسازی ناکافی است. دوشیدن دستی یا مکانیکی شیر ممکن است برای تعیین حجم کل شیر قبل از تغذیه یا حجم شیر باقیمانده در پستان پس از شیردهی کمک کند که چنانچه حجم باقیمانده زیاد باشد (بیش از 30 میلی لیتر)، ممکن است عامل نگرانی باشد. قبل از انجام ارزیابی های قبل و بعد از شیردهی باید اقدامات کمتر تهاجمی مانند مشاهده تغذیه یا معاینه انجام شود.

مداخله درمانی

هدف اصلی در برخورد با ناکافی بودن شیر افزایش تولید شیر و انتقال شیر است. صرف نظر از علت، مشاوره با متخصص شیردهی مجاز باید در نظر گرفته شود. درمان اولیه بستگی به منشاء اتیولوژیک دارد اما معمولاً شامل افزایش دفعات شیردهی و افزودن اثربخشی آن است. همچنین ممکن است مادران پس از هر بار شیردهی برای افزایش تحریک سینه و تخلیه آن نیاز به دوشیدن مکانیکی شیر داشته باشند. مصرف شیرکمی ممکن است با کاهش دفعات تغذیه و تخلیه کامل سینه، موجب استاز و کاهش تولید شود. با این حال، اگر تولید شیر با افزایش دفعات شیردهی ولج درست زیاد نشود ممکن است مکمل ضروری باشد. همچنین اگر شیر به طور قابل توجهی ناکافی باشد یا علائم کم آبی یا سوءتغذیه وجود داشته باشد، ممکن است شیرکمی لازم باشد. مایعات ترجیحی بعنوان کمکی به ترتیب عبارتند از، شیردوشیده مادر خودش، شیر پاستوریزه اهدایی از یک بانک شیر که از دستورالعمل های انجمن بانکداری شیر انسانی آمریکای

شمالی پیروی می کند، و فرمولا. آب گلوکز یک مایع ترجیحی نیست. به طور قابل توجهی کالری کمتری نسبت به شیر فراهم می کند و هیچ ماده دیگری ندارد و حرکت روده را مانند شیر تحریک نمی کند. بسته به شرایط، اگر کم آبی یا سوء تغذیه وجود داشته باشد، باید به نوزاد شیر کافی داده شود تا افزایش وزن بهبود یابد. شیردهی باید با افزودن شیر کمکی در طول یا بعد از شیردهی ادامه یابد. در عین حال، مادر باید از تکنیک های دوشیدن شیر استفاده تا تولید شیر را افزایش دهد. با افزایش تولید شیر، نیاز به شیر کمکی کاهش می یابد.

احساس ناکافی بودن شیر

اگر ارزیابی عینی حاکی از دریافت کافی شیر است ناکافی بودن ذهنی مطرح می شود. مهم است که به مادر اطمینان داده شود که شیر او کافی است و دانش لازم برای ارزیابی کفایت شیر در اختیار او قرار گیرد. حتی با آموزش مناسب قبل از تولد، بسیاری از زنان و بسیاری از فرهنگ ها فکر نمی کنند که آغوز شیر است و حجم آغوز تولیدی در 2 تا 5 روز اول پس از تولد (2 تا 20 میلی لیتر در هر تغذیه) را برای نوزاد ناکافی می دانند.

پری پستان و احتقان

پر شدن طبیعی سینه در لاکتوژنز 2 به دلیل احتقان عروقی رخ می دهد. احتقان عبارت است از پر شدن بیش از حد، سفتی منتشر و دردناک سینه ها و ادم معمولاً به دلیل برداشت بدفعات کم یا نا موثر است که معمولاً در روزهای 3 تا 7 پس از زایمان مشاهده می شود. (فصل 10). بنابراین بهترین درمان احتقان سینه پیشگیری از طریق شیر دادن مکرر یا دوشیدن ملایم بادرست یا شیردوش است. در صورت عدم درمان، ممکن است منجر به مشکلاتی در لچ و ماستیت شود. اگر نوزاد نمی تواند به اندازه کافی و مکرر از سینه تغذیه کند تا از احتقان پیشگیری کند دوشیدن با شیردوش توصیه می شود.

شیر کمکی برای نوزادی که از سینه مادر تغذیه می شود

در حالی که هدف تغذیه انحصاری شیرخوار از سینه مادر است، برخی قادر به دستیابی به این هدف در کوتاه مدت یا بلند مدت نیستند. برخی از مادران مقدار زیادی شیر دارند، اما نوزاد نمی تواند آن را برداشت کند. برخی از نوزادان تغذیه خوبی هستند، اما شیر مادر کافی نیست. با تغییرات فرهنگی و فناوری های تولید مثل، مادران بیشتر و بیشتر از هر زمان دیگری مسن تر هستند و ممکن است بیماری های زمینه ای

داشته باشند که بر توانایی آنها در تولید شیر اثر بگذارد. توانایی تامین تغذیه نوزاد در این شرایط اولویت شماره یک است، در حالی که باید مشکل اصلی زمینه ای تغذیه پستانی را برطرف کرد.

به طور معمول، اولین قدم در بیمارستان این است که مادر از شیردوش دوقلوی بیمارستانی استفاده کند. هر مقدار شیری که جمع آوری می شود باید به نوزاد داده شود، حتی اگر فقط قطراتی باشد. در روزهای اول پس از زایمان، برخی از مادران می توانند شیر بیشتری را به صورت دستی نسبت به شیردوش برقی بدوشند. اما تحریک با شیردوش هم مفید است. اگر حجم شیردوشیده با شیردوش ناکافی است برای رفع نیازهای نوزاد، شیر پاستوریزه انسانی یا شیر خشک برای رفع نیاز نوزاد داده می شود. حجم کل شیردوشیده و کمکی باید تقریباً حدودی باشد که نوزادی که از سینه مادر تغذیه می کند دریافت کند. (جدول 4-8 را ببینید). دادن بیش از حد شیر کمکی به نوزاد در اوایل ممکن است از تغذیه مکرر از سینه مادر جلوگیری کند، بنابراین تولید شیر مادر را مختل می کند. در حدود روز 5 یا 6 پس از زایمان، نوزادان باید حجم کامل تغذیه را دریافت کنند.

روش های مختلفی برای تغذیه نوزادان با شیردوشیده مادر یا کمکی وجود دارد. بسته به شرایط نوزاد، شیر را می توان با قاشق، فنجان، سرنگ، مکمل رسان یا حتی بطری های با کنترل سرعت ارائه کرد. استفاده از مکمل رسان (SNS) که در آن نوزاد در کنار پستان از لوله تغذیه ای این وسیله که بدھانش وارد می شود شیر کمکی را دریافت می کند و لذا سینه مادر برای تولید بیشتر تحریک می شود. نوزاد نیز لچ و مکیدن از پستان را ادامه می دهد. این رویکرد به عنوان تغذیه سه جزئی (تغذیه از سینه مادر، دوشیدن و دادن شیر کمکی) نامیده می شود. برای اطلاعات بیشتر به فصل 14، فناوری حمایت تغذیه از سینه مادر مراجعه کنید.

طرح ترخیص از بیمارستان

آمادگی ترخیص و کرایتریای ترخیصی

آکادمی اطفال آمریکا (AAP) معیارهای ترخیص نوزاد از بیمارستان و چک لیست آمادگی ترخیص را منتشر کرده است. علاوه بر مواردی مانند علائم حیاتی طبیعی و دفع ادرار و مدفوع، نوزاد باید حداقل 2 بار تغذیه موفقیت آمیز از پستان را انجام داده باشد که توسط یک پرسنل آگاه مشاهده شده باشد. خانواده باید در مورد تغذیه از سینه مادر، زردی و سایر مشکلات شایع نوزادان آموزش ببینند. یک پزشک یا مرکز مراقبت سرپایی انتخاب شود و شماره تلفنی برای تماس داشته باشند.

آموزش و راهنمایی پیش‌بینی‌کننده

موفقیت تغذیه از پستان نه تنها در شروع شیردهی که با طول مدت تغذیه از سینه مادر و شیردهی انحصاری اندازه‌گیری می‌شود. توجه دادن خانواده و دوستان به نیازهای مادر و نوزاد و مشارکت دادن آنها برای کمک و حمایت از زنان شیرده در زمان ترخیص از بیمارستان، شیردهی موفق و طولانی مدت را تسهیل می‌کند. آموزش باید ساده، هدفمند و از نظر فرهنگی حساس باشد، با درک این مطلب که عوامل هورمونی و خستگی مادر ممکن است باعث عدم توان برداشت همه مطالب شود.

آموزش کلی

باید شامل اطلاعاتی در مورد وضعیت در آغوش گرفتن نوزاد، لچ، الگوهای تغذیه مورد انتظار و دفع، زردی، و علائمی که باید به پزشک مراجعه کنند. آموزش را می‌توان به روش‌های مختلف، از جمله کلاس‌های مراقبت از نوزاد و آموزش‌های فردی با استفاده از مطالب غیرتجاری یا فیلم‌های ویدئویی انجام داد. به مادران باید اطلاعاتی در مورد گروه‌های حامی معتبر برای شیردهی، مشاوران شیردهی و خدمات تریاژ تلفنی داده شود. از زمان همه‌گیری COVID-19، پیگیری‌های شیردهی از طریق پزشکی از راه دور، از جمله مشاوره از راه دور با پزشکان اطفال و/یا متخصصان شیردهی، و همچنین مشاوران هم‌تا، در دسترس است. اقامت کوتاه مدت در بیمارستان و دریافت کمک محدود از فامیل دور نیاز به حمایت از شیردهی بعد از ترخیص را افزایش دهد. پس از ترخیص از بیمارستان گروه‌های حمایتی می‌توانند اعتماد بنفوس مادر به توانمندی شیردهی را افزایش دهند. به نظر می‌رسد راهبردهایی که ارتباط چهره به چهره ارائه می‌دهند مؤثرتر باشند، و البته ارائه خط تلفن 24 ساعته برای کمک نیز ارزشمند است. مشاوران شیردهی اغلب برای ادامه مراقبت به صورت سرپایی در دسترس هستند و اطلاعات تماس این منابع را می‌توان قبل از ترخیص در اختیار خانواده قرار داد. مادران شیرده باید دستورالعمل دوشیدن دستی و مکانیکی شیر را دریافت کنند تا بتوانند در صورت جدایی از فرزند تولید و جریان شیر خود را حفظ کنند. بسته‌های ترخیص حاوی شیر خشک، گول‌زنک و/یا مواد تبلیغاتی تجاری نباید ارائه شود. دوستان و سایر اعضای خانواده باید تشویق شوند تا به مادر به گونه‌ای کمک کنند که از شیردهی حمایت کند. آنها ممکن است در ارزیابی شیردهی، آروغ گرفتن، در آغوش گرفتن، تسکین و آرام کردن، حمام کردن نوزاد و همچنین کمک به مادر در انجام سایر کارهای خانه کمک کنند.

مکمل ویتامین و موادمعدنی برای نوزاد و شیرخوار

ویتامین D: AAP توصیه می کند باید همه نوزادان روزانه 400 واحد بین‌المللی ویتامین D دریافت کنند تا از راشیتیسسم جلوگیری شود. از آنجایی که ترکیبات تجاری در غلظت ویتامین D متفاوت هستند، عاقلانه است که دوز را به واحد (IU 400) به جای حجم (به میلی لیتر) توصیه کنند. کارآزمایی‌های راندوم نشان داده که اگر مادری ۶۴۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین D در روز مصرف کند، می‌تواند به اندازه کافی ویتامین D را از طریق شیرش برای کودکش تامین کند. با این حال، روش فعلی به طور کلی این است که نوزاد تازه متولد شده را با 400 واحد بین‌المللی ویتامین D در روز در زمان ترخیص از بیمارستان نسخه می‌کنند.

مولتی ویتامین: در اکثر مناطق جهان به مکمل مولتی ویتامین بطور روتین در نوزادان ترم شیر مادر خوار نیازی نیست. در بسیاری از کشورهای کم درآمد/کمبود ویتامین A در نوزادان، شیرخواران و کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، مشاهده شده است و برنامه‌هایی برای مکمل یاری دوره ای توصیه می‌شود. غلظت ویتامین در شیر انسان ممکن است تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار گیرد. سوء تغذیه مادر و اعتیاد به الکل شرایطی هستند که توصیه به مصرف مولتی ویتامین برای مادر می‌شود. مادرانی که از رژیم گیاهخواری پیروی می‌کنند، ویتامین B12 کافی را از رژیم غذایی خود دریافت نمی‌کنند و این ممکن است باعث کاهش غلظت B12 در شیر آنها شود. نوزادان آنها ممکن است با کمبود ویتامین B12 بدون علائم واضح در مادر مراجعه کنند. بنابراین، مادران گیاهخوار باید یک مکمل مولتی ویتامین دریافت کنند تا ریزمغذی کافی دریافت کرده باشند. (به فصل 10، مراجعه کنید.) اگر مادر مولتی ویتامین مصرف می‌کند، نیازی به دادن مکمل‌های ویتامین محلول در آب به شیرخوار نیست. نوزادان نارس باید همزمان با دریافت شیر انسان و تغذیه مختلط با شیر انسان، مولتی ویتامین دریافت کنند.

آهن

ذخایر آهن در بدو تولد یک عامل مهم در تعیین خطر کم‌خونی در دوران شیرخوارگی است. در نوزادان سالم رسیده، که عموماً ذخایر آهن کافی دارند، با تغذیه انحصاری با شیر مادر قبل از 6 ماهگی خطر چندانی برای کم‌خونی وجود ندارد (فصل 9). در نوزادان نارس، یا در برخی موارد کم‌خونی مادر یا نوزاد، مکمل آهن ضروری است (فصل 12)

مراقبت اصولی از پستان مادر شیرده

به مادر باید اطلاعات اولیه مراقبت از سینه داده شود. باید به او آموزش داده شود که به جز اجتناب از صابون‌های تند و مواد شوینده مستقیماً روی نوک پستان و آرنول، به مراقبت خاصی نیاز ندارد. استفاده از یک سوتین راحت و بدون فشار به پستان در دوران شیردهی توصیه می‌شود. اگر از یک سوتین از نوع فنردار استفاده می‌شود، باید مراقب باشید که هیچ بافتی از پستان را فشرده نکند، که منجر به تخلیه ناکامل و احتمال انسداد مجرای شیر شود. همچنین باید به مادران در مورد استفاده از پد سینه برای جذب شیرنشستی مشاوره شود. اینها می‌توانند پدهای پارچه‌ای قابل استفاده مجدد باشند یا پدهای یکبار مصرف. در صورت انتخاب پدهای یکبار مصرف، باید از آنهایی که با آستر پلاستیکی پوشانده شده اند خودداری کرد تا احتمال ایجاد صدمه نوک سینه با بخاطر مرطوب بودن مداوم نشود. پدهای قابل استفاده مجدد، باید مرتباً تعویض و شسته شوند. پدهای سیلیکونی نیز موجود است که جریان شیر مادر را به طور کلی متوقف می‌کند. هیچ تحقیقی در مورد این محصولات انجام نشده است.

مراقبت مادر

توصیه‌های مراقبت از مادر برای تغذیه سالم و بدون محدودیت خاص باید به مادران جدید داده شود (فصل 10). همچنین باید از مادران جدید در مورد برنامه‌های پیشگیری از بارداری قبل از ترخیص از بیمارستان سؤال شود (فصل 17). مادران باید آگاه باشند که اکثر داروها در دوران شیردهی بی‌خطر هستند، اما هر زمان که او دارو را شروع می‌کند، باید با مشاور شیردهی یا پزشک اطفال خود برای اطمینان از بی‌خطر بودن آن مشورت کند. همچنین برای مادران مهم است که از نظر خلق و خوی و اختلالات اضطرابی پری‌ناتال غربالگری شوند و به منابع خود مراقبتی پس از زایمان ارجاع داده شوند. مانند پروژه سه ماهه چهارم (<https://jordaninstituteforfamilies.org/activate/4thtrimesterproject>)

. NewMomHealth.com یا

پیگیری

حمایت عمومی

باید به هر مادر شیرده اسامی و شماره تلفن افراد آگاه را که می‌توانند به صورت شبانه روزی مشاوره شیردهی را ارائه دهند، داده شود. اگر چه پزشکان مراکز مراقبت اولیه از مادر شیرده حمایت می‌کنند، اما منابع اجتماعی دیگری مانند برنامه تغذیه مکمل ویژه برای زنان، نوزادان و کودکان وجود دارد. گروه‌های

حمایت از همتایان (به عنوان مثال، La Leche League). منابع پزشکی از راه دور؛ و پشتیبانی از پیام های متنی اطلاعات تماس با متخصصان و منابع آگاه باید به اشتراک گذاشته شود و مادران باید تشویق شوند که در آن شرکت کنند.

پیگیری متخصص اطفال:

قبل از ترخیص از بیمارستان، باید برای ویزیت مطب وقت گرفته شود. در حالت ایده آل، خانواده ها به مطب های دوستدار شیردهی ارجاع داده می شوند (فصل 11). سیاست آکادمی اطفال آمریکا توصیه می کند که تمام نوزادانی که قبل از 48 ساعت پس از تولد ترخیص می شوند، ظرف 48 ساعت پس از ترخیص توسط پزشک مراقبت های بهداشتی اولیه ارزیابی شوند. اگر نوزاد قبل از 24 ساعت پس از تولد ترخیص شود یا تغذیه مبهم و نامعلوم یا زردی داشته باشد، پیگیری زودتر نیز عاقلانه خواهد بود. اگر مادر آماده ترخیص است اما نوزاد آماده نیست، باید تمام تلاش خود را بکار برد تا به مادر اجازه داده شود تا در بیمارستان بماند، چه به عنوان یک بیمار ادامه دهنده درمان یا به عنوان همراه که برای ادامه تغذیه انحصاری دسترسی به نوزاد خود داشته باشد..

پیگیری مامایی

ارزیابی تغذیه از سینه مادر باید بخشی جدایی ناپذیر از ارزیابی مامایی پس از زایمان باشد. در ویزیت معمول 4 تا 6 هفته ای پس از زایمان، متخصص مراقبت های زنان و زایمان باید شیردهی را ارزیابی کند و از تصمیم بیمار برای شیردهی حمایت کند (به فصل 10، حفظ شیردهی: مادر مراجعه کنید).

برگشت به کار:

پزشک می تواند با مادر تازه زایمان کرده که قصد دارد به زودی پس از زایمان به سر کار خارج از خانه بازگردد یا به ادامه تحصیل برگردد، در مورد برنامه ها صحبت کند. زمان بازگشت به کار و برنامه ای برای تنظیم تغذیه نوزاد و عرضه و تولید شیر باید قبل از تاریخ پیش بینی شده بازگشت مورد بحث قرار گیرد (به فصل 10 مراجعه کنید، حفظ شیردهی: مادر؛ فصل 14، فناوری حمایت از شیردهی. و فصل 15، حمایت از شیردهی در طول جدایی مادر و نوزاد).

ارتباط با ارائه دهنده مراقبت

اگر متخصصین زنان و زایمان از مسائل مربوط به شیردهی که می تواند بر نوزاد شیرمادر خوار تاثیر بگذارد آگاه شود، باید این مسائل به متخصص مراقبت های بهداشتی اطفال، مدیران مراقبت و ارائه دهندگان مراقبت از کودک (و بالعکس، در صورت لزوم) اطلاع داده شود. همچنین از متخصصان مراقبت های بهداشتی بستری تا متخصصان مراقبت های بهداشتی سرپایی. مطلع شوند.

فصل 9

تداوم تغذیه از سینه مادر با تمرکز بر نوزاد و شیرخوار

Maintenance of Breastfeeding: The Newborn and Infant

راهنمایی توام با مهارت فرا راه (باپیش بینی) و حمایت مثبت برای حفظ شیردهی حیاتی است. هنگامی که پزشکان درک خوبی از مسائل رایج شیردهی داشته باشند، قادر به تسهیل امر سلامت و رشد نوزاد و شیرخوار و مادری که شیردهیش راحت و با اعتمادبنفس باشد خواهند بود. مسائل رایج برای حفظ تغذیه نوزاد و شیرخوار از سینه مادر در این فصل بررسی می شود.

Newborn Jaundice زردی نوزاد

زردی نوزاد با شروع زودهنگام در مقابل زردی دیررس یا پایدار Early-Onset Versus Late or Persistent Jaundice

بسته به زمان بروز آن، 2 گروه اصلی زردی در نوزادان وجود دارد. هر دو نوع زردی دارای علل فیزیولوژیک و پاتولوژیک است که باید از هم تفکیک داده شوند (شکل 9-1). همه نوزادان در هفته اول پس از تولد درجاتی از زردی فیزیولوژیک زود هنگام دارند (که ممکن است درجاتی از محافظت را از طریق اثر آنتی اکسیدانی و مکانیسم‌های مبارزه با عفونت ایجاد نمایند). زردی پاتولوژیک زودهنگام یا زردی که در هفته اول پس از تولد اتفاق می افتد و از سطوح فیزیولوژیکی فراتر می رود، تقریباً همیشه همراه مصرف ناکافی شیر است. به جای "یرقان تغذیه از سینه مادر بهتر است" به عنوان "یرقان دریافت کمتر از حد مطلوب" "suboptimal intake jaundice" توصیف کرد و پاتوژنز آن را نتیجه افزایش گردش روده ای کبدی enterohepatic بیلی روبین در نظر گرفت. مدیریت خوب و حمایت برای تغذیه از سینه مادر می تواند با جلوگیری از مصرف ناکافی یا تشخیص زودهنگام آن و رفع آن به پیشگیری از زردی پاتولوژیک زودرس کمک کند. سایر علل زردی پاتولوژیک زودهنگام شامل ایزوایمونیزاسیون و سایر علل همولیز و همچنین افزایش تجزیه heme ناشی از سفال هتاموم است.

زردی فیزیولوژیک دیررس یا پایدار زردی است که علیرغم افزایش وزن کافی ادامه دارد و می تواند 2 تا 3 ماه ادامه یابد. در سن 28 روزگی، 34% از نوزادانی که تغذیه عمده از سینه مادر دارند، سطح بیلی روبین پوستی حداقل 5mg/dl ، 9% دارای سطوح حداقل 10mg/dl و 1% دارای سطوح حداقل 1mg/dl

12/9 هستند. اگرچه به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است، پاتوژنز این زردی طولانی مدت مبهم باقی مانده است. افتراق شکل فیزیولوژیکی دیر هنگام یا پایدار از زردی پاتولوژیک دیررس بررسی بیلی روبین سرم و اطمینان از اینکه همگی بیلی روبین غیر کونژوگه است متمایز می شود. زردی پاتولوژیک دیررس یا پایدار، که دارای درصد بیشتری از بیلی روبین کونژوگه است، باید زود تشخیص داده شود و به سرعت درمان شود. نگران کننده ترین علت آترزی صفراوی است که برای بهبود پیش آگهی نیاز به درمان سریع جراحی دارد.

همراهی تغذیه از سینه مادر وزردی

زردی یکی از شایع ترین دلایل بستری مجدد نوزادان ترم و اواخر نارسایی در بیمارستان است. حمایت و اقدامات کافی برای شروع تغذیه از سینه مادر که اطمینان دهنده مصرف کافی شیر باشد کمک می کند که احتمال زردی پاتولوژیک زودرس کاهش یابد، بنابراین از نیاز به بستری مجدد در بیمارستان جلوگیری می کند. باید همه نوزادان در هر دوره ارزیابی از نظر دریافت کافی شیر و همچنین وجود زردی پاتولوژیک از طریق معاینه دقیق و ارزیابی عینی زردی با بررسی بیلی روبین پوستی یا سطح بیلی روبین سرم و ادامه معمولاً 24 تا 48 ساعت پس از ترخیص از بیمارستان مورد بررسی قرار گیرند. اگر زردی پاتولوژیک زودرس یافت شود، برای تعیین علل زمینه ای مانند عفونت، همولیز حاد یا مصرف ناکافی شیر، مورد ارزیابی قرار گیرد. اگر بر اساس معیارهای عینی (نگاه کنید به شکل 9-1)، تشخیص داده شود که نوزاد از طریق دهان دریافتی کافی ندارد، باید یک ارزیابی کامل شیردهی توسط یک متخصص آموزش دیده، شامل مشاهده تغذیه از سینه مادر و ارزیابی تولید شیر، لچ موثر و انتقال شیر انجام شود. اولین گزینه برای شیرکمی نوزادی که دریافت ناکافی دارد باید حتی الامکان شیر دوشیده خود مادر باشد. اگر نوزاد بیش از آنچه که مادر تولید می کند نیاز دارد، مهم است که به بدن مادر سیگنال هایی برای تولید بیشتر داده شود به این ترتیب که که ابتدا نوزاد را از سینه تغذیه می کند و سپس پمپاژ می کند، تا شیر کامل ایجاد و حفظ شود و این کار باهدف نهایی بازگشت به شیردهی انحصاری انجام می شود.

نوزادان اواخر نارسایی در معرض خطر بیشتری برای ایجاد کرنیکتروس هستند و اغلب "مقلدهای عالی تغذیه از پستان هستند" اما فاقد قدرت و توان، هماهنگی یا قدرت لازم برای انتقال کافی شیر و دادن سیگنال به بدن مادر برای تولید بیشتر شیر هستند. پزشکان نمی توانند تصور کنند که این نوزادان نمی توانند مانند نوزادان رسیده تغذیه کنند. در بیمارستان که هستند بنظر می رسد به خوبی شیر می خورند ولی هنگامی که در خانه هستند، ممکن است بنیه کافی برای خوردن حجم بیشتر را نداشته باشند. آنها ممکن است برای

دریافت مقدار کافی شیر تلاش کنند و ممکن است سرعت افزایش وزن کمی نشان دهند. علاوه بر این، ممکن است برداشت شیر کمتر از حد مطلوب باشد و ممکن است به اندازه کافی باعث تحریک تولید شیر مادر نشوند. بنابراین، مشاهده و تحت نظر بودن دقیق نوزادان اواخر نارسای ضروری باشد. در صورت نیاز به فوتوتراپی می توان آن را در اتاق مادر وکنار مادر انجام داد. مگر اینکه نوزاد بیمار باشد یا نزدیک به سطح تعویض خون باشد و بخاطر زردی نیاز به NICU نداشته باشد. فوتوتراپی شدید intensive را می توان در حالی که نوزاد بامادر در تماس پوست به پوست یا تغذیه از پستان هستند انجام داد. اگر مشخص شود که نوزاد کم آب است و/یا دریافت خوراکی ناکافی دارد، علاوه بر تسهیل مصرف کافی، مهم است که (الف) مادر-کودک از نظر لچ موثر، تولید شیر و انتقال شیر ارزیابی و بطور مناسب مداخله شوند. (ب) دریافت شیر مادر را با بهبود لچ و در صورت نیاز با دوشیدن شیر به حداکثر رسانید. و (ج) اگر مشخص شود که تولید مادر کمتر از نیاز نوزاد است، به بدن مادر سیگنال داده شود که تولید بیشتر مورد نیاز است لذا علاوه بر مکیدن شیرخوار، دوشیدن با دست یا پمپاژ شیر انجام شود. تا به سطح نیاز نوزاد برسد. با افزایش شیر مادر، می توان شیر کمکی را کاهش داد. در موارد نادر زردی که به سطح تعویض خون نزدیک می شود، ممکن است شیردهی - اما نه سیگنال دهی به پستان - برای کمک به کاهش سریع سطح بیلی روبین کودک قطع شود.

جدول مقایسه زردی زودرس در مقابل زردی دیررس:

<p>زردی زودرس = 7 روز اول</p> <p>زودرس فیزیولوژیک زود هنگام:</p> <p>شرح: بیک-3-4 روز و سن داخل رحمی پائین تر تا 7 روز</p> <p>ارزیابی:</p> <p>غربالگری روتین 24-36 ساعت بعد تولد</p> <p>TSB کمتر از صدک 75 بوتانی بر حسب ساعت عمر</p> <p>ارزیابی ریسک فاکتورهای نوروتوکسیسیته و ریسک فاکتور زردی پاتولوژیک زودرس مثلا همولیز</p> <p>ارزیابی موثر و کافی بودن مصرف شیر</p> <p>درمان:</p> <p>هیچ مگر تحت نظر observation قرار گرفتن</p> <p>حمایت از تغذیه کافی و اگر شواهد بالینی یا آزمایشگاهی مصرف ناکافی وجود دارد کمکی</p>

پیگیری در 48 ساعت از ترخیص یا 3-5 روزگی
دوره: انتظار می رود کاملاً بر طرف شود (مراجعه به نوع فیزیولوژیک تاخیری

زردی پاتولوژیک زودرس=7 روز اول

شرح: ممکنست بیک 3-4 تابیش از 7 روز باشد؟؟/

سرعت افزایش بالا (24 ساعت اول هر ساعت بیش از 2/ ساعت 24- تا 39 ساعت-؟ بیش از 16/ میلی
گرم/ساعت. 40-72 ساعت بیش از 1/ میلیگرم/ساعت)؟؟؟

زردی 4 ساعت اول

TSB درنوموگرام بوتانی بالاتر از صدک 76-96 است.

و بر این اساس برخورد نسبت به آستانه فوتوتراپی

ارزیابی برای فاکتورهای احتمالی علت وریسک:

همولیز مثلا (G6PD-ABO-RH-some Minor antigene(E-c-Duffy...Kel.)

Sepsis infection

Bruising/hematoma

بلع خون مادری

اختلال کنژوگاسیون

تولد زود هنگام

تشدید جریان روده ای کبدی بعلت:

تاخیر دفع مدفوع-کم آبی /از دست دادن حجم-مصرف ناکافی شیر)

اختلال مامبران گلبول قرمز

مصرف ناکافی شامل کاهش وزن بیش از صدک 76% NEWT، علائم کم آبی، و/یا هیپرناترمی

درمان:

پایش TSB بصورتی که توصیه شده

پیگیری نیاز به فوتوتراپی

ارزیابی موثر بودن و کفایت مصرف شیر و نیاز به شیر کمکی مثلا بالینی و آزمایشگاهی عدم کفایت مصرف

شامل کاهش وزن بیش از صدک 75 منحنی NEWT، علائم کم آبی و/یا هیپرناترمی

مراقبت شدید اگر بعد تعویض خون برسد

دوره:

انتظار می رود آمادگی کاملی موجود باشد (مراجعه به زردی فیزیولوژیک پایدار)

زردی پاتولوژیک = بالای 7 روز تا 2-3 ماهگی: فیزیولوژیک تاخیری یا پایدار و پاتولوژیک تاخیری / پایدار

زردی فیزیولوژیک تاخیری / پایدار

شرح: زردی پایدار در شیرخواری که از سینه مادر شیر می خورد و در حال رشد است؟؟؟

ممکنست زمینه ای انواعی از موتاسیون کنژوگاسیون بیلروبین داشته باشد که با شیر انسان تشدید می شود

افزایش خفیف بیلروبین که ممکنست هفته ها ادامه یابد (کمتر از 20م/صد)

ارزیابی:

آزمایش بیلروبین برای مستقیم و غیر مستقیم

درمان:

هیچ فقط تحت نظر observe

حمایت از تغذیه موثر و اگر علائم بالینی یا آزمایشگاهی مصرف ناکافی دارد شیر کمکی داده شود

پیگیری تا زردی برطرف شود

دوره:

انتظار می رود کاملاً برطرف شود.

زردی پاتولوژیک تاخیری یا پایدار

شرح:

زردی پایدار بعد 7 روز که ممکنست حال عمومی خوب یا اختلال رشد FTT یا علائم دیگر داشته باشد

تعیین بیلروبین مستقیم و غیر مستقیم و ارزیابی پاتولوژی زمینه ای: همولیز، RH-ABO-G6PD

اختلال کنژوگاسیون مثلاً ژیلبرت، نارس بودن، کریگلر نجاتیپ 2، موتاسیون رایج

آسیبایی (GATP/UGT)، تیروزینمی، کمبود آلفا 1 آنتی تریپسین

عفونت ادراری

هیپوتیروئیدی

متابولیک (مثلاً گالاکتوزمی)

اختلال مامبران گلبول قرمز

درمان:

ارجاع به متخصص گوارش اطفال

درمان هر پاتولوژی زمینه ای

اگر FTT موجود است به حداکثر رساندن تغذیه

دوره

بستگی به پاتولوژی زمینه ای دارد

باید آترزی صفراوی قبل از هفته 6-8 مشخص شود.

جهش رشد Growth spurt

جهش رشد در نوزادان و شیرخواران شایع است – نوزادان باسن 2 هفته بیشتر از زمانی که 2 ماهه اند مصرف نمی کنند. در طول جهش رشد، کودک گرسنه تر از حد معمول عمل می کند و ممکن است بخواهد بیشتر بخورد (معمولاً 2 تا 3 روز) یا بیشتر زیرسینه بماند، که ممکن است باعث شود مادر فکر کند که شیر او کافی نیست و باید شیر کمکی را برای سیر شدنش به او بدهد. تقریباً یک سوم مادران شیرده این دوره های جهش رشد را با نوزادان خود 1 بار یا بیشتر در طول شیردهی تجربه می کنند. بیشتر در طول 3 ماه اول شیردهی (معمولاً حدود 2 تا 3 هفته پس از تولد، 6 هفتگی و 3 ماهگی) رخ می دهد و مدت آن کوتاه است. هنگام انجام ارزیابی ها در این دوره های جهش رشد، شرح حال و معاینه چیزی را نشان نمی دهد. بررسی کنید که داروی جدیدی که ممکن است تولید شیر را کاهش دهد، مانند داروهای ضد بارداری خوراکی یا ضداحتقان ها مصرف نشده باشد. شیردهی اضافی در طی چند روز باعث افزایش شیر شده الگوی تغذیه طبیعی را از سر خواهد گرفت. ارائه راهنمایی پیش بینی نگر در مورد الگوهای تغذیه شیرخوار به مادر غالباً از مصرف غیر ضروری شیر کمکی و زود شروع کردن غذای کمکی جلوگیری میکند. اگر مشکل بیش از 3 یا 4 روز ادامه داشت، مادر برای کفایت تولید و شیرخوار برای افزایش وزن ارزیابی شود

امتناع از شیر خوردن (اعتصاب)

امتناع ناگهانی نوزاد یا شیرخوار برای شیر خوردن، که اغلب به آن "اعتصاب شیر خوردن" می‌گویند، می‌تواند در هر زمانی رخ دهد و ممکن است به اشتباه توسط مادر به عنوان طرد شخصی، امتناع از رابطه تغذیه از سینه مادر، یا شواهدی مبنی بر بد بودن شیر یا ناکافی بودن آن تلقی شود. این رفتارها معمولاً در شیرخواران بزرگ تر اتفاق می‌افتد و مادر ممکن است «اعتصاب شیر خوردن» را نشانه ای برای شروع غذای کمکی یا از شیر گرفتن تعبیر کند، مگر اینکه بدانند این رفتارها وجود دارد و چه باید بکند.

اعتصاب شیر خوردن الگوهایی از رفتار شیرخواران هستند که ممکن است با شروع قاعدگی مادر، تغییر در رژیم غذایی، تغییر در صابون، عطر، یا دئودورانت مادر. یا استرس مادر، انسداد بینی شیرخوار، بیماری او، ریفلکس معده به مری، حملات به حلق پریدن یا احساس خفگی و دندان درآوردن ارتباط داشته باشد. شیرخوار بزرگ تر ممکن است به طور ناگهانی زمانی که مادر به سر کار برمی‌گردد، وقتی بطری داده می‌شود یا زمانی که جدایی دیگری اتفاق می‌افتد ایجاد شود. گاهی اوقات، از شیر خوردن از یک سینه خودداری می‌کنند. گاهی اوقات این اتفاق پس از یک ماستیت رخ می‌دهد، چون طعم شیر کمی شورتر است. همچنین گزارش‌هایی مبنی بر بدخیمی پستان وجود دارد. اگر بتوان دلیل را شناسایی و تغییر داد، معمولاً شیر خوردن به سرعت از سر گرفته می‌شود. هنگام انجام ارزیابی و گرفتن شرح حال و معاینه تغییری مشاهده نمی‌شود. از نظر درمان، تلاش برای بازگرداندن به تغذیه از سینه مادر ممکن است چند روز یا بیشتر طول بکشد. شیرخواران ممکن است زمانی که خواب‌آلود هستند یا تازه بیدار می‌شوند، با میل بیشتری شیر بخورند، که اصطلاحاً تغذیه رویایی نامیده می‌شود. روش‌های دیگر برای برقراری مجدد رابطه تغذیه پستانی عبارتند از: خصوصی سازی و برقراری سکوت در زمان تغذیه و بدون حواس پرتی. افزایش بغل کردن و میزان نوازش او، از جمله مراقبت پوست به پوست (شکل 9-2). و استفاده از حمام کردن مشترک به عنوان یک راهبرد ایجاد آرامش و برقراری رابطه مجدد. تمام تلاش‌ها و عملکرد شیردهی باید زمانی انجام شود که شیرخوار آرام است و به شدت گرسنه نیست و مادران باید از اجبار شیرخوار به شیر خوردن یا درگیری با شیرخوار خودداری کنند. اکثر شیرخواران به تغذیه از سینه مادر باز می‌گردند، اما اغلب با اعمال شرایط خودشان. از کاربرد شیشه شیر خودداری شود. استفاده از روش‌های دیگر تغذیه در این مدت، مانند تغذیه از فنجان، اغلب در غلبه بر امتناع سینه‌ها موفق است. باید به مادران توصیه کرد تولید شیر را با دوشیدن دستی یا با شیردوش حفظ کنند، به طوری که امتناع از سینه با تولید ناکافی شیر مادر همراه نباشد.

Ankyloglossia

که معمولاً به عنوان لجام یابند زبان شناخته می شود، یک ناهنجاری مادرزادی دهان در نوزادان است که ممکن است منجر به مشکل در شیر خوردن و درد نوک سینه مادر، کمبود شیر، وزن گیری ناکافی، خستگی مادر و ناامیدی وی شود. به دلیل تفاوت در حرکات زبان بین روش های تغذیه، ممکن است تغذیه پستانی بیشتر از تغذیه بابتی متأثر شود. (به فصل 8، مراجعه کنید).

الگوهای رشد نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند

منحنی رشد طبیعی

در سال 2010، استانداردهای رشد سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان منحنی های رشد برای کودکان تا 2 سال اول عمر توسط (CDC) پذیرفته شد. استفاده از این منحنی ها توسط آکادمی اطفال آمریکا (AAP) تایید شده است. منحنی ها از یک مطالعه آینده نگر چند ملیتی و چندفرهنگی بر روی نوزادان و شیرخوارانی که سالم بوده و به طور مطلوب از سینه مادر تغذیه می شدند، به دست آمد. این منحنی ها در وب سایت CDC در دسترس هستند و استاندارد مراقبت برای ارزیابی رشد همه نوزادان و شیرخواران محسوب می شوند. اگر از نمودارهای رشد دیگری استفاده شود، و رشد طبیعی نوزاد و شیرخوار تغذیه شونده از سینه مادر را به اندازه کافی منعکس نکند، ممکنست نتایج حاصل از ترسیم آن با شیر خوار تغذیه شونده از سینه مادر اشتباه باشد.

منحنی های کاهش وزن نوزادان

یک مطالعه بزرگ با بیش از 100000 نوزاد سالم، کاهش وزن را بصورت منحنی نشان می دهد و از آن زمان تایید شده و در www.newbornweight موجود است. این منحنی ها مسیر وزن نوزادان را بر اساس نوع زایمان و روش تغذیه نشان می دهند (به فصل 8، مراجعه کنید). کاهش وزن بیش از صدک 75 کاهش وزن مورد انتظار باید ارزیابی تغذیه را برای اثربخشی لچ، تولید شیر و انتقال شیر انجام دهد.

Growth Faltering تاخیر رشد

نگرانی کاهش رشد نیز باید زمانی ایجاد شود که وزن نوزاد یا شیرخوار برای سن (یا وزن بر حسب طول) بیش از 2 SD کمتر از میانه (تقریباً صدک پنجم) تغییر کند یا وزن برای سن بیش از 2 کانال صدک منحنی رشد به سمت پایین سقوط کند. ارزیابی تغذیه نوزاد یا شیرخوار با وزن گیری یا رشد قدی آهسته و مختل

شامل بررسی میزان شیر و مصرف آن توسط شیرخوار، مناسب بودن غذای کمکی، و ریزمغذی‌ها (مثلاً روی) و محیط تغذیه ای می باشد. اصول ارزیابی سندرم شیر ناکافی باید برایشان در نظر گرفته شود. (به فصل 8 مراجعه کنید).

ویتامین ها و مواد معدنی

مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی: برای حفظ غلظت کافی ویتامین D در سرم، همه نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می‌شوند باید به طور معمول 400 واحد در روز ویتامین D از زمان ترخیص از بیمارستان دریافت کنند، (به فصل 8 مراجعه کنید). در اکثر مناطق جهان، در نوزادان رسیده تغذیه شونده از سینه مادر، نیازی به مکمل‌های مولتی ویتامین و آهن نیست.

Iron آهن

ذخایر آهن در بدو تولد یک عامل مهم در تعیین خطر کم خونی در دوران شیرخوارگی است. در نوزادان رسیده سالم، که عموماً ذخایر آهن کافی دارند، با تغذیه انحصاری با شیر مادر قبل از 9 ماهگی، خطر کم خونی کم است. اگرچه ممکن است شاخص‌های بیوشیمیایی وضعیت آهن در سنین بین 6 تا 9 ماهگی در برخی از شیرخواران پائین باشد. ممکن است بعض شیرخواران قبل از 6 ماهگی برای حمایت از ذخایر آهن نیاز به قطره های آهن خوراکی داشته باشند مثلاً کسانی که سابقه کم خونی یا از دست دادن خون در بدو تولد. با گرایش به تاخیر در بستن بند ناف، ممکن است نیاز کمتری به مکمل آهن داشته باشند. در حدود 6 ماهگی، آهن باید به شکل غذاهای کمکی حاوی آهن یا غنی شده با آهن یا قطره آهن با دوز 1 میلی گرم/کیلوگرم در روز تجویز شود. گوشت های پوره شده منابع خوبی از آهن هم هستند. غلات غنی شده با آهن برای شیرخواران حاوی آهن زیست دسترس کمتر هستند اما همچنان منبع متوسطی از آهن هستند.

Fluoride فلوراید

مکمل فلوراید در نوزادان و شیرخواران در 6 ماه اول پس از تولد توصیه نمی شود. پس از آن، مکمل فلوراید تنها در صورتی توصیه می شود که منبع آب محلی حاوی کمتر از 0.3 ppm فلوراید باشد، در این صورت 0.25 میلی گرم در روز توصیه می شود. مصرف فلوراید مادر بر محتوای فلوراید شیر انسان تأثیری ندارد.

Zinc روی

دریافت روی از شیر انسان تا سن 6 ماهگی کافی است و شیرخواران پس از این دوره به غذاهای کمکی یا مکمل متکی هستند. نوزادان و شیرخواران نارس یا کم وزن در معرض افزایش خطر ابتلا به کمبود روی هستند که معمولاً با کاهش رشد ظاهر می شود. کمبود شدید تر روی با درماتیت اطراف سوراخهای بدن همراه است. روی در ترکیبات مولتی ویتامین مایع برای نوزادان یا شیرخواران گنجانده نشده است، بنابراین یک مکمل مایع را می توان با 10 میلی گرم در میلی لیتر روی المنتال فراهم کرد. دوز مصرفی مکمل 1 میلی گرم/ک در روز است. گوشت های پوره شده یا غلات غنی شده با چند ریزمغذی، منابع عالی روی برای شیرخوار بزرگتر که غذاهای کمکی دریافت می کنند می باشد.

طول مدت تغذیه انحصاری از سینه مادر و شروع غذای کمکی

AAP تغذیه انحصاری از سینه مادر را برای تقریباً 6 ماه اول عمر توصیه می کند. علاوه بر این، از ادامه تغذیه شیرخوار از سینه مادر، همراه با غذاهای کمکی مناسب که در حدود 6 ماهگی شروع می شوند، تا زمانی که مادر و کودک به مدت 2 سال یا بیشتر بخواهند ادامه دهند، پشتیبانی می کند. این توصیه با دستورالعمل های WHO و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا مطابقت دارد. کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا هم، تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای 6 ماه اول عمر توصیه می کند، و ادامه تغذیه از سینه مادر همراه غذای کمکی در طول سال اول یا بیشتر، به همان صورت که مادرو شیرخوار تمایل دارند. پروژه بارداری و تولد تا 24 ماهگی وزارت کشاورزی ایالات متحده به این نتیجه رسید که شروع تغذیه کمکی زودتر از 6 ماهگی هیچ فایده ای برای شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود از نظر رشد یا وضعیت آهن ندارد، اما ممکن است خطر اضافه وزن و چاقی را افزایش دهد، به خصوص اگر تغذیه کمکی قبل از 4 ماهگی شروع شده باشد. با دادن غذای بیشتر و متنوع تر، مادران باید در ادامه تغذیه با شیر مادر تا زمانی که مادر و کودک تمایل متقابل دارند در 2 سال اول زندگی فرزندشان یا بعد از آن، مطابق با توصیه های WHO، حمایت شوند. غذایی که در برنامه WIC به مادران شیرده که منحصراً شیرخودشان را می دهند، حاوی یک منبع کامل از غذاهای کمکی برای شیرخواران 6 تا 12 ماهه است. تعیین دقیق زمان ورود غذاهای کمکی به رژیم غذایی شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود دشوار است و در واقع ممکن است سن بهینه واحدی برای همه شیرخواران وجود نداشته باشد. تصمیم گیری در مورد شروع غذاهای کمکی برای شیرخواران بطور انفرادی باید بر اساس تعدادی از ملاحظات باشد، از جمله وزن هنگام تولد، سرعت رشد پس از تولد، آمادگی تکاملی، و این تصور که شیرخوار به غذای بیشتری نیاز دارد

و با شیر دادن بیشتر سیر نمی شود. شیرخوارانی که نارس یا کوچک برای سن بارداری به دنیا آمده اند ممکن است زودتر از سایر شیرخواران به ریزمغذی هایی که از طریق غذاهای کمکی تامین می شود، به ویژه آهن و روی نیاز داشته باشند.

به تعویق انداختن شروع غذاهای کمکی بیش از 6 ماهگی به دلیل افزایش خطر کمبود ریزمغذی ها و افزایش احتمال ابتلا به بیماری آتوپیک توصیه نمی شود.

الگوی خواب

کمبود خواب، در مادر یا نوزاد یا شیرخوار، یکی از نگرانی های رایج والدین است. انتظارات والدین و پزشکان از خواب بر اساس هنجارهای فرهنگی شکل می گیرد که ممکن است مبتنی بر فیزیولوژی طبیعی و رفتار نوزاد یا شیرخوار نباشد.

مادر

نوزادان و شیرخواران سالمی که از سینه مادر شیر می خورند اغلب برای تغذیه بیدار می شوند و بر راحتی بیدار می شوند. در مراحل اولیه برقراری شیردهی، مهم است که شیرخوار با هر نشانه شیرخواستن و حداقل 8 تا 12 بار در 24 ساعت در 2 تا 3 ماه اول عمر، از جمله در طول شب، از سینه مادر شیر بخورد. مادرانی که در طول بستری شدن در بیمارستان پس از زایمان به طور مداوم با فرزندشان در هم اتاقی قرار می گیرند، می توانند به مدت مشابه مادرانی که نوزادانشان از اتاقشان بیرون آورده می شوند، بخوابند و کیفیت خواب ممکن است در هم اتاقی بهتر هم باشد. از آنجایی که نوزادان نیاز به مراقبت شبانه روزی دارند، ایده آل این است که، مادران تشویق و حمایت شوند تا در چند هفته اول فقط بر نیازهای نوزاد و خودشان تمرکز کنند و تا حد امکان، هر زمان که نوزاد می خوابد بخوابند - از جمله چرت زدن در طول روز را در برنامه روزانه خود بگنجانند به طوری که بتوانند با نیازهای فیزیولوژیکی کودک خود سازگار شوند..

Sharing a Room but Not a Bed اشتراک در اتاق اما نه تخت خواب

تغذیه شبانه از سینه مادر را می توان راحت تر کرد اگر نوزاد یا شیرخوار در اتاق مادر باشد اما نه روی یک سطح خواب، بلکه سطح خواب جداگانه و تایید شده برای نوزادان، به ویژه در طول دوره ای که بیشترین خطر موجود است (4 ماه اول). اشتراک اتاق بدون استفاده از تخت مشترک، پاسخ دادن به نشانه های تغذیه ای شیرخوار را در طول شب تسهیل می کند، در حالی که خواب مادر نسبتاً بدون مزاحمت انجام

می شود. برخی از خانواده ها ممکن است ترجیح دهند از یک تخت متصل نوزاد (که گاهی اوقات به آن "همخوابه" گفته می شود) یا داشتن گهواره مستقل در کنار تخت خود استفاده کنند. اگرچه استفاده از تخت مشترک (یعنی استفاده از یک سطح خواب مشترک با نوزاد) در اکثر نقاط جهان، از جمله کشورهای با درآمد/منبع بالاتر رایج است، و می تواند طول مدت تغذیه از سینه مادر و انحصاری بودن آن را افزایش دهد، AAP چنین چیزی را تایید نمی کند. به دلیل نگرانی از مرگ ناگهانی و غیرمنتظره شیرخوار، که شامل سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، خفگی تصادفی یا گیرافتادن یا مرگ به دلایل ناشناخته. خانواده هایی که تخت مشترک را با شیرخوار خود انتخاب می کنند باید از خطرات آن آگاه باشند و بدانند که استفاده از تخت مشترک ممکن است خطرناک باشد، به ویژه در شرایط خاصی مانند زایمان زودرس، قرار گرفتن در معرض دود سیگار و تنباکو، استفاده مادر از مواد آرام بخش و تخدیر کننده یا داروهای این چینی، و وجود بستر نرم

Sharing a Room but Not a Bed Conducting nighttime feedings can be made easier by allowing the newborn or infant to sleep in the same room as the mother but on a separate and approved sleep surface for babies, particularly during the period of greatest risk (when the baby is younger than 4 months). Room sharing without bed-sharing facilitates responding to the baby's feeding cues throughout the night, while leaving the mother's sleep relatively undisturbed. Some families may prefer using an attached bedside bassinet (sometimes called a "co-sleeper") or having a freestanding bassinet next to their bed. Although sharing a bed (ie, sharing the same sleep surface with a baby) is a common sleeping arrangement for most of the world, including higher-income/resource countries, and can promote breastfeeding duration and exclusivity, the AAP does not endorse such a sleeping arrangement because of the concern of sudden unexpected infant death, which includes sudden infant death syndrome, accidental suffocation or strangulation, or deaths due to unknown causes. Families who choose to share a bed with their baby should be made aware of the risks and recognize that sharing a bed may be hazardous, especially under certain

conditions such as preterm birth, exposure to tobacco smoke, maternal use of sedating substances or medications, and the presence of soft bedding.

بهداشت دندان

خطر پوسیدگی دندان برای شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود، وجود دارد، همانطور که برای شیرخواری که از شیشه شیر تغذیه می کند. پوسیدگی دندان در اوایل دوران کودکی می تواند ناشی از ترکیب پیچیده ای از عوامل از جمله ژنتیک، تغذیه کلی، مراقبت های پیشگیرانه از دندان و وجود یا عدم وجود استرپتوکوک موتان باشد که معمولاً اکتسابی از مادر یا بزرگسال دیگر از طریق تماس نزدیک دهانی است. باید شیرخواران از 6 ماهگی و حداکثر 6 ماه پس از رویش اولین دندان یا 12 ماهگی (هر کدام که زودتر بیاید) به دندانپزشک مراجعه کنند. رعایت بهداشت دندان برای همه شیرخواران صرف نظر از روش تغذیه مهم است.

بیماری نوزاد و شیرخوار

شدت بیماری نوزاد و شیرخواری که تغذیه از سینه مادر را تداوم بخشد از جمله عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا تحتانی، التهاب گوش میانی و گاستروانتریت، کمتر است. به دلیل بار کم املاح، شیر انسان به شیرخوار بیمار این امکان را می دهد تا با وجود تب، اسهال یا سایر حالاتی که همراه افزایش دفع مایعات است، آب بدن خود را حفظ کند. تداوم شیردهی به کاهش شدت و مدت اسهال کمک می کند و به حفظ یکپارچگی و سلامت مخاط روده کمک می کند. با علائم تنفسی قابل توجه، نوزاد یا شیرخوار قادر است از سینه مادر بهتر شیر بخورد تا از شیشه شیر، زیرا کودک کنترل بیشتری بر جریان شیر دارد. در صورتی که قادر به شیر خوردن از سینه نباشد، می توان شیر دوشیده مادر (انسان) را از طریق سرنگ، فنجان کوچک یا لوله معده تامین کرد؟؟. علاوه بر مناسب بودن شیر انسان برای شیرخوار بیمار، به دلیل نزدیکی به مادر، راحتی و آرامش شیردهی را نیز به همراه دارد.

بستری مجدد در بیمارستان

باید نوزادان و شیرخوارانی را که از سینه مادر تغذیه می شوند به دقت پیگیری کرد تا علائمی چون کاهش وزن بیش از حد، کم آبی، هیپر بیلی روبینمی و هیپرناترمی که می تواند ناشی از مصرف ناکافی شیر باشد را مشخص کرد. همانطور که قبلاً بحث شد، انجام مشاهده تغذیه از سینه مادر برای ارزیابی موثر بودن لچ، تولید شیر و انتقال شیر و پایش روند تغییر وزن برای تشخیص و اطمینان از کمک به نوزادانی که کالری یا

حجم کافی شیر دریافت نمی‌کنند لازم است تا بتوانند رشد کنند و اگر ممکن باشد از بستری شدنشان اجتناب شود. اگر به هر دلیلی بستری شدن در بیمارستان رخ داد، باید تلاش کرد که تغذیه از سینه مادر انجام شود همراه هر مقدار شیر کمکی که بر حسب ضرورت پزشکی لازم است. علاوه بر این، ارزیابی شیردهی توسط یک متخصص آموزش دیده باید انجام شود تا علت اصلی مشکل مشخص شود و در صورت نیاز به شیر کمکی، سیگنال تولید شیر کافی به بدن مادر از طریق دوشیدن مکانیکی یا دستی انجام شود. تمام تلاش باید برای نگهداری مادر و شیرخوار در کنار هم صورت گیرد. هنگامی که مادر شیرده نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارد، باید تلاش کرد تا رابطه شیردهی را با ماندن شیرخوار در طول بستری با مادر یا آوردن شیرخوار یک یا چند بار در روز نزد مادر برای کمک و کامل کردن دوشیدن مکانیکی شیر ادامه یابد (به فصل 10، مراجعه شود)

راهنمایی برای تغذیه شیرخوار از سینه مادر در هنگام مراقبت کودک سالم و طب پیشگیری

شیرسازی و شیردهی مانند رشد و تکامل یک فرآیند پویا است، بنابراین پزشک و پرسنل مراقبت های بهداشتی باید در هر ویزیت به تغییر دستور کار توجه داشته باشد. گنجاندن ارزیابی تغذیه از سینه مادر، تشویق و راهنمایی های پیش بینی کننده ممکن است نتایج موفقیت آمیز تغذیه از سینه مادر را افزایش دهد. خلاصه ای از نکات کلیدی برای هر ویزیت از اولین ویزیت نوزاد تا 12 ماهگی در کادرهای 9-1 تا 9-7 ارائه شده است.

تغذیه با شیر مادر در سال دوم زندگی و پس از آن

AAP از ادامه تغذیه شیرخوار از سینه مادر، همراه با غذاهای کمکی مناسب که در حدود 6 ماهگی شروع می شوند، تا زمانی که مادر و کودک برای 2 سال یا بیشتر بخواهند، پشتیبانی می کند. در جوامعی که کودکان اجازه دارند تا زمانی که مایلند از سینه مادر تغذیه کنند، معمولاً بین 3 تا 4 سالگی، بدون آسیب عاطفی، خود را از شیر می گیرند. پزشکان ممکن است از این که متوجه شوند بیمارانشان در واقع بسیار طولانی تر از آنچه که فکر می کنند شیر می دهند شگفت زده شوند. اگر مادران متوجه شوند که پزشک ممکن است ادامه شیردهی آنها را تأیید یا حمایت نکند، ممکن است فاش نکنند که به شیر دادن به یک شیرخوار یا کودک بزرگتر ادامه می دهند.

مطالعاتی که مزایای تغذیه از سینه مادر را برای کودکان و مادران نشان می دهد حاکی است که بسیاری از فواید به طور مستقیم با طول مدت تغذیه از سینه مادر مرتبط است. ترکیب شیر انسان، از جمله بیشتر مواد مغذی و عوامل زیست فعال، از 12 تا 24 ماه پس از تولد تغییر قابل توجهی نمی کند. از آنجایی که سیستم

ایمنی بدن انسان ممکن است برای چندین سال به طور کامل بالغ نشود، ترکیبات شیر انسان همچنان از دفاع کودک از طریق سیستم ایمنی حمایت می کنند. همچنین تغذیه از سینه مادر باعث راحتی، آرامش و مراقبت می شود. وابستگی شدید به مادر در سالهای اولیه زندگی ممکن است یک اثر عصبی رفتاری مثبت داشته باشد. به نظر می رسد تغذیه طولانی مدت از سینه مادر برای مادر و کودک یک تجربه مثبت متقابل است.

Weaning از شیر گرفتن

می تواند به معنای آغاز روند شروع تدریجی تغذیه تکمیلی و کاهش شیردهی یا به معنای قطع کامل شیردهی باشد. از شیر گرفتن فرآیند پیچیده ای است که شامل تطابق یافتن تغذیه ای، میکروبیولوژیکی، ایمنولوژیک، بیوشیمیایی و روانی است

از شیر گرفتنی که توسط شیرخوار شروع و انجام می شود به راحتی با اعتصاب شیرخوردن اشتباه گرفته می شود. هنگامی که شیرخواران سعی می کنند خود را از شیر بگیرند دلایلی که معمولاً ذکر می شود شامل کمبود شیر (مثلاً به دلیل بیماری یا بازگشت به کار) و بیماری شیرخوار است.

از شیر گرفتنی که مادر انجام می دهد باید به تدریج و با جایگزینی یک وعده غذا با مواد جامد، یک بطری یا یک فنجان بسته به سن و مرحله تکاملی شیرخوار انجام شود. شیردهی قبل از خواب اغلب آخرین موردی است که حذف می شود. گاهی به دلیل بیماری شدید مادر یا جدایی طولانی مادر و شیرخوار، از شیر گرفتن ناگهانی ضروری است. مادران باید از روش های دستی یا مکانیکی دوشیدن شیر برای رفع پری سینه استفاده کنند. یک کمرست حمایتی و راحت بپوشند؛ و نسبت به علائم انسداد مجرا یا عفونت سینه هوشیار باشند. اقدامات دیگر، مانند کمپرس سرد، ممکن است به کاهش احتقان کمک کند. از شیر گرفتن سریع ممکن است خطر ابتلای مادر به ماستیت را افزایش دهد. باید در طول فرآیند از شیر گرفتن، در آغوش گرفتن شیرخوار و همچنین مادر انجام شود.

Box 9-1. Breastfeeding Assessment: 48 to 72 Hours After Discharge

ارزیابی تغذیه از سینه مادر

- تعداد دفعات شیر خوردن در 24 ساعت گذشته چندبار بوده است؟
- تعداد پوشک های خیس در 24 ساعت گذشته چندبار بوده است؟
- تعداد و رنگ مدفوع در 24 ساعت گذشته ؟
- آیا نوزاد برای تغذیه نیاز به بیدار کردن دارد؟
- آیا نوزاد به راحتی لچ می کند و با اشتیاق شیر می خورد؟
- آیا نوزاد شیر کمکی دریافت می کند؟
- وضعیت مادر چگونه است و چه می کند و چه احساسی نسبت به شیردهی دارد؟
- آیا باپستان بدهان گرفتن نوزاد برای مادر راحت است؟ و درد نوک سینه یا احساس فشار ندارد یا علائم فشردگی در نوک پستان دیده نمی شود؟
- آیا مادر علائم افزایش تولید شیر را دارد؟ اگر بله چه زمانی ؟ اگر نه، اهمیت پایش مادر و نوزاد را تا زمانی که این اتفاق بیفتد توضیح دهید.
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟

معاینه نوزاد و مادر

- افزایش یا کاهش وزن نوزاد از بدو تولد را محاسبه کنید.
- با اجازه مادر، شیردهی را با مشاهده و با استفاده از روش های استاندارد شده مانند فرم LATCH ارزیابی کنید.
- مادر را تشویق کنید تا نگرانی خود را در مورد تغییرات پستان در دوران شیردهی ابراز کند. معاینه و اگر ارجاع بالینی ضروری است انجام شود.
- معاینه معمول نوزاد را با توجه به عملکرد حرکتی دهان انجام دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون نوزاد را ارزیابی کنید.
- نوزاد را از نظر یرقان مشاهده کنید و در صورتی که بیلی روبین در ناحیه پرخطر یا متوسط قرار دارد برنامه پیگیری تهیه کنید.

Anticipatory Guidance راهنمایی آینده نگر-فرا راه

در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا حدود 6 ماهگی صحبت کنید.

- شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد را تشویق کنید.
- الگوهای طبیعی تغذیه از سینه مادر را مرور کنید.
- تا زمانی که شیردهی به خوبی تثبیت نشده (معمولاً در حدود 2 تا 4 هفتگی) استفاده از گول زنک رامنوع و در مورد خطرات احتمالی آن صحبت کنید.
- توصیه کنید که در نزدیکی هم بخواهید اما از به اشتراک گذاشتن همان سطح خواب خودداری کنند.
- از فواصل طولانی شبانه بدون تغذیه از سینه خودداری کنید.
- الگوهای طبیعی دفع را مرور کنید.
- نیاز به استفاده از ویتامین D را تاکید کنید.

Breastfeeding Interventions. مداخله تغذیه از سینه مادر

- قبل از استفاده از شیرکمی سعی کنید علت کمبود شیر را تعیین و درمان کنید.
- در صورت ادامه مشکلات به متخصص شیردهی ارجاع دهید.
- یک گروه حمایتی ایجاد کنید یا آنها را به یک گروه حمایتی موجود برای تغذیه با شیرمادر و شیردهی ارجاع دهید.

پایان ویزیت Closing the Visit

- به والدین به خاطر تصمیم برای شیر دادن به نوزاد خود تبریک بگویید.
- برخی از فواید شیردهی و تغذیه از سینه را مرور کنید.
- به مادر یادآوری کنید که هنگام گرسنگی غذا بخورد و در هنگام تشنگی بنوشد.
- پیگیری مناسب را ترتیب دهید تا زمانی که وزن نوزاد به اندازه کافی افزایش یابد و شیردهی به خوبی پیش رود.

Box 9-2. Breastfeeding Assessment: 1-Month Office Visit

ارزیابی تغذیه از سینه مادر

- الگوی شیر خوردنش چگونه است؟
- تعداد دفعات تغذیه در 24 ساعت چند بار است؟
- آیا شیرخوار بر حسب نیاز شیر می خورد؟
- تعداد پوشک مرطوب و مدفوع در 24 ساعت چند بار است؟
- آیا شیرخوار شیر کمکی دریافت می کند؟
- احساس مادر چگونه است؟
- مادر در مورد کفایت شیرش چه نظری دارد

معاینه نوزاد و مادر

- وزن نوزاد را در www.newbornweight.org ترسیم کنید.
- شیرخوار باید تقریباً 140 تا 200 گرم (5 تا 7 اونس) در وزن هفته اضافه کند.
- در صورت ناکافی بودن افزایش وزن یا تغذیه ناموثر پستانی با اجازه مادر، با استفاده از ابزارهای معتبر مانند فرم LATCH، شیردهی را مشاهده و ارزیابی کنید..
- غربالگری افسردگی مادر با استفاده از ابزار غربالگری استاندارد انجام شود.
- انجام معاینه کامل

Anticipatory Guidance. راهنمایی آینده نگر-فراراه

- در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا حدود 6 ماهگی صحبت کنید.
- آیا شیرخوار معمولاً 8 تا 12 بار در 24 ساعت شیر می خورد؟
- تغذیه نامحدود از سینه مادر را تشویق کنید.
- الگوهای عادی تغذیه در شب، که معمولاً 1 یا 2 بار از سینه مادر انجام می شود را مرور کنید.
- اهمیت مصرف ویتامین D را به خانواده یادآوری کنید.
- اگر شیردهی به خوبی استقرار یافته است استفاده از گول زنک هنگام خواب مشکلی ندارد.
- تغییرات در الگوهای دفع طبیعی مدفوع را توضیح دهید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- در مورد برنامه های مادر برای بازگشت به تحصیل یا کار بحث کنید.

- تکنیک های دوشیدن و نگهداری شیر مادر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون نسخه و چگونگی تأثیر آنها بر شیردهی بحث کنید

• **مداخلات Breastfeeding Interventions**

- قبل از تجویز شیرکمی ، سعی کنید علت کمبود شیر را تعیین و درمان کنید.
- در صورت ادامه مشکلات به متخصص شیردهی ارجاع دهید.

Closing the Visit

- مادر را بابت موفقیت در شیردهی تحسین کنید.
- برخی از فواید تغذیه از سینه را مرور کنید.
- تداوم تغذیه سینه ای را تشویق کنید و در مورد هر گونه راهکار برای بازگشت به کار یا تحصیل و نحوه حفظ شیردهی در صورت جدایی مادر و شیرخوار بحث کنید.
- تکنیک های دوشیدن و نگهداری شیر مادر را توضیح دهید

Box 9-3. Breastfeeding Assessment: 2-Month Office Visit

Breastfeeding Assessment

الگوی تغذیه شیرخوار چیست؟

- آیا بر حسب نیازش شیر می خورد؟
- آیا به غیر از شیر مادر شیر دیگری مصرف کرده است؟
- مادر در مورد مقدار شیرش چه نظری دارد؟
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟
- آیا مادر از غذایی پرهیز می کند؟

معاینه شیرخوار و مادر

- وزن شیرخوار را بر روی منحنی رشد کودکان 0 تا 2 ساله WHO ترسیم کنید.
- کودک باید تقریباً 140 تا 200 گرم (5 تا 7 اونس) در هفته اضافه کند.
- در صورت ناکافی بودن افزایش وزن یا تغذیه ناموثر از سینه مادر مشاهده شیردهی را انجام دهید و در مورد اثر فشار یا درد نوک پستان سوال کنید.
- معاینه معمولی را انجام دهید.

• غربالگری افسردگی مادر با استفاده از ابزار غربالگری استاندارد را انجام دهید

• راهنمایی فرا راه Anticipatory Guidance .

- در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا حدود 6 ماهگی صحبت کنید.
- آیا معمولاً 8 تا 12 بار در 24 ساعت شیر می خورد؟
- تغذیه نامحدود از سینه مادر را تشویق کنید.
- الگوهای عادی تغذیه در شب، که معمولاً 1 یا 2 بار در شب انجام می شود را مرور کنید.
- ممکنست دفعات مدفوع در شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود بطور طبیعی کمتر شود.
- در مورد دندان درآوردن شیرخوار صحبت کنید.
- در مورد برنامه های مادر برای بازگشت به تحصیل یا کار بحث کنید.
- تکنیک های دوشیدن و نگهداری شیر مادر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون نسخه صحبت کنید.
- توصیه به مصرف روزانه 400 واحد ویتامین D را داشته باشید.

Breastfeeding Interventions . مداخلات شیردهی

- قبل از تجویز شیر کمکی سعی کنید علت کمبود شیر را تعیین و درمان کنید.
- در صورت ادامه مشکلات به متخصص شیردهی ارجاع دهید.

Closing the Visit . ختم ویزیت

- مادر را بابت موفقیت مداوم در شیردهی تحسین کنید.
- فواید ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای حدود 6 ماه مرور کنید.
- ادامه شیردهی را تا حداقل 2 سالگی تشویق کنید.

Box 9-4. Breastfeeding Assessment: 4-Month Office Visit

Breastfeeding Assessment

- الگوی تغذیه شیرخوار چیست؟
- آیا کودک از شیر خوردن راضی است؟
- آیا بر حسب نیاز از سینه مادر می خورد؟
- طولانی ترین دوره خواب شیرخوار در شب چقدر است؟ اگر شب نیست، چه زمانی است؟
- آیا به غیر از شیر مادر شیر دیگری مصرف می کند؟ اگر بله چه شیری؟
- مادر در مورد کفایت شیرش چه نظری دارد؟
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟

معاینه شیرخوار و مادر

- وزن شیرخوار را روی منحنی رشد 0 تا 2 ساله WHO ترسیم کنید.
- باید تقریباً 140 تا 200 گرم (5 تا 7 اونس) در هفته وزن اضافه کند.
- اگر افزایش وزن ناکافی است، یا شیرخوردنش ناموثر است یا مادر نگرانی دارد، شیردهی را مشاهده کنید.

- معاینه معمولی را انجام دهید.
- غربالگری افسردگی مادر با ابزار غربالگری استاندارد انجام شود.

Anticipatory Guidance . راهنمایی بایم پیش بینی (فرا راه)

- آیا کودک در سن 4 ماهگی معمولاً 6 تا 12 بار در روز شیر می خورد؟
- در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا حدود 6 ماهگی صحبت کنید.
- تغذیه نامحدود از سینه مادر را تشویق کنید.
- الگوهای عادی تغذیه در شب، که معمولاً 1 یا 2 بار است را مرور کنید.
- در مورد امکان مصرف قطره آهن صحبت کنید.
- ممکنست دفعات مدفوع در شیرخواری که به طور معمول از سینه مادر شیر می خورد کمتر شود.
- در مورد شیر دادن در هنگام دندان درآوردن صحبت کنید
- در مورد افزایش عطف توجه به اطراف و عدم توجه به شیر خوردن در حین شیر خوردن صحبت کنید
- در مورد برنامه های مادر برای بازگشت به تحصیل یا کار صحبت کنید.
- تکنیک های دوشیدن و نگهداری شیر مادر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون نسخه صحبت کنید. • توصیه به مصرف روزانه 400 واحد ویتامین D را داشته باشید.

Breastfeeding Interventions. مداخلات شیردهی

- قبل از تجویز شیر کمکی سعی کنید علت کمبود شیر را تعیین و درمان کنید.
- اگر در حال افزایش وزن است و مادر از شیردهی خود راضی است، مداخله نیاز ندارد

Closing the Visit. ختم ویزیت

- مادر را بابت موفقیت مداوم در شیردهی تحسین کنید.
- برخی از فواید شیرمادر را مرور کنید

Box 9-5. Breastfeeding Assessment: 6-Month Office Visit

Breastfeeding Assessment ارزیابی تغذیه از سینه مادر

- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- آیا کودک از شیر خوردن راضی است؟
- آیا طولانی ترین دوره خواب او در شب است؟ اگر شب نیست، چه وقت است؟
- آیا به غیر از شیر مادر شیر دیگری مصرف می کند؟ اگر بله چه چیز؟
- مادر کفایت شیرش را چگونه درک می کند؟

- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟ •

Examination of the Baby and Mother

- وزن شیرخوار را در منحنی رشد 0 تا 2 ساله WHO وارد کنید.
- اگر افزایش وزن ناکافی است، شیر خوردن ناموثر است یا مادر نگرانی دارد، شیر خوردن را مشاهده کنید.

• معاینه کامل انجام دهید.

• غربالگری افسردگی مادر با استفاده از ابزار غربالگری استاندارد به عمل آید.

• Anticipatory Guidance راهنمایی پیش بینی نگر

- آیا کودک معمولاً 6 تا 12 بار در 24 ساعت شیر می خورد؟
- اهمیت تداوم تغذیه از سینه مادر را مرور کنید.
- در مورد آمادگی برای شروع غذاهای کمکی بحث کنید.
- در مورد اهمیت غذاهای حاوی آهن صحبت کنید.
- اگر استفاده می کند شیر دوشیده یا کمکی را با فنجان بدهید.
- در مورد افزایش حواس پرتی کودک در طول شیر خوردن صحبت کنید.
- در مورد شیر دادن هنگام دندان درآوردن صحبت کنید.
- اگر مکمل فلوراید لازم است توصیه کنید
- به مادر توصیه کنید که معاینه معمول پستان را از پزشک خود دریافت کند.
- توصیه به ادامه مصرف روزانه 400 واحد ویتامین D .

مداخلات شیردهی

- اگر شیرخوار در حال افزایش وزن است و مادر از شیردهی خود راضی است، نیازی به مداخله ندارد.

پایان ویزیت

- مادر را در مورد موفقیت مداوم شیردهی از سینه اش تحسین کنید، به خصوص اگر کودک به مدت 6 ماه منحصراً با شیر مادر تغذیه شده باشد.
- برخی از مزایای ادامه شیردهی به مدت 2 سال و بیشتر را مرور کنید.

Box 9-6. Breastfeeding Assessment: 9-Month Office Visit

ارزیابی تغذیه از سینه مادر

الگوی تغذیه شیرخوار چیست؟

- آیا طولانی ترین دوره خوابش در شب است؟ اگر نه، چه زمانی است؟
- کودک چه غذاهای دیگری مصرف می کند؟
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟

Examination of the Baby and Mother معاینه شیرخوار و مادر

- وزن شیرخوار را بر اساس منحنی رشد 0 تا 2 ساله ترسیم کنید.
- اگر افزایش وزن ناکافی یا تغذیه ناموثر است، یا مادر نگرانی دارد، شیردهی را مشاهده کنید. امعاینه کامل انجام دهید
- هماتوکریت یا هموگلوبین را بررسی کنید.

Anticipatory Guidance راهنمایی پیش بینی نگر-فراراه

- آیا معمولاً کمتر از 6 تا 8 بار در 24 ساعت شیر می خورد؟
- اهمیت تداوم تغذیه از سینه مادر را مرور کنید.
- در مورد اهمیت غذای کمکی حاوی آهن صحبت کنید.
- اگر مصرف کننده شیر دوشیده است و مایعات آنها را با فنجان بدهند.
- در مورد شیر دادن در هنگام دندان درآوردن صحبت کنید.
- در مورد رفتار یک شیرخوار بزرگتر از سینه مادر، از جمله اعتصاب از پستان و نحوه برخورد با آن صحبت کنید

- در مورد فواید شیردهی طولانی مدت صحبت کنید.
- به مادر توصیه کنید که معاینه معمول پستان را از پزشک خود دریافت کند.
- توصیه به ادامه روزانه 400 واحد ویتامین D

Breastfeeding Interventions. مداخلات شیردهی

- اگر شیرخوار در حال افزایش وزن است و مادر از رفتار شیردهی خود راضی است، مداخله نیاز ندارد

Closing the Visit. پایان ویزیت

- مادر را در مورد موفقیت مداوم شیردهی تحسین کنید، به خصوص اگر کودک به مدت 6 ماه منحصراً با شیر مادر تغذیه شده باشد.
- فواید ادامه شیردهی را مرور کنید.

Box 9-7. Breastfeeding Assessment: 12-Month Office Visit and Beyond

Breastfeeding Assessment •-12

- الگوی تغذیه کودک نوپا چگونه است؟
 - آیا طولانی ترین دوره خواب کودک در شب است؟ اگر نه، چه زمانی؟
 - کودک نوپا چه غذاهای دیگری مصرف می کند؟
- Examination of the Toddler and Mother**
- رشد را با ترسیم وزن کودک نوپا بر روی منحنی رشد 0 تا 2 ساله WHO ارزیابی کنید.
 - معاینه کامل انجام دهید
 - در صورت لزوم، هماتوکریت یا هموگلوبین را اندازه بگیرید.
 - اگر افزایش وزن ناکافی است، یا تغذیه پستانی بی اثر است یا مادر نگرانی دارد، شیردهی را مشاهده کنید.

Anticipatory Guidance. راهنمایی با توصیه های آینده نگر

- آیا کودک نوپا معمولاً 4 تا 8 بار در 24 ساعت شیر می خورد؟
- اهمیت تداوم تغذیه از سینه مادر را مرور کنید.
- در مورد اهمیت غذاهای حاوی آهن و ارائه طیف گسترده ای از غذاها و طعم ها صحبت کنید.
- اگر شیر دوشیده مصرف می کند یا مایعات را با فنجان بدهید.
- در مورد شیر دادن به کودک در حین دندان درآوردن صحبت کنید.
- در مورد رفتار کودک نوپا که از سینه مادر شیر می خورد صحبت کنید
- اگر می خواهید از شیر بگیرید از تکنیک های مناسب از شیر گرفتن صحبت کنید.
- به مادر توصیه کنید که معاینه معمول پستان را از پزشک خود دریافت کند.
- توصیه به ارائه روزانه 400 واحد ویتامین D بکنید.

Breastfeeding Interventions مداخلات شیردهی

- حمایت یا مداخله لازم را ارائه دهید.

ختم ویزیت. Closing the Visit

- از مادر برای شیردهی موفقیت آمیز به مدت 12 ماه تمجید کنید.
- برخی از فواید شیر دادن به کودک نوپا را مرور کنید.

15-Month, 18-Month, and 2-Year Office Visits, and Beyond ویزیت 15 ماهه، 18

ماهه و 2 ساله و فراتر از آن

تا زمانی که مادر و کودک به شیردهی ادامه می دهند، حمایت از شیردهی و راهنمایی های پیش بینی کننده باید در ویزیت های کودک سالم گنجانده شود.

فصل 10 تداوم تغذیه شیرخوار از سینه مادر با تمرکز بر مادر

CHAPTER 10 Maintenance of Breastfeeding: The Mother

حمایت از مادر شیرده بعد از دوره بلافاصله پس از زایمان ادامه دارد. متخصصین مراقبت مامایی مادر باید سینه های او را در ویزیت های مختلف پس از زایمان ارزیابی کرده، از ارزیابی و مدیریت مشکلات پستان و عوارض مختلف مربوط به شیردهی آگاه باشند.

ویزیت های پس از زایمان :

ویزیت های معمول زنان و زایمان :

همه زنان باید در 3 هفته اول پس از زایمان، چه از طریق تلفن یا چه به صورت حضوری، با متخصص زنان و زایمان خود در تماس باشند. در صورت تشخیص هرگونه مشکل در شیردهی و شیرسازی از طریق تلفن، باید ویزیت حضوری ارائه شود. این ارزیابی اولیه باید در صورت نیاز به مراقبت های مداوم پیگیری شود و باید با یک ویزیت جامع تا 12 هفته پس از زایمان به پایان برسد. متخصصان زنان و زایمان باید مادر را تشویق کنند که نوزاد را در تمام ویزیت ها بیاورد.

ارزیابی تغذیه شیرخوار از سینه مادر

ممکن است از شیر گرفتن زود هنگام و ناخواسته قبل از 6 هفته پس از زایمان رخ دهد، بنابراین تماس اولیه زود هنگام زمان ایده آلی برای رفع هرگونه نگرانی در مورد مشکلات یا نگرانی های مادر در شیردهی است. این بازدید باید شامل مشاهده تغذیه نوزاد یا شیرخوار از سینه مادر، به ویژه ارزیابی پوزیشن، لچ، و انتقال شیر باشد.

ارائه حمایت

نشان داده شده حمایت متخصصین زنان و مامایی برای تصمیم مادر به شیردهی تداوم شیردهی را بهبود می بخشد. این زمان ایده آلی برای تمجید از موفقیت مادر در شیردهی و رفع نگرانی های مادر است

معاینه سینه مادر

معاینه پستان برای وجود هر گونه علائم تروما، عفونت یا توده سینه انجام شود. ممکن است مفید باشد که مادر قبل از معاینه پستان به شیرخوار شیر دهد تا احتقان بافتی که می تواند یافته های معاینه فیزیکی را مبهم

کند، کاهش دهد. متخصص زنان و زایمان نیز باید ادامه شیردهی را تشویق کند و به مزایای تغذیه انحصاری فرزند از سینه مادر در 6 ماه اول اشاره کند. مادر باید با ظاهر طبیعی و احساس سینه های شیرده خود آشنا باشد و هر گونه یافته غیر عادی را به متخصص مراقبت های بهداشتی خود گزارش دهد.

طراحی برگشت بکار

اگر مادر شاغل بکار خارج از منزل است باید برنامه هایی برایش طراحی و صحبت شود، از جمله گزینه هایی برای شیردهی و دوشیدن شیر. دوشیدن شیر باید قبل از بازگشت به کار آغاز شود تا شیر ذخیره شده کافی برای تغییرات روزانه در میزان شیر مصرفی شیرخوار وجود داشته باشد (فصل 15). لازم به ذکر است که در سال 2010، قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه، بخش 7 قانون استانداردهای کار منصفانه امریکا را اصلاح کرد تا کارفرمایان را ملزم کند تا زمان استراحت یک ساعته را برای یک کارمند شیرده برای دوشیدن شیر برای شیرخوار خود به مدت 1 سال از تولد شیرخوار فراهم کنند. همچنین کارفرمایان موظفند مکانی را (بجز حمام)، فراهم کنند که از دید و ورود پرسنل و مردم بدور باشد تا مادران بتوانند شیر خود را بدوشند. بسیاری از قوانین ایالتی و محلی، تسهیلات اضافی برای شیردهی ارائه می دهند که از کارکنان حقوق بگیر شیرده محافظت کند.

Resources. منابع و پشتیبانها

باید به مادران نام و شماره تلفن مراکزی که می توانند مشاوره شیردهی را به صورت 24 ساعته ارائه دهند، داده شود. مادران همچنین باید از گروه های حمایتی همتایان شیرده اطلاع داشته باشند، شماره تماس را داشته باشند و تشویق شوند که در آن شرکت کنند (به پیوست A مراجعه کنید).

مادران سزارین شده

اگر مادر سزارین شده باشد، ممکن است در برقراری و تداوم شیردهی مشکل بیشتری داشته باشد. اگرچه ویزیت بعدی در 2 یا 3 هفته پس از زایمان عمدتاً بر روی تشخیص عوارض جراحی متمرکز است، اما زمان خوبی برای کمک به هرگونه نگرانی در شیردهی است. این ویزیت فرصتی را برای ارائه راهنمایی و پشتیبانی پیش بینی کننده در دوران استقرار شیردهی فراهم می کند.

مسائل و مشکلات اوایل شیردهی (کوتاه مدت؟)

مشکلات اوایل شیردهی: درد نوک و احتقان پستان شایع ترین شکایت زنان شیرده است که ممکن است در اوایل دوره پس از زایمان اتفاق بیفتد (فصل 8) اما ممکن است در هر زمانی در طول شیردهی نیز بروز کند.

درد نیپیل

ارزیابی تکنیک شیردهی و لچ (نحوه بدهان گرفتن سینه) مهم ترین بخش پیشگیری و درمان اولیه درد نوک پستان و ترک خوردن پوست است. شرح حال دقیق شروع درد، و محل و زمان آن مهم است. درد هنگام بدهان گرفتن پستان اغلب بعلت لچ غلط یا نگهداشتن پستان بنحوی است که انگشتان خیلی نزدیک نوک قرار گرفته لچ درست اتفاق نمی افتد. درد در حین تغذیه ممکن است به مشکلات لچ یا تحرک زبان (مثلاً لجام زیرزبان) مربوط باشد. درد در پایان شیردهی ممکن است ناشی از آزاد نشدن کافی مکش باشد. هنگامی که درد در طول شیرخوردنش رخ دهد، ممکن است نیاز به تنظیم مجدد لچ باشد. تشخیص افتراقی درد میتواند شامل تحریک ساده پوست، آسیب نوک، درماتیت تماسی یا آتوپیک، پسوریازیس، عفونت و ازواسپاسم نوک سینه باشد. رفلکس جهش شیر که آهسته عمل کند ممکن است دلیل درد باشد، به خصوص زمانی که مادر خسته یا مضطرب است. این مشکل معمولاً با گذشت زمان برطرف می شود و تکنیک های آرام سازی مادر ممکن است روند را تسریع کنند. آسیب نوک پستان ممکن است به دلیل لچ نادرست، لجام زیر زبان، گاز گرفتن شیرخوار و/یا قفل شدن فک، یا صدمه به خاطر شیردوش باشد. هیچ عامل موضعی خاصی نشان داده نشده است که تسکین بهتری نسبت به شیر دوشیده شده مادر پس از تغذیه شیرخوار که روی نوک پستان بمالد ایجاد کند. برای لچ نامناسب، دوباره به پستان گذاشتن بنحوی که پستان و نوک بیشتر وارد دهان شود و لچ نامتقارن اتفاق بیفتد و نوک پستان در قوس کام شیرخوار قرار گیرد، درد را تسکین داده، به محافظت از نوک پستان در برابر آسیب بیشتر کمک می کند.

Dermatoses درماتوز

ممکن است درماتیت تماسی به طور معمول رو و اطراف آرنول در زنان شیرده دیده شود. درماتیت در زنانی که تمایل به آتوپمی دارند یا توسط محرک هایی مانند اصطکاک در حین تغذیه، شوینده های لباس و/یا ورقه های خشک کن یا کرم های نوک پستان ایجاد شود. علت بالقوه دیگر تماس با غذاها پس از شروع غذای کمکی است. برخی از غذاهای کودک می توانند محرک موضعی درماتیت شوند. پسوریازیس ممکن

است شعله ور شود (معمولاً در 4 تا 6 هفته پس از زایمان) و ممکن است پاسخی به آسیب پوست باشد. درمان شامل استفاده از یک نرم کننده، یک پماد استروئیدی با قدرت کم تا متوسط است که دو بار در روز به مدت 2 هفته استفاده می شود (درست پس از شیردهی استفاده شود)، و گاهی اوقات استفاده از یک دوره کوتاه مدت پردنیزون در موارد شدید یا مقاوم لازم است. اگر وضعیت پیشرفت کند و به درمان پاسخ ندهد، ممکن است برای رد کردن بیماری پاژه نوک پستان، بیوپسی لازم شود.

عفونت میکروبی سطحی نوک سینه

عفونت های باکتریایی سطحی نوک پستان یکی از علل درد نوک پستان بعد از دوره بلافاصله پس از زایمان است. مانند هر نقص پوست، ترک یا سایش نوک پستان می تواند باعث رشد استافیلوکوک طلائی شود. درمان با پمادهای آنتی بیوتیک موضعی و همچنین مراقبت موضعی از زخم، اغلب در عرض چند روز تسکین می یابد.

دیسبایوز میکروبی و عفونت مجاری شیر

رشد بیش از حد باکتری همراه با بیوفیلم تشکیل شده توسط باکتری ها (و احتمالاً مخمر) ممکن است منجر به باریک شدن مجاری شیر و التهاب اپیتلیوم شود. این وضعیت ممکن است با درد مداوم، میهم و عمیق هر دو سینه تظاهر کند. با جریان وجهش شیر ممکن است فشار و درد شدید تیرکشنده ایجاد شود. کشت نیپل و شیر ممکن است این تشخیص را روشن کند. درمان با آنتی بیوتیک خوراکی مانند سفالوسپورین، آموکسی سیلین/کلاوولانات، دیکلوکزاسیلین یا اریترومايسين به مدت 2 تا 6 هفته ممکن است برای رفع علائم بالینی لازم باشد.

عفونت کاندیدایی نوک پستان

ارتباط کاندیدا با درد نوک پستان و/یا درد پستان بحث برانگیز است، زیرا هم استافیلوکوک و هم کاندیدا ممکن است در زنان بدون علامت یافت شوند.

علائم: عفونت های سطحی نوک پستان و/یا پوست ناشی از کاندیدا ممکن است همراه با درد نوک سینه، خارش یا پوست صورتی ظاهر شوند.

علل Causes

عوامل مستعد کننده کاندیدای سینه عبارتند از برفک دهان شیرخوار، صدمه نوک سینه، مصرف آنتی بیوتیک، دیابت، مصرف استروئیدها و نقص ایمنی. برخی از متخصصین به ارتباط کاندیدا با استفاده از پدهای سینه با پوشش پلاستیکی اشاره کرده اند که نوک سینه ها را مرطوب نگه می دارد.

ارزیابی

عفونت کاندیدایی نوک پستان را می توان تنها بر اساس علائم بالینی، در صورتی که تشخیص دیگری مطرح نباشد درمان کرد. اثبات اینکه کاندیدا عامل بیماری است در بسیاری از شرایط دشوار است. از آنجا که قارچ در همه جا وجود دارد، کشت پوست ممکن است نمایانگر فلور پوست باشد و حتی در مادران بدون علامت مثبت باشد. بنابراین، کشت شیر یا سطح پوست برای کاندیدا مفید نیست و به طور معمول انجام نمی شود.

اداره درمان

هرگاه مادر یا شیرخوار مبتلا باشند باید هر دو همزمان درمان شوند. ممکنست شوهر نیز نیاز به درمان داشته باشد.

درمان ها شامل:

درمان ضد قارچ. است. انواع مختلفی از داروهای ضد قارچ موجود است. به طور معمول، مادران با یک داروی ضد قارچ موضعی مانند کتوکونازول، نیستاتین یا میکونازول درمان می شوند. کرم ضد قارچ پس از شیردهی به سینه مادر زده می شود. یک محلول ضد قارچ، مانند سوسپانسیون نیستاتین، پس از شیردهی در قسمت داخلی گونه ها و زبان کودک مالیده می شود. ممکنست ناحیه پوشک کودک نیز نیاز به درمان داشته باشد. این درمان معمولاً به مدت 14 روز یا حداقل چند روز پس از برطرف شدن علائم ادامه می یابد.

محلول ویوله

یکی دیگر از گزینه های درمان موضعی شامل استفاده از ویوله 0.25% تا 1% است که با سواب روی نواحی آسیب دیده به مدت حداکثر 3 روز استفاده می شود. ممکن است باعث لکه شدن دائمی لباس، تغییر رنگ موقتی بنفش در دهان شیرخوار و گاهی اوقات تحریک، زخم دهان، استوماتیت، حالت تهوع، استفراغ یا اسهال می شود.

فلوکونازول

در صورتی که نوک سینه ها پس از چند روز درمان موضعی به طور قابل توجهی بهتر نشدند یا علائم ادامه یافت یا بدتر شد، ممکن است فلوکونازول خوراکی برای مادر تجویز شود. همچنین ممکن است در موارد کاندیدیازیس عودکننده یا غیرقابل درمان شیرخوار به فلوکونازول خوراکی نیاز داشته باشد.

درمان اضافی.

اشیایی که با دهان شیرخوار (مثلاً پستانک، سرشیشه) یا سینه مادر (مثلاً شیردوش) در تماس باشد، باید با آب گرم و صابون شسته و روزانه یک بار در آب جوش غوطه ور شود. لباس هایی مانند سوتین و بلوز را باید با استفاده از محلول سفید کننده رقیق شسته یا روزانه در زیر نور خورشید خشک کرد. در صورت استفاده، از پد شیردهی نوع یکبار مصرف ترجیح داده می شود. قرار دادن سینه ها در معرض هوا و به کارگیری اصول خوب مراقبت از زخم ممکن است به بهبود سریع کمک کند. سایر نقاط عفونت قارچی نیز باید بررسی شوند، مانند واژینیت قارچی یا قارچ کشاله ران در همسر و بثورات برفکی ناحیه پوشک شیرخوار. صرف نظر از رژیم درمانی مورد استفاده، مادر باید در مورد بهداشت مناسب برای جلوگیری از عفونت مجدد آموزش داده شود

عفونت ویروسی

عفونت ویروسی هرپس سیمپلکس از تاول هایی تشکیل می شود (برخلاف تاول شیری که معمولاً یک عدد است و روی یک مجرای شیر را می پوشاند) که برای تایید تشخیص کشت داده می شوند. از آنجایی که نوزادان ممکن است در معرض خطر عوارض شدید عفونت هرپس باشند، مادران نباید از سمت آسیب دیده شیر بدهند و شیر دوشیده شده باید تا زمان رفع عفونت دور ریخته شود. هرپس زوستر ممکن است برای شیرخوار مسری باشد و ایمونوگلوبولین زوستر برای به حداقل رساندن خطر توصیه شود (فصل 16)

وازواسپاسم

وازواسپاسم با سفید یار غوانی شدن نوک پستان همراه با درد شدید، تیرگشونده یا سوزشی همراه است. ممکن است پس از شیردهی یا قرار گرفتن در معرض سرما رخ دهد و اغلب با سابقه صدمه نوک پستان همراه است. وازواسپاسم ممکن است با کمپرس گرم و اجتناب از محرک های سرد درمان شود. در صورتی که گرما و اجتناب از ترومای زمینه ای مؤثر نباشد، می توان از قرص های نیفدیپین آهسته رهش 30 تا 60

میلی گرم در روز یا قرص های 10 تا 20 میلی گرمی بارهش فوری، 3 بار در روز به مدت 2 هفته استفاده کرد.

Allodynia (Functional Pain) درد فونکسیونل

احساس درد در پاسخ به یک محرک مانند لمس سبک است که معمولاً باعث ایجاد درد نمی شود. آلودینی پستان ممکن است با سایر اختلالات درد مزمن همراه باشد. درمان ممکن است شامل داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی، پروپرانولول با 20 میلی گرم 3 بار در روز، داروهای ضد افسردگی و درمان روانشناختی باشد. برای مدیریت کلی درد عملکردی، محدود کردن زمان شیردهی، حتی با هدف افزایش تدریجی زمان شیردهی، از درد جلوگیری نمی کند. درمان درد نوک پستان به علت اصلی آن بستگی دارد. کمک توام بامهارت برای پوزیشن ولج اولین مداخلات هستند. عفونت ها و درماتوزهای خاص نیاز به درمان خاص دارند. برخی از کرم ها و لوسیون ها می توانند محرک باشند و منجر به تظاهرات آلرژیک شوند. تسکین درد با داروهای غیر استروئیدی ممکن است ضروری باشد. اگر ترومای شدید وجود داشته باشد، ممکن است لازم باشد شیر را به صورت دستی یا مکانیکی تا زمانی که بافت به اندازه کافی خوب شود شیردهی از سر گرفته شود، دوشیده شود. اگر مقدار کمی شیر مادر پس از شیر دادن به آن ناحیه مالیده شود، ممکن است بهبودی تسریع شود. ممکن است پوزیشنهای مختلف شیردهی برای جلوگیری از درد نواحی حساس تر یا آسیب دیده مفید باشد. اگر فقط یک سینه متاثر شده، شیردهی باید از سینه سالم شروع شود تا رفلکس جهش شیر فعال شده فشارمکیدن کمتر شده شیر خوار به سینه آسیب دیده گذاشته شود. ممکن است از رابط سیلیکونی برای کاهش درد استفاده کرد (فصل 14).

Engorgement احتقان پستان

تورم و اتساع پستان می تواند ناشی از تخلیه ناکارآمد سینه باشد. احتقان معمولاً حوالی زمانی که تولید شیر به اوج می رسد، تقریباً 3 تا 7 روز پس از زایمان رخ می دهد (فصل 8). همچنین ممکن است بعد از این زمان نیز هرگاه وعده ای شیر حذف شود یا تغییر ناگهانی در دفعات شیردهی رخ دهد ایجاد شود. نباید آن را با انسداد مجرای شیر اشتباه گرفت، که بصورت توده یا طنابی موضعی در یک ناحیه از پستان ایجاد می شود، یا با ماستیت که منجر به تب، علائم عمومی شبه آنفولانزا و افزایش تعداد گلبول های سفید خون می شود اشتباه گرفت. (جدول زیر). ممکن است احتقان نتیجه شیردهی بدفعات کم یا شیردهی ناکارآمد مثلاً درد نوک سینه، خواب آلودگی شیرخوار یا جدایی مادر از نوزاد باشد. برای رد کردن مشکلات مرتبط مانند

انسداد مجاری یا ماستیت باید معاینه صورت گیرد. در صورت عدم درمان، منجر به مشکلات بدهان گرفتن پستان و ماستیت می شود. بهترین درمان احتقان پستان پیشگیری است. شیردهی مکرر یا پمپاژ سینه ها (≤ 8 بار در روز از هر دو سینه) بهترین راه برای جلوگیری از احتقان است. Reverse pressure softening تکنیکی است که ممکن است برای کاهش ادم در اطراف نوک پستان و آرنول و تسهیل لچ مناسب در زمانی که ممکنست نوک پستان به دلیل ادم سینه تغییر شکل داده باشد استفاده می شود. نرم کردن آردول با فشار معکوس با اعمال فشار ثابت، ملایم اما محکم بر روی شعاع 1 تا 2 سانتی متری آرنول مرکزی از محل اتصال به نیپل انجام می شود. فشار به مدت 1 تا 3 دقیقه اعمال می شود و ممکن است قبل از هر تلاش برای لچ تا رفع احتقان ادامه یابد

Table 10-1. Comparison of Findings of Engorgement, Plugged Duct, and Mastitis

مشخصه	احتقان	انسداد مجرای شیر	ماستیت
برقراری	تدریجی بعدزایمان	تدریجی بعداز تغذیه ها	برقراری ناگهانی بعداز 10روز
مکان	دوطرفه	یک طرفه	معمولا 1 طرفه
تورم و گرمای موضعی	همه پستان	ممکنست جابجاشود گرما ندارد یا کم است	موضعی، قرمزی گرما تورم
درد	همه پستان	خفیف ولی ممکن است لوکالیزه باشد	شدیدولی لوکالیزه
دمای بدن	کمتر از 38/4	کمتر از 38/4 است	بیش از 38/4
علائم عمومی	احساس بد ندارد	احساس بد ندارد	علائم شبیه انفلوانزا

Oversupply عرضه (تولید) بیش از حد شیر

عرضه (تولید) بیش از حد ممکن است در هفته های اول شیردهی شایع باشد. دوشیدن بیش از حد شیر ممکن است این وضعیت را تشدید کند. ممکن است باعث درد سینه و نوک پستان شود و با افزایش خطر انسداد مجرای شیر، ماستیت و سایر عوارض شیردهی همراه باشد. عرضه بیش از حد خود به خود ممکن است با

تطبیق سینه‌ها با نیاز شیرخوار تثبیت شود. تغذیه زمان بندی شده از هرپستان ، که در آن تنها یک سینه در هر شیردهی ارائه می شود، ممکن است به تنظیم شیر و به حداقل رساندن علائم کمک کند.

انسداد مجرای شیر(استازشیر)

علائم انسداد مجاری شیر(استاز شیر):که انسداد موضعی مجاری شیر است و اغلب به صورت یک گره دردناک در سینه ظاهر می شود. اندازه این توده ممکن است با شیردهی کاهش یابد.

علل: این وضعیت ممکن است به دلیل تغییر ناگهانی در برنامه شیردهی ، تخلیه ناکافی سینه، عدم تغییر وضعیت های شیردهی، پوشیدن لباس های تنگ و فشارنده (مثلاً یک سینه بند بافنر نامناسب)، اندازه رابط نادرست شیردوش ، یا وضعیت خوابیدن ایجاد شود. ممکن است منشأ آن یک تاول شیری که دهانه مجرای شیر را به طور سطحی مسدود کرده ،باشد. اگر این مشکل در همان بخش پستان عود کند،ممکن است علت آن تغییرات آناتومیکی باشد که منجر به انسداد مجاری شیرشده. به ندرت، آنچه به عنوان انسدادمجرا در نظر گرفته می شود تومور خوش خیم یا بدخیم باشد که مجرا را مسدود کرده است

ارزیابی: مجرای مسدود شده به راحتی از احتقان پستان و ماستیت متمایز می شوند زیرا تب یا سایر علائم عمومی بیماری عفونی را ندارد (جدول فوق). اگر مجرای مسدود ظرف 48 تا 72 ساعت برطرف نشود یا تب ایجاد شود، باید توسط یک متخصص ارزیابی شود.

درمان: درمان مجاری مسدود شده با گذاشتن کمپرس گرم مرطوب قبل از شیردهی و ماساژ ناحیه مربوطه قبل و حین شیردهی است. در صورت امکان، ابتدا شیردهی از سینه مبتلا شروع می شود. برای تخلیه بهتر قسمت مبتلا،پوزیشنهای مختلف که منجر به تخلیه شود استفاده شود که بینی یاچانه شیرخوار درجهت انسداد قرار گیرد. اطمینان حاصل کنید که بافت سینه تحت فشارنباشد، مثلاً فشردن سینه با انگشت برای بازنگهداشتن راه تنفس شیرخوار(بجای اصلاح تکنیک شیردهی)..

ماستیت

معمولاً به عنوان عفونت باکتریایی یک طرفه پستان تعریف می شود که در 2 تا 3 درصد زنان شیرده رخ می دهد.

علائم:

معمولاً به صورت یک ناحیه منفرد در پستان که گرم، حساس به لمس، دارای ورم و قرمزی یک طرفه که بعد از 10 روز از زایمان ظاهر می‌شود. بیشترین میزان بروز در هفته‌های دوم و سوم پس از زایمان است. بسته به شدت عفونت، ناحیه التهاب می‌تواند از چند سانتی متر تا تقریباً کل پستان متغیر باشد. ممکن است با شروع ناگهانی در پستان، میالژی و تب رخ دهد که می‌تواند چشمگیر باشد. گاهی اوقات با علائم آنفولانزا مانند خستگی، تهوع، استفراغ، تب و سردرد ظاهر می‌شود.

علل:

عفونت معمولاً از طریق شکافی در پوست وارد می‌شود که معمولاً نوک پستان ترک خورده باشد. با این حال، استاز شیر و تجمع مایعات چون احتقان یا انسداد مجاری شیر نیز می‌تواند منجر به ماستیت شود. 50 درصد ارگانیزم‌های عامل بیماری استافیلوکوک طلایی مقاوم به پنی‌سیلین است. ارگانیزم‌های دیگری که دیده می‌شوند عبارتند از: اش‌ریشیا کلی، استرپتوکوک گروه A، پیتواسترپتوکوک، هموفیلوس آنفولانزا، کلبسیلا پنومونیه و باکتریوئیدها. یکی از عواملی که اخیراً شناخته شده شیردوشی انحصاری است و ممکن است به دلیل عدم تماس پستان با میکروبیوتای محافظ شیرخوار باشد.

ارزیابی

برای تأیید تشخیص و رد تشکیل آبسه، معاینه دقیق پستان را انجام دهید. پزشکان باید از میکربهای مقاوم جامعه خود آگاه بوده، زمانی که به درمان خط اول پاسخ داده نشود کشت شیر و آنتی‌بیوگرام انجام شود.

درمان

اگر علائم خفیف بوده و کمتر از 24 ساعت وجود داشته باشد، درمان محافظه کارانه با برداشت موثر شیر ممکن است کافی باشد. در صورتی که درمان محافظه کارانه در عرض 24 ساعت مؤثر نباشد، باید درمان را آغاز کرد. اگر علائم شدید است به محض مشاهده و کشف باید درمان شروع شود. مراحل زیر باید انجام شود:

❖ آنتی‌بیوتیکی را تجویز کنید که در برابر استافیلوکوک مقاوم به پنی‌سیلین مؤثر باشد و یک دوره 10 تا 14 روزه تجویز کنید. آنتی‌بیوتیک‌های ایمن عبارتند از سفالوسپورین‌های نسل اول یا دیکلوگزا سیلین. اگر به پنی‌سیلین حساسیت داشته باشد، اریترومایسین و مشتقات آن نیز مؤثر است.

اگر مشکوک به استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین هستید، درمان های جایگزین را انتخاب کنید.

- ❖ به مادر بگوئید شیردهی را ادامه دهد زیرا شیر برای شیرخوار ضرر ندارد. تغذیه مکرر توصیه می شود. اگر مادر بتواند شیردهی را از پستان مبتلا شروع کند، بهتر است. با این حال، اگر خیلی دردناک باشد، می تواند از پستان سالم شروع کند تا زمانی که علائم فروکش کنند. باید پستان مبتلا در هر وعده با شیردهی، یا پمپاژ یا هر دو تخلیه شود. در شرایط گهگاه که درد شدید مانع شیردهی است ممکن است نیاز به دوشیدن دستی یا پمپ باشد. در طول ماستیت باید از شیر گرفتن و جدایی مادر شیرخوار خودداری کرد، زیرا ممکن است مادر را مستعد ابتلا به آبسه پستان کند.
- ❖ برای تقویت هیدراتاسیون، مصرف مایعات را تشویق کنید.
- ❖ استراحت در رختخواب را تا زمانی که تب مادر برای حداقل 24 ساعت فروکش کند توصیه کنید. او می تواند شیرخوار را کنار خود داشته باشد و باید از اعضای خانواده هم کمک بگیرد.
- ❖ مسکن ها. تسکین علائم را می توان با مسکن های خفیف (به عنوان مثال، استامینوفن یا ایبوپروفن)، کمپرس گرم یا سرد (هر چیزی که بهترین کار را انجام می دهد) و یک سوتین حمایت کننده به دست آورد. موارد شدید ماستیت که به سرعت به درمان سرپایی پاسخ نمی دهند نیاز به بستری در بیمارستان و درمان تزریقی دارند.

ماستیت عودکننده و مزمن

ماستیت راجعه و مزمن علائم مشابهی با ماستیت حاد دارد اما پس از درمان باقی می ماند.

علل :

ماستیت عود کننده یا مزمن معمولاً در نتیجه درمان ناقص ماستیت یا استفاده از یک آنتی بیوتیک ناموثر ایجاد می شود. بیماران مبتلا به ماستیت معمولاً پس از یک دوره کوتاه آنتی بیوتیک احساس بهبودی می کنند در حالی که باید گفته شوند کل مدت درمان را رعایت کنند. یکی دیگر از علل ماستیت عود کننده، عدم درمان عوامل زمینه ساز، مانند صدمه پایدار نوک سینه و شقاق یا یک ضایعه انسدادی است.

ارزیابی :

در موارد عفونت مکرر، باید پس از رفع عفونت معاینه کامل پستان انجام شود تا وجود توده جامد یا کیستیک زمینه ای رد شود. سونوگرافی نیز ممکن است مفید باشد.

درمان

کشت شیرمیانی (midstream) ممکن است برای تشخیص و درمان مفید باشد، به ویژه برای موارد مکرر ناشی از پاتوژن های غیر معمول یا مقاوم. به طور کلی، در کشت شیر midstream پاتوژنی رشد نمی کند. مادر باید در مورد یک دوره درمانی کامل 2 هفته ای مشاوره شود و هر عامل مستعد کننده بالقوه باید مورد توجه قرار گیرد. در برخی شرایط ممکن است به دوره طولانی تری از آنتی بیوتیک ها نیاز باشد.

آبسه پستان

ناحیه ای محصور از پستان است که حاوی مواد چرکی است که حدود 3 تا 11 درصد زنان مبتلا به ماستیت به آن دچار می شوند.

علائم: علائم و نشانه های آبسه پستان مشابه علائم ماستیت باضافه توده ای مشخص، تحت فشار یا موج در پستان است. تداوم علائم ماستیت بعد از 48 تا 72 ساعت از درمان باید بررسی فوری احتمال وجود آبسه را در مخیله ایجاد کند.

علل: اگر ماستیت به موقع یا کافی درمان نشود، تشکیل آبسه امکان پذیر است.

ارزیابی: باید به دقت پستان مورد ارزیابی قرار گیرد تا سایر علل توده های پستان رد شود. درسونوگرافی تجمع مایع غیرطبیعی منطبق بر آبسه مشاهده می شود.

درمان

مایع مشخص شده را می توان از طریق سونوگرافی به صورت سریالی تخلیه کرد. این درمان (همراه با آنتی بیوتیک و دوشیدن مکرر شیر) می تواند حتی برای آبسه های مولتی لکوله کافی باشد. گاهی اوقات برای تخلیه آبسه نیاز به برش جراحی است. در همه موارد باید مایع آبسه را کشت داد تا بتوان آنتی بیوتیک مناسب را تجویز کرد. در برخی موارد بستری شدن در بیمارستان و مصرف آنتی بیوتیک تزریقی ضروری خواهد بود. شیردهی از سینه طرف مقابل را می توان با یک شیرخوار رسیده سالم ادامه داد. شیردهی از پستان آسیب دیده به ملاحظات عملی بستگی دارد. اگر برش جراحی به اندازه کافی دور از هاله باشد تا امکان لچ موفقیت آمیز را که اجازه تماس شیرخوار با ترشحات چرکی را ندهد، شیردهی از پستان آسیب دیده انجام می شود. اگر شیردهی امکان پذیر نیست، باید به روش های مکانیکی یا دستی شیر را تخلیه کرد. گاهی اوقات فشار در محل برش با پارچه استریل در حین شیردهی یا پمپاژ می توان به جلوگیری از فیستول کمک کرد.

تغییرات خلق و خوی مادر

حزن و اندوه و افسردگی بعد از زایمان

باید هر مادری در ویزیت پس از زایمان و ویزیت‌های اولیه کودک سالم با یک ابزار غربالگری معتبر برای افسردگی ارزیابی شود، و در صورت لزوم، ارجاعات مناسب صورت گیرد. حزن و اندوه پس از زایمان و افسردگی خفیف پس از زایمان شایع و تخمین زده می‌شود 85% تازه مادران مبتلا باشند. 10 تا 15% افسردگی متوسط تا شدید و روان پریشی در 0.1% تا 0.2% از زنان رخ می‌دهد. از آنجا که این شرایط ممکن است نه تنها بر سلامت زن بلکه بر مراقبت از فرزند (فرزندان) او از جمله شیردهی تأثیر بگذارد، شناخت و درمان آن مهم است.

علائم: حزن بعد از زایمان گذرا است و با غم و اندوه خفیف یا گریه مشخص می‌شود. علائم افسردگی پس از زایمان شبیه انواع دیگر افسردگی است و ممکن است شامل تغییر در الگوی خواب، تغییر اشتها، خستگی، غمگینی، ناامیدی، بی تفاوتی یا گریه مداوم همراه باشد. در موارد نادر، علائم ممکن است شدید و شامل افکار آسیب رساندن به خود یا نوزاد، یا ناتوانی در مراقبت از خود یا نوزادش باشد، که نشانه روان پریشی (سایکوز) پس از زایمان است، و ارجاع فوری به روانپزشک را می‌طلبد.

علل: تغییرات خلقی پس از زایمان ممکن است ناشی از تغییرات ناگهانی هورمونی، خستگی، استرس، کمبود خواب یا ترکیبی از این عوامل باشد. عوامل خطر برای ابتلا به افسردگی شامل سابقه قبلی افسردگی، افسردگی پس از زایمان قبلی، سابقه خانوادگی افسردگی پس از زایمان و مشکلات تطابق مربوط به زایمان است. مشکلات پزشکی مانند کم کاری تیروئید نیز باید مد نظر باشد.

ارزیابی: مشکلات شیردهی می‌تواند مستعدکننده افسردگی پس از زایمان باشد و غربالگری با یک ابزار استاندارد و معتبر باید برای زنانی که با مشکلات شیردهی مراجعه می‌کنند معمول باشد. باید علائم و مکانیسم‌های مقابله با مادر در میان گذاشته شود.

درمان: تغییرات خلق و خوی گذرا یا خفیف نیاز به حمایت و پشتیبانی اطرافیان دارد. اگر علائم به سرعت برطرف نشود، باید به روان پزشک ارجاع داده شود. بسته به شدت بیماری، ممکن است نیاز به درمان دارویی باشد. در صورت نیاز به درمان دارویی، می‌توان از داروهای ضد افسردگی و مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین در دوران شیردهی استفاده کرد (فصل 16). در صورت لزوم، متخصصین زنان و زایمان باید برای شروع درمان پزشکی و ارجاع مادران به روانپزشک آماده باشند.

Long-term Maternal Breastfeeding Issues مشکلات طولانی مدت (در طول زمان) مادر شیرده

بیماری مادر :

یک مادر شیرده با یک بیماری حاد یا مزمن، اغلب با توصیه های شیردهی متناقض توسط پزشکان مواجه می شود. آنچه باید در نظر گرفته شود، اینکه آیا شیردهی باعث بدتر شدن بیماری مادر می شود، آیا ترکیب یا تولیدشیر تحت تأثیر قرار می گیرد و آیا کودک تحت تأثیر بیماری مادر یا مصرف دارو قرار می گیرد یا خیر. پاسخ همه این سوالات معمولاً منفی است و می توان شیردهی را ادامه داد. متخصصان درگیر در مراقبت مادر باید برای ارائه بهترین و منسجم ترین مشاوره ارتباط دو طرفه ای داشته باشند.

بیماری حاد

در طول یک بیماری بلافاصله پس از زایمان، باید اجازه داد نوزاد با مادر هم اتاق باشند، یا حداقل در فواصل زمانی مکرر برای شیرخوردن نزد مادر آورده شود. شیر مادر باید از طریق ادامه شیردهی یا دوشیدن، تولید و حفظ شود. اکثر بیماری های حاد (مانند عفونت های تنفسی مادر، گاستروانتریت) با شیردهی سازگار هستند و شیردهی می تواند آنتی بادی های محافظ را برای نوزاد فراهم کند. قطع شیردهی در زمان شروع علائم مادری ممکن است خطر ابتلای نوزاد به عفونت را افزایش دهد.

Chronic Illness. بیماری مزمن

ممکن است یک بیماری مزمن به دلیل تغییرات در عملکرد مادر، و تغییرات در شیر و اثرات نامطلوب احتمالی داروها بر شیرخوار، تأثیر بیشتری بر توانایی مادر در شیردهی داشته باشد. باید به مادران اطلاعاتی در مورد خطرات و فواید شیردهی برای خود و شیرخوارش داده شود. بیشتر بیماری های مزمن با شیردهی سازگار هستند و شیردهی می تواند به عادی سازی زندگی مادر با شیرخوارش کمک کند (فصل 18).

اقدامات تشخیصی Diagnostic Studies

برای کمک به تشخیص بیماری های مادر، به ویژه آنها که نیاز به رادیو ایزوتوپ دارند، ممکن است به استراتژی موقتی «دوشیدن و ریختن» برای محافظت شیرخوار نیاز باشد (فصل 18). با توجه به توصیه کالج رادیولوژی آمریکا، تجویز روتین ماده حاجب گادولینیوم یا یددار منع مصرف شیردهی نیست (<https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual>).

جراحی و بیهوشی:

هنگامی که یک مادر شیرده نیاز به جراحی فوری یا انتخابی دارد، مادر و پزشکان باید گزینه هایی را برای بیهوشی و بی دردی بعد از عمل در نظر بگیرند که سلامت و راحتی مادر را برآورده کرده، تأثیر کمی بر تغذیه شیرخوار از سینه مادر داشته باشد. (فصل 7، و فصل 16). سیاست ها و حمایت بیمارستانی باید مشوق شیردهی مادر و سازگار با تداوم شیردهی باشد، بخصوص که بستری طولانی مدت در بیمارستان مورد نیاز باشد. در صورت امکان، در صورت جدایی طولانی مادر از شیرخوار، باید مقدمات شیردوشی و ذخیره شیر قبل و بعد از عمل انجام شود. پس از عمل، مادر باید حداقل هر 3 ساعت یکبار بدوشد یا شیر بدهد تا تولید شیرش را حفظ کند و از احتقان جلوگیری کند. شیردهی پس از جراحی، زمانی که مادر بیدار و هوشیار است، بدون نگرانی از قرار گرفتن شیرخوار در معرض داروهای بیهوشی از سر گرفته شود.

Maternal Nutrition, Energy Needs, and Weight Management

تغذیه مادر در خلال شیردهی

ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادر برای اطمینان از کفایت رژیم غذایی او مهم است. در زنانی که به اندازه کافی تغذیه شده اند، دریافت کالری اضافی و مصرف مایعات باعث افزایش حجم شیر نمی شود. به طور کلی، کیفیت شیر در طیف گسترده ای از رژیم های غذایی مادر حفظ می شود، گرچه ممکن است بعضی مواد شیر تحت تأثیر مصرف و وضعیت تغذیه ای مادر قرار گیرند.

مصرف مایعات

حجم شیر تحت تأثیر میزان مایعات مصرفی در دوران شیردهی نیست. زنان شیرده باید برای رفع تشنگی آب بنوشند. به مادران توصیه می شود که مایعات بنوشند و توجه داشته باشند که آیا ادرار آنها زرد کم رنگ است یا خیر، که این نشان دهنده مصرف مایعات کافی است. مصرف ناکافی مایعات نیز ممکن است با بیبوست همراه باشد.

دریافت انرژی

DRI (The dietary reference intake for energy) طی 6 ماه اول شیردهی 500 کیلوکالری در روز بیشتر از رژیم غذایی معمول مناسب برای قد، وزن طبیعی و سطح فعالیت یک زن است. از 7 تا 9 ماهگی انرژی اضافی مورد نیاز به 400 کیلو کالری در روز کاهش می یابد. ذخایر انرژی انباشته شده در دوران

بارداری ممکن است برای تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز در دوران شیردهی استفاده شود. با این حال، دریافت رژیم غذایی کمتر از 1500 کیلو کالری در روز ممکن است باعث خستگی مادر و کاهش حجم شیر شود.

Nutrient Intake مصرف مواد غذایی

بطور کلی نیاز به مواد غذایی خاص در دوران شیردهی بیشتر از بارداری است (جدول 10-2). در مورد بسیاری از مواد مغذی شیر ارتباطی با مصرف مادر ندارد. با این حال، غلظت ویتامین‌های محلول در آب شیر، منعکس‌کننده میزان مصرف مادر است و یک رژیم غذایی معمولی معمولاً مقدار کافی ویتامین را فراهم می‌کند. گیاهخواران خالص که از تمام محصولات حیوانی اجتناب می‌کنند، در معرض خطر کمبود ویتامین B12 هستند و باید به آنها توصیه شود که مکمل ویتامین B12 مصرف کنند. اگر ذخایر ویتامین B12 مادر تمام شود، شیر او نیز از نظر این ماده مغذی کم خواهد داشت و ممکن است کمبود ویتامین B12 در کودک ایجاد شود. برای برخی از مواد مغذی (به عنوان مثال، ویتامین B6، ویتامین D، ید و سلنیوم)، مصرف مادر به طور مستقیم با غلظت آن در شیرش مرتبط است. برای مادری که در معرض خطر کمبود ویتامین D هستند، آنها که در آب و هوای شمالی زندگی می‌کنند و آنها که در معرض منابع خارجی ویتامین D نیستند، ممکن است مصرف ویتامین D برای بهبود وضعیت ویتامین D مادر مفید باشد. محتویات برخی از مواد مغذی در شیر ممکن است با مصرف ذخایر مادر، به ویژه فولات و کلسیم، در سطح مناسبی حفظ شود. اکثر پزشکان مصرف مداوم ویتامین‌های دوران بارداری حاوی اسید فولیک (400 میکروگرم در روز) را در دوران شیردهی تشویق می‌کنند. در صورت رعایت DRI هیچ توصیه‌ای برای مکمل کلسیم وجود ندارد. از دست دادن کلسیم از اسکلت مادر در اوایل شیردهی رخ می‌دهد، اما بعد از شیر گرفتن، بازیابی می‌شود. غلظت کلسیم، آهن و روی شیر اساساً مستقل از مصرف مادر است. مصرف بالای چربی در رژیم غذایی مادر و چاقی با محتوای چربی شیر بیشتر مرتبط است. برخی از مطالعات همچنین نشان می‌دهد که ذخایر چربی بدن مادر با محتوای چربی شیر مرتبط است. الگوی اسیدهای چرب در شیر انسان تحت تأثیر رژیم غذایی مادر است. رژیم غذایی مادری سرشار از اسیدهای چرب غیراشباع، نسبت این اسیدهای چرب را در شیر افزایش می‌دهد. مصرف نوشیدنی‌های شیرین شده حاوی شربت ذرت با فروکتوز بالا ممکن است غلظت فروکتوز را در شیر مادر افزایش دهد و مصرف زودهنگام فروکتوز با خطر چاقی و اختلال در اشتها مرتبط است.

Weight Loss کاهش وزن:

زنان شیردهی که رژیم‌های غذائیشان را خودشان انتخاب می‌کنند، معمولاً در 4 تا 6 ماه اول شیردهی بین 0.5 تا 1.0 کیلوگرم (تقریباً 1 تا 2 پوند) در ماه وزن کم می‌کنند. با این حال، تقریباً 20٪ از زنان در این مدت وزن کم نمی‌کنند. زنان می‌توانند تا 1 پوند در هفته وزن کم کنند بدون اینکه به حجم شیر آسیبی وارد کنند. برای زنان شیردهی که قبل از بارداری شاخص توده بدنی آنها افزایش یافته است یا افزایش وزن بیش از حد حاملگی داشتند و می‌خواهند سریعتر وزن کم کنند، نشان داده شده است که محدودیت در دریافت کالری برای کاهش وزن موثرتر از ورزش به تنهایی است. با این حال، بررسی‌های سیستماتیک نشان می‌دهد که ورزش مادر منافی برای تناسب متابولیک دارد و تولید شیر یا رشد کودک را مختل نمی‌کند. از کاهش وزن سریع باید جلوگیری کرد زیرا می‌تواند حجم شیر را کاهش دهد. داروهای کاهش وزن و رژیم‌های مایع در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود و بطورکلی رژیم کاهش وزن در 4 تا 6 هفته اول پس از زایمان ممنوع است. با این حال، نگهداری وزن پس از زایمان یک عامل خطر بالینی مهم برای چاقی است و 47 درصد از زنان ممکن است وزن خود را در 12 ماه پس از زایمان بیش از 10 پوند حفظ کنند. برای اطمینان از دریافت کافی مواد مغذی و بازگشت به وزن قبل از بارداری در طول سال پس از زایمان، باید توصیه‌های صحیح تغذیه‌ای به مادران داده شود.

ارزیابی پستان در شیردهی

ارزیابی توده‌های پستانی

میزان بروز بدخیمی پستان در دوران بارداری و شیردهی 1 در 3000 تا 1 در 10000 تخمین زده می‌شود. تقریباً 3 درصد از زنانی که سرطان سینه در آنها تشخیص داده می‌شود در بارداری یا شیردهی اند. با افزایش سن فرزندآوری در سال‌های اخیر، انتظار می‌رود این تعداد افزایش یابد. در زنان باردار و شیرده تأخیر تشخیص گزارش شده است. اگر مادر شیرده متوجه توده‌ای در سینه‌اش شد که با شیردهی کاهش نمی‌یابد یا اندازه آن افزایش می‌یابد، باید ارزیابی فوری انجام شود. در صورت تداوم توده، آزمایش‌های تشخیصی باید انجام شود (فصل 18). هر زن باردار یا مادر شیردهی که توده پستانی دارد باید توسط متخصص پستان ارزیابی شده، در صورت نیاز بیوپسی شود. شیردهی نباید فرآیند ارزیابی را به تأخیر بیندازد.

سونوگرافی

بر اساس توصیه کالج آمریکایی رادیولوژی، سونوگرافی پستان اولین روش تصویربرداری در زنان باردار و مادران شیرده هنگام ارزیابی توده قابل لمس است. سونوگرافی به شناسایی یک توده خوش خیم مانند گالاکتوسل کمک کند. اگر نتایج سونوگرافی پستان منفی باشد و توده ادامه یابد، یا اگر یافته ها مشکوک به سرطان باشد، ممکن است ارزیابی بیشتری نیاز داشته باشد.

ماموگرافی تشخیصی

ماموگرافی شامل توموسنتز دیجیتال سینه در دوران شیردهی که بی خطر است، اما یافته های منفی نباید انجام کارهای بیشتر را در صورت وجود توده قابل لمس نفی کند. اگر ماموگرافی انجام می شود، باید بلافاصله قبل از آن مادر به شیرخوارش شیر بدهد یا بدوشتد تا امکان مشاهده بهینه بافت های سینه فراهم شود.

MRI پستان

MRI پستان با ماده حاجب ممکن است در ارزیابی تصویربرداری یا یافته های بالینی مربوطه و شیردهی مورد توجه قرار گیرد. پس از تجویز ماده حاجب دارای گادولینیوم نباید شیردهی قطع شود. خالی کردن سینه ها قبل از مطالعات تصویربرداری ممکن است به افزایش توانایی مشاهده بافت سینه کمک کند.

Diagnostic Procedures روش های تشخیصی

میتوان بیوپسی سوزنی یا بیوپسی با سوزن ظریف و سایر آزمایش های تشخیصی را بدون وقفه قابل توجه در شیردهی انجام داد. اکثر توده های سینه شناسایی شده و بیوپسی هایی که در دوران بارداری و شیردهی انجام شده خوش خیم هستند (80 % موارد) و بدون آسیب به مادر، جنین یا شیرخوارمی توان انجام داد. حدود 30% توده های پستان دارای یافته های پاتولوژیک هستند که مختص پستان شیرده است از جمله آدنوم شیردهی، فیبروآدنوم انفارکته، بافت هیپرتروفی پستانی، گالاکتوسل، ماستیت و ضایعات التهابی و پاپیلوم. در زمان بیوپسی و تصمیم براین کار باید خطر فیستول شیری و آدانه آن را بیان کرد.

ترشح خونی از نوک پستان: Bloody Nipple Discharge

ترشح خونی از نوک پستان یک یافته نسبتاً شایع مرتبط با صدمه نوک و احتقان پستان در اوایل شیردهی است و معمولاً در روزهای 3 تا 7 پس از زایمان رخ می دهد. ارزیابی نوک سینه برای وجود تروما و اصلاح لچ ممکن است مشکل را برطرف کند. گاهی اوقات، مادران با گشاد شدن مجاری و نشست مویرگ هایشان (به

عنوان مثال، اکتازی مجرا یا "سندرم لوله زنگ زده" شیر قهوه ای مایل به قرمز دارند. این مشکل معمولاً در هفته اول شیردهی برطرف می شود. اگر شیر کمی خونی باشد، معمولاً توسط نوزاد به خوبی تحمل می شود، اگرچه گاهی اوقات ممکن است با استفراغ و مدفوع خونی در نوزاد همراه باشد. اگر ترشحات خونی از نوک پستان دائمی باشد و تنها از یک مجرای شیر رخ دهد، ارزیابی بیشتری لازم است. بیشتر اوقات، این امر توسط پاپیلوم داخل مجاری ایجاد می شود. کارسینوم داخل مجرا نادر است و ممکن است با توده پستان همراه باشد.

توصیه هایی برای ارزیابی پستان در دوران شیردهی

- خودآگاهی منظم پستان: باید زنان با ظاهر طبیعی سینه های شیری خود آشنا باشند و تغییرات را به متخصصان مراقبت های بهداشتی خود گزارش دهند.
- معاینات پستان باید در ابتدای بارداری، در دوران پس از زایمان و پس از آن سالانه حتی در دوران شیردهی توسط پزشک انجام شود.
- ماموگرافی: اگر زنی در معرض خطر بالای سرطان سینه باشد، میتواند ماموگرافی غربالگری معمول را در دوران شیردهی برحسب مدت زمان مورد انتظار شیردهی انجام داد. در غیر این صورت، غربالگری ماموگرافی ممکن است تا چند ماه بعد شیر گرفتن به تعویق بیفتد.
- بیوپسی، در صورت لزوم، در دوران بارداری و شیردهی بی خطر است.
- سرطان سینه که در دوران بارداری و شیردهی تشخیص داده می شود، معمولاً دارای پیش آگهی، مرحله به مرحله، مشابه سرطان پستان قبل از یائسگی است که در خارج از بارداری و شیردهی تشخیص داده می شود. تشخیص زودهنگام سرطان سینه مهم است و درمان نباید به تعویق بیفتد. اگر هرگونه نگرانی در مورد تغییر شکل غیرطبیعی یا مشکل پستان بوجودآمده باید زود به جراح پستان برای ارزیابی بیشتر ارجاع شود.
- شیردهی (حتی یک طرفه) پس از اکثر جراحی های سینه و درمان های سرطان سینه امکان پذیر است.

مطب دوستدار تغذیه شیرخوار از سینه مادر

خانه پزشکی، از جمله مشارکت بین خانواده و متخصصان اطفال، زنان و زایمان، و/یا خانواده، باید محیطی مناسب برای شیردهی ایجاد کند که شیردهی را در مطب تشویق کند. اقدامات پزشکی مطب باید برای حمایت از اهداف افراد سالم 2030 برای افزایش درصد مادرانی باشد که فرزندشان را از سینه خودشان شیر می دهند و مدت شیردهی بیشتر را حمایت کند. علاوه بر این، کل کارکنان مطب، اعم از حرفه ای و غیرحرفه ای، باید در مورد ارزش و اجرای شیردهی و نحوه حمایت از مادر شیرده و شیرخوارش در طول ویزیت آموزش ببینند. هر بازدید فرصتی ارزشمند برای ارائه آن حمایت اولیه و مداوم است. علاوه بر این، گنجاندن روشهای شیردهی و رفع مشکلات در مطب می تواند منبعی را برای بیماران فراهم کند و در عین حال درآمدی را برای این عمل به همراه داشته باشد.

محیطی دوستدار شیردهی مادران

مطب پزشک فرصت ارزشمندی را برای نشان دادن اینکه کارکنان مراقبت های بهداشتی معتقدند تغذیه شیرخوار از سینه مادر شکل طبیعی تغذیه برای همه شیرخواران است ارائه می دهد. مروری در یک مطب با نیت مشاهده انتقادی محیط و ایجاد این سوال که "محیط این مطب پزشکی چه پیامی به خانواده ها می دهد" می تواند روشنگر باشد. دکور، تبلیغات و توجه به نیازهای مادران شیرده نشان دهنده ارزش های مطب است. تبدیل مطب پزشک به محیطی که در آن شیردهی هنجار اجتماعی است، یک تجربه آموزشی تأثیرگذار برای والدین و کودکان ایجاد می کند و نشان می دهد که این عمل با اشتیاق، شیردهی را ترویج، حمایت و محافظت می کند.

تصاویر، پوسترها و عکس های بزرگ شده

مادران شیرده و فرزند شیرخواره با پیشینه های قومی و فرهنگی مختلف باید در سرتاسر مطب نمایش داده شود تا مادران شیرده را تشویق به شیر دادن به فرزند خود کند.

اتاق مادر و اتاق انتظار :

یک مکان خصوصی مجهز به یک صندلی راحتی، یک میز تعویض پوشک، یک شیردوش برقی و، در حالت ایده آل، یک یخچال کوچک می تواند تبدیل به اتاق شیردهی شود که در آن مادران (از جمله کارکنان)

برای شیر دادن به صورت خصوصی یا دوشیدن اقدام می کنند و تاکید خواهد کرد که شیردهی در این مکان تشویق و حمایت می شود. هرگز نباید از شیر دادن در اتاق انتظار یا معاینه خودداری کرد.

از بازاریابی و تبلیغات شیر مصنوعی جلوگیری کنید.

دادن بسته های بارداری حاوی شیر خشک به زنان باردار موفقیت شیردهی را تضعیف می کند. اگر تغذیه عملی با شیر مادر مهم است، پذیرش بازاریابی شیر خشک و هدایای مشابه از شرکت های شیر خشک نتیجه معکوس دارد و باید از آن جلوگیری کرد. باید به پیام های مربوط به شیردهی که در مجلات و سایر مطالب ارائه شده در اتاق انتظار ارائه می شود، دقت کرد دادن هدایای شرکت های تولید و توزیع کننده شیر خشک قبل از تولد یا پس از زایمان به مادران یا ارسال فرم های ثبت نام برای "باشگاه های مادران جدید" که توسط این شرکت ها حمایت می شود، نباید در مطب تشویق شود. هنگامی که زنان در چنین باشگاه هایی ثبت نام می کنند، احتمالاً شیر خشک رایگان، قبل یا بعد از تولد نوزاد، دریافت خواهند کرد.

میزان شیردهی را در عملکرد خود ردیابی کنید

هنگامی که والدین آینده نگر یا جدید در حال مصاحبه با پزشک اطفال یا پزشک جدید هستند، اغلب می خواهند در مورد میزان شیردهی و مدت زمان این عمل بدانند. این به آنها کمک می کند تا تشخیص دهند که آیا این عملکرد حمایت کننده شیردهی است یا خیر. به همین دلیل، میزان شیردهی در عمل باید پیگیری شود تا اثربخشی ترویج، حمایت و مدیریت بالینی بهینه تغذیه شیرخواران با شیر مادر مشخص شود. این کار به شما اجازه می دهد تا ببیند که چگونه با اهداف ملی تغذیه با شیر مادر عمل می کنید و از والدین و کارکنان در درک اهمیت شیر مادر حمایت می کند. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل روند شروع و مدت شیردهی در جمعیت مراجعه کننده می تواند به تعیین دوره های بحرانی کمک کند که حمایت بیشتر از شیردهی در ویزیت های کودک سالم می تواند تفاوت قابل توجهی در موفقیت شیردهی ایجاد کند. اطلاعات از طریق نظرسنجی، بررسی دوره ای پرونده ها، و مصاحبه با شرکای کلیدی. و در هر ویزیت، باید متخصص اطفال از مادران در مورد ادامه شیردهی سوال و موفقیت شیردهی را زیر نظر داشته باشد و تشویق های مستمر را ارائه دهد..

Staff Education آموزش پرسنل

ادغام مؤثر دادن اطلاعات لازم و مهارت های مرتبط با شیردهی در روتین های روزانه نقش کلیدی در مراقبت مادران شیرده و آموزش پرسنل بدون افزایش زمان مورد نیاز برای ارائه خدمات دارد. باید

پزشکان و همه کارکنان در زمینه اصول اداره شیردهی آموزش ببینند تا اطمینان حاصل شود که این عمل پیامی ثابت را منتقل می کند و خانواده ها را با اطلاعات متناقض مواجه نمی کند. همچنین باید پزشکان و کارکنان مهارت ها و راحتی عملی ارزیابی تغذیه شیرخوار از سینه مادر را از طریق شرح حال و ارزیابی های فیزیکی مناسب کسب کنند. هر مطب باید یک خط مشی شیردهی داشته باشد. منابع عالی برای حمایت از توسعه یک مطب مناسب برای شیردهی در دسترس است، و هدف از این عمل باید این باشد که همه کارکنان در زمینه حمایت از شیردهی آموزش ببینند (ضمیمه E).

پزشکان

باید پزشکان رهبران کلیدی در ترویج و حمایت تغذیه شیرخوار از سینه مادر باشند. آموزش پزشک باید در دوره آموزش پزشکی و دوره دستیاری انجام شود. بسیاری از باورهای شخصی بر نگرش ها و توصیه های شیردهی تأثیر می گذارد. ممکن است متخصصین بهداشتی درمانی اگر آموزش نینند به جای تکیه بر مطالب مبتنی بر شواهد، توصیه هایی را بر اساس تجربه شخصی خود ارائه می دهند. آموزش بالینی از طریق دوره ها، کنفرانس ها و کتاب های معتبر تغذیه شیرخوار از سینه مادر و همچنین منابع اینترنتی می تواند مبتدیان را با اصول شیردهی آشنا کند و دانش مدیریت و تشخیص را برای پزشک رده بالاتر گسترش دهد. پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی که از مادران و کودکان شیرده مراقبت می کنند باید در طول دوره آموزشی خود آموزش های مربوط به شیردهی را دریافت کنند و باید از طریق آموزش مداوم در دانش و مهارت های بالینی خود به روز شوند.

. برای پزشکان مهم است که مداخلات شیردهی متناسب با سن و راهنمایی های با پیش بینی را به عنوان بخشی از هر ویزیت معمول کودک سالم برای مادر و شیرخوار ارائه دهند (به فصل 9، و 10، مراجعه کنید). همچنین باید پزشکان از موارد منع شیردهی آگاه باشند (به فصل 18، مراجعه کنید). و با استفاده از پایگاه داده LactMed می توانند نگرانی های مربوط به داروهای مادر در دوران شیردهی را برطرف کنند (به فصل 16، مراجعه کنید).

کارکنان پرستاری

اغلب می توانند در دوره های تغذیه با شیرمادر و شیردهی یا کنفرانس هایی که واحدهای آموزش مداوم ارائه می دهند شرکت کنند، یا می توانند در دوره های تکمیلی شرکت کنند. کنفرانس های آموزشی کوتاه تری را می توان به کارکنان غیرپرستار در محل ارائه کرد که مزایای شیرمادر از نظر سلامت و در مورد مسائل

مربوط به شیردهی که مخصوص انواع تعاملات با بیماران است، ارائه کرد. تاکید بر این نکته ضروری است که امکانات تغذیه با شیر مادر در مطب نیز باید در دسترس همه کارکنان اعم از بالینی و غیر بالینی باشد.

حمایت از پرسنل پزشکی

دستیاران پزشکی، دستیاران پرستار، تکنسین های آزمایشگاهی، پذیرش، کارکنان خانه داری، کارکنان اداری و سایر پرسنل در شرکت در کنفرانسهای آموزشی در مورد شیردهی گنجانده شوند، زیرا همه افراد در محیط مطب با مادران شیرده تعامل دارند. همچنین کارکنان باید تشویق شوند تا از امکانات شیردهی در مطب استفاده کنند. همچنین ممکن است پرسنل پیشینه فرهنگی یا زبانی را با بیماران به اشتراک بگذارند، و این پیشینه مشترک زبان و فرهنگ می تواند به حمایت از تلاش های تغذیه شیرخوار از سینه مادر کمک کند. مدیریت باید شکاف های آموزشی کارکنان را ارزیابی کند و استراتژی هایی را برای رفع این نقصها ایجاد کند. استراتژی ها ممکن است شامل برگزاری جلسات داخلی یا فرستادن کارکنان به کنفرانس هایی باشد که می توانند در مورد اهمیت شیردهی بیشتر بیاموزند.

Lactation Specialists متخصصین تغذیه باشیرمادر (مشاوران دوره دیده)

استفاده از متخصصان شیردهی ممکن است در عمل مفید باشد. برخی از پزشکان ترجیح می دهند یک مشاور شیردهی که دوره IBLCE را گذرانده انتخاب کنند. صدور گواهینامه شامل رعایت الزامات آموزشی خاص، تکمیل تمرین بالینی راهنمایی شده و گذراندن یک آزمون کتبی استاندارد است. برای پزشکان، پرستاران و سایر افراد واجد شرایط که تجربه کمک به زنان شیرده را دارند، آزاد است. سایر برنامه های شیردهی، ارائه دهنده آموزش و آموزش بالینی اضافی برای پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی وابسته است. برخی از روش ها و عملکردها ممکن است نیاز به متخصصان شیرمادر برای رسیدگی به نیازهای آموزشی شیردهی داشته باشند. گزینه دیگر استخدام یک متخصص شیردهی به صورت موردی یا انتخاب فردی در مطب خصوصی یا بیمارستانی است که به طور منظم ارجاعات را می پذیرد. پزشکان باید از منابع مناسب در جوامع خود آگاه باشند. حمایت از تغذیه باشیرمادر می تواند از مریبان شیردهی؛ برنامه (WIC)، متخصصین تغذیه و مشاوران همسان؛ و سایر پرسنل مبتنی بر جامعه انجام شود.

آموزش به بیمار :

اکثر زنان انتخاب تغذیه فرزند خود را زود انجام می دهند. تقریباً سه چهارم زنان قبل از بارداری یا در طول سه ماهه اول تصمیم می گیرند (فصل 6) بنابراین، شروع آموزش شیردهی در دوران بارداری بسیار مهم است. کلاس های پیش از تولد گروه های حمایتی برای تازه مادران، کلاس های شیردهی برای تازه مادران، و کلاس های دوران بارداری که شامل تغذیه با شیر مادر می شوند اطلاعات دقیق و حمایت اجتماعی را برای خانواده ها فراهم می کنند.

ویزیت های قبل از زایمان:

ویزیت معمول قبل از زایمان نه تنها فرصتی را برای مادر فراهم می کند تا هرگونه سوال یا نگرانی خود را در مورد شیردهی بیان کند، بلکه برای پزشک و کارکنان نیز فرصتی برای نشان دادن تعهد به شیردهی فراهم می کند. اگر چه بهینه است، اما ویزیت قبل از تولد با پزشک اطفال کمتر معمول است (در یک مطالعه در 11٪ از بیماران رخ می دهد). بنابراین، ویزیت های زودهنگام مامایی برای ایجاد زمینه برای شیردهی مهم است.

خطوط پشتیبانی تلفنی:

خطوط پشتیبانی، که به طور خاص به شیردهی اختصاص داده شده اند یا در سیستم تریاژ تلفنی عملی گنجانده شده اند، تا زمانی که یک متخصص مراقبت های بهداشتی با سطح مناسبی از دانش شیردهی به تماس ها رسیدگی کند، مفید است. محتوای تماس های تلفنی باید در پرونده پزشکی ثبت شود. اگرچه ممکن است ارائه راهنمایی در مورد شیردهی از طریق تلفن یا از طریق ایمیل راحت باشد، اما اگر سوالی در مورد کفایت شیردهی و تامین شیر وجود دارد، بهتر است نوزاد و مادر را شخصاً ارزیابی کنید (فصل 8). نشریه آکادمی اطفال آمریکا (AAP) در مورد تریاژ و مشاوره تلفنی با شیر مادر برای ارائه مشاوره تماس تلفنی در دسترس است.

نظارت پیشگیرانه :

غربالگری زنان پس از زایمان از نظر علائم افسردگی، همراه با سایر نظارت های پیشگیرانه، باید انجام شود (فصل 10).

خدمات مشاوره همتایان

La Leche League International، و برخی از دفاتر WIC، و سایر سازمان های حمایت از شیردهی، مشاوره با همتایان ارائه می دهند و باید برای شیردهی در دسترس باشند. بسیاری از زنان در تبادل اطلاعات مربوط به شیردهی با مادرانی با پیشینه های قومی و فرهنگی مشابه احساس راحتی بیشتری می کنند.

گروه های تغذیه با شیر مادر مبتنی بر جامعه:

منابع خوبی برای اطلاعات را می توان در هر تعدادی از گروه های شیردهی مبتنی بر جامعه یافت. نمونه ها شامل گروه های محلی La Leche League، مشاوران همتا، و گروه های حمایتی است که از طریق عملی یا گروه های فرهنگی مناسب در جامعه ارائه می شوند. پزشکان می توانند با ارائه حمایت های غیرنقدی و مالی از گروه های محلی حمایت از شیردهی، شبکه حمایت از شیردهی را گسترش دهند.

مطالب چاپی:

هر مطلبی که به زنان ارائه می شود، به ویژه اگر در اولین تماس پری ناتال در اختیار خانواده ها قرار گیرد، باید از نظر صحت و محتوا بررسی شود. بجای تهیه مطلب از تولیدکنندگان شیر مصنوعی و تجاری، جایگزین های عالی وجود دارد از جمله نشریات AAP، کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان (ACOG)، آکادمی پزشکان خانواده آمریکا، آکادمی پزشکی شیردهی ABM، و La Leche League International است..

موانع احتمالی شیردهی موثر:

موانع شیردهی را باید پیش بینی کرد و به آنها رسیدگی کرد – بخصوص آنهایی که ممکن است در اوایل دوره پس از زایمان با آنها مواجه شوند. مادران جدید اغلب در مورد بازگشت به کار و استفاده از شیردوش برقی سؤالاتی دارند. در یک مطالعه، یکی از 3 دلیل اصلی زنان برای شیر ندادن این بود که «نتوانستند شیر بدهند، زیرا مجبور بودند به سر کار خود بازگردند». پیش بینی این نگرانی و ارائه دستورالعمل های مربوط به دوشیدن شیر و کمک و حمایت ذخیره سازی شیر می تواند شروع و مدت شیردهی را بهبود بخشد. (فصل 10). حفظ شیردهی مادر و شیردوش و سایر لوازم جانبی را در ادامه این فصل برای بحث در مورد اشتغال و استفاده از پمپ های شیر مادر ملاحظه کنید. پزشکان می توانند کارفرمایان جامعه خود را تشویق کنند تا شیوه هایی را در محل کار اتخاذ کنند که از تغذیه با شیر مادر حمایت می کند.

جنبه تجاری شیردهی:

جنبه های شیردهی یک مطب اطفال را می توان در یک مدل تجاری برای بهبود عمل مشاهده کرد. در هر صنعت خدماتی، اگر 75 درصد از مشتریان محصول شما را بخواهند یا به آن نیاز داشته باشند، شما تصمیم خوبی گرفته اید که خدمات خود را در آن گروه اعمال کنید. بنابراین، میانگین ملی بیش از 75 درصد از زنانی که شیردهی را شروع می کنند، دلیل قابل توجهی برای تمرکز روی کمک به این مادران است.

خدمات پشتیبانی تغذیه شیرخوار از سینه مادر:

بسیاری از مراکز ممکن است بتوانند خدمات پزشکی شیردهی را به صورت سرپایی ارائه دهند. این خدمات می تواند شامل بسیاری از پرسنل ذکر شده در بالا باشد، از جمله متخصصان شیردهی، کارکنان پرستاری، دولاهها و مشاوران همنا. بسته به مدل، خدمات پشتیبانی شیردهی می تواند سودآور، خنثی یا با ضرر خالص باشد. اگر خدمات پشتیبانی شیردهی به طور کارآمد و مؤثر انجام شود، می تواند پایدار و درآمد قابل توجهی برای یک مرکز مراقبت های اولیه و بیماران باشد.

کدگذاری، صورت حساب و پرداخت:

AAP منابعی را برای کمک به پزشکان در پرداخت خدمات شیردهی سرپایی، از جمله حمایت از شیردهی و شیردهی: راهنمای مراقبت های اولیه پزشکان اطفال برای کدگذاری، در دسترس دارد که در <https://downloads> یافت می شود.

11 Chapter BHFP 189-200.indd

195aap.org/AAP/PDF/coding_breastfeeding_lacation.pdf. AAP (<https://www.aap.org/coding>) و

ICD-10-CM منابع ACOG

شیردوش ها و سایر لوازم جانبی شیردهی:

اجاره و/یا فروش شیردوش و سایر لوازم جانبی شیردهی می تواند خدمات ارزش افزوده ای باشد که سودآور است. با این حال، سفارش، انبار کردن، بیمه کردن، نگهداری موجودی، برخورد با تجهیزات معیوب یا آسیب دیده، و مسائل دیگر نیاز به زمان و تلاش دارد.

پیشگامان ونهضت ملی

برنامه درسی رزیدنتی :

ابتکارات ملی برای تغذیه با شیر مادر برای ارائه آخرین اطلاعات علمی، مواد آموزشی و استراتژی‌های افزایش میزان شیردهی در راستای اهداف ملی Healthy People 2030، به پزشکان اطفال (موجود در وب سایت AAP به نشانی <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Breastfeeding/Pages/Breastfeeding-Curriculum.aspx>) آموزش‌هایی را برای پزشکان اطفال، متخصصین زنان و زایمان و پزشکان خانواده گسترش داده است. این منابع به گونه‌ای طراحی شده‌اند که در برنامه‌های آموزشی پزشکان با تاکید بر ترویج و حمایت فرهنگی مناسب تغذیه با شیر مادر از خانواده‌هایی با پیشینه‌های نژادی و قومی متفاوت اجرا شوند. اجرای کوریکولوم مدیریت شیردهی و موفقیت در تغذیه شیرخوار از سینه مادر را بهبود می‌بخشد.

The Business Case for Breastfeeding تجارت و تغذیه با شیرمادر

منبعی جامع برای کسانی است که به زنان شیرده در بازگشت به نیروی کار کمک می‌کنند. این برنامه‌ای است که برای آموزش کارفرمایان در مورد ارزش حمایت از کارمندان شیرده در محل کار طراحی شده است. این برنامه نشان می‌دهد که چگونه چنین حمایتی به موفقیت کل کسب و کار کمک می‌کند و ابزارهایی را برای کمک به کارفرمایان ارائه می‌دهد تا از شیردهی و حفظ حریم خصوصی مادران شیرده برای دوشیدن شیر در محیطی غیر از حمام در محل کار کمک کنند. این برنامه همچنین راهنمایی‌هایی را برای کارمندان در مورد شیردهی و کار ارائه می‌دهد.

قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه

مقررات تغذیه با شیر مادر بخش 4207 قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه بیان می‌کند که کارفرمایان باید برای کارکنان شیرده "زمان استراحت معقول" و یک مکان خصوصی (بجز حمام) برای دوشیدن شیر مادر در طول روز کاری، تا پایان یک سالگی کودک برای تغذیه از سینه مادر ارائه کنند. قانون مراقبت مقرون به صرفه علاوه بر این امکان دسترسی به شیردوش برقی را از طریق بیمه فراهم می‌کند. برای مادرانی که از مزایای WIC بهره‌مندی‌کنند شیردوش برقی در دسترس است.

مشوق‌های مالیاتی خدمات درآمد داخلی :

اگر مادران شاغل دارای حساب خرج کردن انعطاف‌پذیر باشند، خدمات درآمد داخلی به آنها اجازه می‌دهد تا از پول پیش از مالیات این حساب‌ها برای پوشش هزینه شیردوش که از طریق بیمه پوشش داده نمی‌شوند، همراه با سایر لوازم مربوط به شیردهی استفاده کنند. مادرانی که حساب مخارج انعطاف‌پذیر ندارند، در صورتی که کل هزینه‌های پزشکی بازپرداخت نشده آنها از 7.5 درصد درآمد ناخالص تعدیل‌شده آنها بیشتر شود و اظهارنامه مالیاتی خود را جزئی کنند، می‌توانند هزینه‌های تغذیه شیردهی را از مالیات خود کسر کنند.

استراتژی‌هایی برای اجرا :

فراهم کردن حمایت، زمان و تلاش از قبل با ارزش و مقرون به صرفه در برقراری شیردهی است (کادر 1-11). مثال‌های زیر برای برانگیختن تفکر در مورد امکانات اجرایی در بیمارستان و مطب گنجانده شده‌اند:

- استراتژی‌های بیمارستانی برای ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های مختلف موفق بوده‌اند.
- ویزیت پیگیری 3 تا 5 روزه باید قبل از ترخیص از بیمارستان برنامه ریزی شود تا نوزاد کمی بعد از ورود به منزل در مطب یا کلینیک مورد ارزیابی قرار گیرد. در آن زمان می‌توان شرح حال، وزن و معاینه فیزیکی را کامل کرد و شیردهی را مشاهده کرد. اگر پس از ویزیت معمول بین 3 تا 5 روز، مادر یا پزشک نگرانی‌هایی در مورد شیردهی داشته باشد، می‌توان یک ویزیت متمرکز بر مشکل را قبل از معاینه معمول بعدی برنامه ریزی کرد یا می‌توان به متخصص شیردهی ارجاع داد.
- ایجاد اشتراک و دستور کار مشترک تغذیه با شیر مادر با مراکز دیگر جامعه راه موثری برای تقویت مدیریت شیردهی است (کادر 2-11). منحنی‌های رشد سازمان جهانی بهداشت باید برای نظارت بر رشد همه نوزادان و شیرخواران مورد استفاده قرار گیرد (به فصل 8، مراجعه کنید).
- آیا مطالب راهنمایی‌های پیش‌بینی شده در ویزیت بعد در چک لیست‌های مربوط به هر ویزیت مشخص شده است (به فصل 9، مراجعه کنید).

Box 11-1 خلاصه اقدامات حمایتی درمطب درجهت ترویج تغذیه باشیرمادر

1. یک خط مشی مکتوب مطب دوستدار شیردهی داشته باشید.
2. کارکنان را در زمینه مهارت های حمایت از شیردهی آموزش دهید.
3. در مورد شیردهی در طول ملاقات های قبل از تولد و در هر ویزیت کودک سالم بحث کنید.
4. تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای تقریباً 6 ماه تشویق کنید.
5. رهنمودهای پیش بینی کننده مناسبی را ارائه دهید که شیردهی تا زمانی که می خواهید حمایت کند.
6. مشاهده شیردهی را در مراقبت های معمول مطب بگنجانید.
7. آموزش به مادران شاغل در مورد دوشیدن شیر و بازگشت به کار.
8. تهیه منابع آموزشی غیرتجاری شیردهی برای والدین.
9. شیردهی را در اتاق انتظار تشویق کنید، اما در صورت درخواست، فضایی برای آن فراهم کنید.
10. توزیع فرمولای رایگان را حذف کنید.
11. آموزش کارکنان برای پیروی از پروتکل های تریاژ تلفنی برای رفع نگرانی های مربوط به شیردهی.
12. با بیمارستان محلی یا مرکز زایمان و جامعه زنان و زایمان در مراقبت از شیردهی همکاری کنید.
13. ارتباط با منابع حمایت کننده تغذیه از سینه مادر.
14. میزان شیردهی را در عملکرد مطب خود کنترل کنید.

Box 11-2 بعض راهکارها جهت تشویق شیردهی درمطب

- با مربیان زندگی خانوادگی و پرستاران بهداشت در مطب کار کنید تا اطمینان حاصل کنید که پیام های مربوط به شیردهی مشابه داده می شود.
- کلاس های دوران بارداری را که برای بیماران مفید است ارائه دهید.
 - استخدام متخصصان شیردهی در مطب، تحت رهبری تیم پزشکی.
 - ارائه بازخورد مثبت به مادران (مثلاً ارائه گواهی موفقیت برای شیردهی در هر ویزیت).
 - فعالیت های شیردهی درمطب و جامعه محور را توسعه و حمایت کنید.
 - تشویق آموزش تغذیه با شیر مادر در مدارس.
 - فواید شیردهی را در ویزیت نوجوانان ارائه دهید.

فصل 12

تغذیه از سینه مادر و شیرانسان برای نوزادان و شیرخواران نارس

شیر مادر حاوی مجموعه ای از اجزای بیولوژیکی فعال است که برای ایمنی و رشد مهم هستند. شناخته شده است که شیر مادر خطر انتروکولیت نکروزان، سپسیس دیررس، عدم تحمل تغذیه، رتینوپاتی نوزادان نارس، و اختلال neurodevelopment را کاهش می دهد (باکس 12-1). مادران نوزادان نارس با موانع زیادی برای تولید شیر روبرو هستند و بسیاری از آنها به اهداف تغذیه ای خود نمی رسند. موانع مادر شامل (1) عوارض طبی قبلی و بارداری که موجب تاخیر جهش شیر (لاکتوزنز 2) یا کاهش تولید شیر می شود، (2) جدایی طولانی مدت مادر از شیرخوار که ممکن است هفته ها تا ماه ها طول بکشد در حالی که شیرخوار یا نوزاد هنوز در بیمارستان بستری است. (3) حفظ تولید شیر که بجای مکیدن از سینه مادر عمدتاً با شیردوش است و (4) بازگشت به کار یا سایر چالش های لجستیکی که دوشیدن مکرر شیر و ملاقات نوزاد را دشوار می کند. نوزادان نارس مکیدن و بلع نارس دارند که موجب می شود اغلب به تغذیه لوله ای نیاز داشته باشند یا هنگام تغذیه مستقیم از پستان مادر نیاز به حمایت ویژه داشته باشند. و نیازهای تغذیه ای در درشت مغذی ها و ریز مغذی هایی که بیش از نوزادان سالم است، و لازم می شود تقویت شیر مادر برای بهینه سازی رشد و تکامل صورت گیرد. شیراهدایی انسان که پاستوریزه شده شیری است که توسط دیگر مادران اهدا و پاستوریزه شده است (یعنی تحت حرارت قرار گرفته است) تا آلودگی باکتریایی و ویروسی را برطرف کند. شیر اهدایی پاستوریزه برای نوزادان و شیرخواران با وزن بسیار کم هنگام تولد (VLBW) زمانی که شیر مادر خودشان در دسترس نیست توصیه می شود، زیرا شیر اهدایی با کاهش خطر انتروکولیت نکروزان و عدم تحمل تغذیه همراه است. با این حال، استفاده از شیر اهدایی با مجموعه ای از مزایای سلامتی که شیر خود مادر فراهم می کند، مرتبط نیست. تغذیه از سینه مادر و شیر انسان برای همه نوزادان نارس مهم است، اما در این فصل 2 زیر گروه مورد بحث قرار خواهد گرفت: نوزادان با وزن کمتر از 1500 گرم در بدو تولد (VLBW) و آنهایی که بین هفته های 34 و 36 بارداری متولد شده اند (به عنوان نوزادان اواخر نارس).

Box 12-1. تغذیه از سینه مادر خطرات زیر را در نوزادان نارس کاهش می دهد

انتروکولیت نکروزان • عدم تحمل تغذیه • عفونت های بیمارستانی • بستری طولانی تر در بیمارستان در بخش مراقبت های ویژه نوزاد • تاخیر تکامل • IQ پایین در تست های شناختی
--

نوزادان با وزن بسیار کم هنگام تولد

روتین های زیادی در بیمارستان وجود دارد که مادران را در به حداکثر رساندن تولید شیر خود حمایت می کند. متخصصان اطفال، همراه با سایر پزشکان بیمارستان، نقش مهمی در این فرآیند دارند. هدف باید تامین شیر مادر خودشان باشد به هر مقدار که نیاز دارند.

روتین های بیمارستانی :

آموزش مادر:

هنگامی که انتظار می رود نوزاد VLBW به دنیا بیاید، مشاوره قبل از تولد باید شامل بحث در مورد فواید شیر انسان، دوشیدن اولیه آغوز و مروری بر ملاحظات عملی دوشیدن مکرر شیر برای نوزاد نارس باشد (فصل 14). نشان داده شده است که مشاوره موجب می شود تصمیم مادر برای تامین شیر را افزایش دهد و استرس ناشی از تولید شیر مادر را در زمانی که نوزاد در NICU است، کاهش دهد. باید آموزش پس از زایمان ادامه یابد و شامل اطلاعاتی در مورد جمع آوری و ذخیره صحیح شیر، تغذیه دهانی آغوز، مراقبت پوست به پوست و انتقال به تغذیه خوراکی از پستان باشد. باید آموزش و تشویق مادر توسط همه کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، پرستاران و مشاوران شیردهی ارائه شود.

Oral Colostrum Care and Early Mother's Milk Feedings

فاکتورهای ایمنی بخش محافظ، از جمله ایمونوگلوبولین ترشعی A، در آغوز مادرانی که نوزاد نارس به دنیا می آورند، بیشتر از زنانی است که نوزاد رسیده دارند، که نشان می دهد آغوز نارس به ویژه در روزهای اول پس از زایمان امکان محافظت خاصی را بوجود می آورد. مراقبت دهانی آغوز به تحویل حجم کمی از آغوز به طور مستقیم به مخاط بوکال نوزادان نارس در اولین ساعات پس از تولد اطلاق می شود، قبل از اینکه تغذیه روده ای استقرار یابد. اجزای فعال ایمنی شیر می تواند از طریق مخاط بوکال جذب شود. آغوز دهانی ایده آل است درحالی که مادر فقط قطرات شیر تولید می کند و این مقدار کم نمی تواند از طریق تغذیه لوله ای منتقل شود. هنگامی که شیر مادر به اندازه کافی وجود دارد، تغذیه تروفیک از طریق لوله باید در اسرع وقت شروع شود. تغذیه تروفیک زودهنگام با آغوز می تواند از آنروفی مخاط روده و پرزهای آن جلوگیری کند و با افزایش ترشح هورمون تغذیه ای روده و بهبود حرکت روده، رشد دستگاه گوارش را تحریک کند. تغذیه زودهنگام با شیر مادر می تواند زمان لازم برای پیشرفت به تغذیه کامل روده

ای را کاهش داده، طول مدت بستری در بیمارستان را کوتاه کند. توصیه پزشکان این است که آغوز ترجیحا بترتیبی که دوشیده شده حتی اگر منجمد شده است، به نوزاد داده شود.

Milk Expression دوشیدن شیر

باید مادران برای دوشیدن اولین شیر خود در اسرع وقت پس از زایمان، به طور ایده آل ظرف 6 ساعت حمایت شوند. باید مادران با استفاده از یک شیردوش برقی دوقلوی موثر و کارآمد، چه در بیمارستان و چه در منزل، بدوشند. در حالی که تعداد دفعات دوشیدن در روز برای تولید شیر کافی برای تغذیه نوزاد در بین مادران متفاوت است، به طور کلی، حداقل 6 تا 8 بار در روز یا بیشتر مورد نیاز است. ممکن است مادران در اولین ساعات یا روزهای بعد از زایمان از دوشیدن با دست استفاده کنند یا برای تقویت دوشیدن با شیردوش از دست کمک بگیرند. باید مادران را در مسائل رایجی که در استفاده از شیردوش مواجه می شوند مثل تناسب رابط شیردوش روی سینه، قدرت مکش و درد ناشی از دوشیدن حمایت و کمک کرد. باید به مادران آموزش داده شود که شیر خود را به درستی برچسب زده، محافظت و ذخیره سازی کنند. (فصل 14)

Skin-to-Skin Contact. تماس پوست با پوست

افزایش تولید شیر مادر تنها یکی از مزایای مهم تماس پوست به پوست مادر و نوزاد در نوزادان VLBW است. تماس پوست به پوست به تنظیم دمای بدن نوزاد، ثبات فیزیولوژیک و پیوند عاطفی مادر نوزاد کمک می کند. باید مادران تشویق شوند که تا زمانی که لازم است تماس پوست به پوست را انجام دهند. می توان آن را با خیال راحت در نوزادان انتوبه شده، نوزادانی که فشار مثبت مداوم راه هوایی دریافت می کنند و آن ها که سرم درمانی نافی خوب تثبیت شده دارند انجام داد؟؟؟ معهذا کمک کارکنان بیمارستان برای انتقال ایمن نوزادان از انکوباتور به وضعیت تماس پوست به پوست مورد نیاز است.

Transition to Oral Feedings انتقال به تغذیه دهانی

تغذیه دهانی اولیه از پستان، دوره های مکرر تغذیه از پستان و سن داخل رحمی زودتر در زمان اولین تلاش برای تغذیه از پستان با طول مدت بیشتر تغذیه پستانی در طول مدت اقامت بیمارستانی و پس از ترخیص همراه است. با این حال، نوزادان VLBW در طول مرحله اولیه بستری خود نیاز به تغذیه با لوله دارند، زیرا از نظر طبی ناپایدار، از نظر تکاملی قادر به گرفتن پستان و ایجاد چفت و بست آن نیستند (لچ)، الگوی بلع و تنفس ناهماهنگی دارند یا با تغذیه دهانی به راحتی خسته می شوند. روش های تغذیه لوله ای باید به گونه ای اصلاح شوند که شیر انسان را بدون از دست دادن مواد مغذی تأمین کند (فصل 14).

نیاز به تغذیه لوله ای می تواند هفته ها تا ماه ها در بیمارستان ادامه یابد. در این مدت، مادران باید تشویق شوند تا تماس پوست به پوست را انجام دهند، و در خلال آن نوزادان و شیرخواران نارس می توانند درست پس از دوشیدن با شیردوش یا تخلیه پستان به پستان گذاشته شوند تا بمکند (مکیدن غیر تغذیه ای). مکیدن غیر تغذیه ای پستان می تواند مشوق هماهنگی مکیدن - بلع باشد.

مکیدن تغذیه ای پستان یا تغذیه مستقیم از سینه مادر زمانی اتفاق می افتد که شیر از سینه به دهان کودک منتقل شود. باید ضمن حمایت و تشویق مادر برای تغذیه مستقیم از پستان، به محض این که نوزاد آمادگی فیزیولوژیک خود را نشان دهد (یعنی نشانه های تغذیه) و بدون حمایت شدید تنفسی به طور طبیعی نفس بکشد. انجام شود. زمان آمادگی فیزیولوژیک برای تغذیه پستانی در بین نوزادان VLBW به طور قابل توجهی متفاوت است، اما از 31 تا 33 هفتگی سن اصلاح شده پس از قاعدگی توصیف شده است. ارزیابی آمادگی برای تغذیه مستقیم از سینه مادر باید به صورت متوالی انجام شود و شامل علائم مکیدن (انگشت، نوک پستان، لوله یا گول زنک) می باشد. علاوه بر این، علائم رفتار جستجوگری، توانایی نوزاد در لچ و ادامه نگهداری پستان در دهان، توانایی مکیدن، مدت زمان مکیدن، وضعیت رفتاری و هشپاری، تغییر رنگ پوست، علائم حیاتی و سطح راحتی نوزاد در طول تغذیه عواملی هستند که مورد ارزیابی و ثبت قرار می گیرد. سن حاملگی اصلاح شده به تنهایی یک نشانگر غیرقابل اعتماد برای آمادگی برای تغذیه از سینه مادر است.

بهترین زمان شروع تغذیه از پستان زمانی است که نوزاد هوشیار و گرسنه است، نشانه های مناسب تغذیه ای را نشان می دهد و گریه نمی کند، عصبانی یا بیش از حد تحریک شده نیست. مادر باید روی یک صندلی راحت با پشت عمود بنشیند و نوزاد روی بالش شیردهی که به نوزاد اجازه دهد به مادر نزدیک تر و در سطح سینه اش قرار گیرد. هنگامی که یک نوزاد VLBW برای اولین بار تغذیه مستقیم از سینه مادر با انتقال شیر را آغاز می کند، اگر دارای رفلکس قوی جهش شیر باشد، با جریان فراوان شیر، ممکن است نیاز به پمپاژ قبل از شیردهی داشته باشد. این امر خطر خفگی نوزاد در اثر جریان بالای شیر را کاهش می دهد. برخی از نوزادان نارس نیاز به استفاده از شیلد نوک سینه برای مطلوب سازی انتقال شیر در طول تغذیه مستقیم از سینه مادر دارند (فصل 14).

پوزیشن مناسب نوزاد ضروری است. می تواند در وضعیتهای معمول مورد بحث در فصل 7، شروع تغذیه از سینه مادر قرار گیرد. مادران معمولاً به ضعف عضلات گردن نوزاد نارس، به کلاپس راه هوایی بعلت پوزیشنال، به ضعف در مکیدن نوزاد نارس خود توجه ندارند لذا باید توسط متخصصان معتبر شیرمادر یا

سایر افراد با تجربه در امر تغذیه نوزاد از سینه مادر به مادر و نوزاد کمک کنند. روش نگهداری عرضی (گهواره ای متقابل) برای اکثر مادران نوزادان نارس بهترین کارآیی را دارد، زیرا این امکان را به مادر می دهد تا سر نوزاد و سینه خود را به طور همزمان کنترل کند تا بهترین لچ ممکن را تضمین کند. مادر می تواند از نگهداری پستان بروش U-hold استفاده کند (با قرار دادن انگشت شست در یک طرف سینه در پشت هاله، و انگشتان دیگر در طرف مقابل) اطمینان حاصل کند که وزن سینه او تداخلی در توان مکیدن نوزاد ایجاد نمی کند. در این روش، دست می تواند پشتیبانی بیشتری از فک نوزاد هم فراهم کند.

باید از نشانه های رفتاری برای شناسایی زمان های شیردهی در زمانی که نوزاد بیدار و هوشیار است، استفاده کرد. اگر شیرخوار در طول تلاش برای شیر خوردن به طور مداوم به خواب می رود، ممکن است مادر سعی کند او را به سینه طرف دیگر بگذارد یا از سیستم مکمل رسان (SNS) برای کاهش خستگی هنگام شیر خوردنش استفاده کند. اگر نوزاد شیر خوردن را شروع نکند، مادر می تواند کمی شیر را به نوک سینه اش بیاورد، تا وقتی که نوک سینه و آرنول خود را در دهان نوزاد می گذارد، طعم شیر او را بچشد. معمولاً اگر نوزاد برای مدت کوتاهی شیر بخورد، مادر باید پس از آن پمپاژ کند تا سینه هایش تخلیه شود و تولید شیر خود را حفظ کند.

وزن کردن نوزاد قبل و بعد از شیردهی با استفاده از ترازوی الکترونیک به اثبات انتقال شیر کمک می کند. تغییر وزن نوزاد بر حسب گرم تقریباً معادل مقدار شیر منتقل شده بر حسب میلی لیتر است. در صورت امکان، تا زمانی که مادر و نوزاد تکنیک شیردهی مطمئن ایمن و با اعتمادبنفس نداشته باشند، باید از تغذیه با شیشه شیر خودداری شود.

Fortification of Human Milk تقویت کردن شیر انسان

دلیل تقویت شیر انسان: محدودیت رشد خارج رحمی یا وزن برای سن حاملگی کمتر از صدک 10 در زمان ترخیص از بیمارستان، بیشتر نوزادان و شیرخواران VLBW را تحت تاثیر قرار می دهد. علل آن چند عاملی و شامل تاخیر در شروع تغذیه روده ای، محدودیت حجم برای تغذیه روده ای و ترکیب متغیر شیر مادر است. هدف تغذیه ای برای نوزادان VLBW بستری در بیمارستان، حفظ مسیر رشد مشابه رشد جنین است. مصرف شیر انسان به تنهایی نمی تواند این هدف را برآورده کند، زیرا نیازهای تغذیه ای نوزادان VLBW از نیازهای تغذیه ای نوزادان ترم برای پروتئین، انرژی، اسیدهای چرب، مواد معدنی و درشت مغذی ها بیشتر است. تقویت کننده های چند مغذی (Multi-nutrient fortifiers) باید به شیر انسان اضافه

شود تا نارسایی های تغذیه ای جبران شود. انواع مختلفی از تقویت کننده های شیر انسان (HMF) در بازار وجود دارد. برخی بر پایه شیر گاو و برخی بر پایه شیر انسان هستند. در بین تقویت کننده های گاو، فرمهای پودری و مایع وجود دارد و بر اساس محتوای پروتئین و درجه هیدرولیز پروتئین ها متفاوت هستند. HMF پودری مبتنی بر گاو با آلودگی میکروبی و عفونت نوزاد مرتبط است زیرا نمی توان آن را به طور نهایی استریل کرد. استفاده از آن در NICU ممنوع است. HMF مایع گاو در حال حاضر در مقایسه با HMF پودری انتخاب توصیه شده است. زمان بهینه غنی سازی مشخص نیست، اما آزمایش های تصادفی و کنترل شده اخیر غنی سازی در حجم های تغذیه کمتر از 80 میلی لیتر/کیلوگرم در روز هیچ ارتباطی با عدم تحمل تغذیه یا انتروکولیت نکروزان نشان نداد. حداکثر غلظت ذکر شده توسط سازندگان باید رعایت شود.

محتوای چربی شیر :

محتوای چربی متغیرترین مواد مغذی موجود در شیر انسان است. تنوع در محتوای چربی در زنان در طول شیردهی، در طول روز و در طی یک وعده شیردهی رخ می دهد. چربی از دست می رود زیرا چربی از شیر جدا می شود و به ظروف جمع آوری و دستگاه های تغذیه می چسبد. ناتوانی در پیش بینی میزان چربی شیر و بنابراین محتوای انرژی آن نگران کننده است زیرا چربی عامل اصلی تعیین کننده محتوای کالری شیر است. آنالیزهای درشت مغذی شیر کامل تأیید شده توسط برخی از NICU برای تغذیه فردی استفاده می شود.

Hindmilk شیر پسین

: میزان چربی شیر انسان از ابتدا تا انتهای یک وعده شیر افزایش می یابد. اصطلاحات شیر پیشین و شیرپسین به ترتیب به شیر جمع آوری شده در ابتدای یک دوشیدن و انتهای دوشیدن اشاره دارد. نشان داده شده است که تغذیه با شیرپسین با 2 تا 3 برابر چربی بیشتر و در نتیجه محتوای کالری بیشتر از شیرپیشین، رشد نوزاد را افزایش می دهد. گرچه محتوای چربی و انرژی شیر پیشین و پسین متفاوت است از نظر محتوای پروتئین و مواد معدنی یک سان هستند. به مادران نوزادان مبتلا به VLBW که بیشتر از نیاز نوزادانشان شیر تولید می کنند (تقریباً 130 درصد از آنچه نوزاد نیاز دارد، یا 500 میلی لیتر در روز) می توان آموزش داد که شیر خود را به شیر جلویی و شیر عقبی تقسیم کنند. یک روش خودسرانه این است که تمام شیر تولید شده در 3 تا 5 دقیقه اول پمپاژ را به عنوان شیر جلویی جمع آوری و سپس شیر باقیمانده را جداگانه به عنوان شیرپسین جمع کنند. می توان شیرپسین همراه با HMFs را برای افزایش رشد نوزادان

نارس استفاده کرد. استفاده از شیرپسین به تنهایی باید با احتیاط باشد زیرا ممکن است منجر به عدم تعادل نسبت پروتئین به کالری شود. که به دلیل محتوای چربی و کالری بیشتر شیرپسین است. اما در مقایسه با شیرپیشین، محتوای پروتئین و مواد معدنی مشابهی دارند.

Nutritional Monitoring پایش تغذیه ای:

ارزیابی‌های رشد و شاخص‌های بیوشیمیایی وضعیت تغذیه ای در درمان نوزادان VLBW که با شیر انسان تغذیه می‌شوند، مهم است. پارامترهای رشد باید به صورت سریال (وزن روزانه، قد و دور سر هفتگی) کنترل شوند. افزایش وزن تقریباً 20 گرم/ک/روز (یا 20 تا 30 گرم در روز اگر وزن بیش از 2000 گرم باشد) یک هدف معمول است. باید قد و دور سر هفته ای تقریباً 1 سانتی متر افزایش یابد. ارزیابی بیوشیمیایی وضعیت تغذیه عموماً شامل اندازه گیری‌های متوالی الکترولیت‌ها (سطح سدیم در طول شیردهی کاهش می‌یابد و اسیدوز ناشی از کاهش ظرفیت خنثی کننده شیر غنی شده انسان مشاهده شده است)، نیتروژن اوره (برای ارزیابی کفایت پروتئین کوتاه مدت)، فسفر و آلکالین فسفاتاز (برای ارزیابی وضعیت مواد معدنی استخوان). پایش فسفر در صورتی مفید است که سطح آلکالین فسفاتاز برای افتراق رشد سریع (فسفر طبیعی) از کمبود دریافت کلسیم و فسفر افزایش یابد. در صورت غیرطبیعی بودن این ارزیابی ها، هر 2 تا 3 هفته یکبار تکرار می‌شوند. هنگامی که شیرخواران به اهداف مسیر رشد خود نرسند، مکمل‌های غذایی اضافی باید در نظر گرفته شود.

شیر اهدایی:

زمانی که شیر مادر در دسترس نیست یا برای نوزادان VLBW منع مصرف دارد از شیر اهدایی استفاده می‌شود. برای کاهش خطر انتقال عوامل عفونی از طریق شیر و برای ایمنی در مورد عادات بهداشتی اهداکننده، فقط شیر اهدایی پاستوریزه که از یک بانک تایید شده شیر انسان تهیه شده است برای نوزاد VLBW استفاده می‌شود. شیر اهدایی اغلب توسط مادران نوزادان ترم که چندین ماه سن دارند، تامین می‌شود. بنابراین، شیر اهدایی در مقایسه با شیر خود مادر، محتوای پروتئین و الکترولیت کمتری دارد بنابراین، به دلیل این نارسایی‌های تغذیه ای، رشد ناکافی در نوزادان VLBW که عمدتاً با شیر اهداکننده تغذیه می‌شوند، بیشتر است. پایش دقیق رشد و تیتراسیون بعدی فورتیفیکاسیون برای مطلوب سازی نتایج مورد نیاز است. با این وجود، نوزاد VLBW که شیر اهدایی مصرف می‌کند در مقایسه با شیرخشک خوار، تحمل تغذیه بهتر دارد و رخداد مرتبط با عفونت مانند انتروکولیت نکرودان را کمتر تجربه می‌کند.

Cytomegalovirus سیئومگالوویروس:

اكتساب CMV پس از تولد از طریق مصرف شیر مادر در نوزادان مبتلا به VLBW ممکن است رخ دهد. نوزادان VLBW ممکن است با سندرم شبه سپسیس، با نارسایی تنفسی و ترومبوسیتوپنی تظاهر کنند، یا ممکن است بدون علامت باشند. هنگامی که نوزادانی که شیر مادر خود را مصرف می کنند با علائم سپسیس دیررس مراجعه کنند باید ب فکر عفونت سیئومگالوویروس بود. با این حال، مطالعات بعدی در نوزادان نارس که CMV را از طریق شیر انسان کسب کرده اند، یافته های متناقضی را با برخی از مطالعات نشان می دهد و آن کمبودهای طولانی مدت است در مقایسه با نوزادان همسان با سن حاملگی خود، و برخی دیگر اثرات خاصی از عفونت CMV را نشان نمی دهند. شواهد موجود برای توصیه به اجتناب از شیر مادر به دلیل خطر عفونت اکتسابی CMV کافی نیست. انجماد شیر مادر ممکن است تیترا ویروس را کاهش دهد اما CMV را از بین نمی برد و خطر ابتلا به سندرم شدید شبه سپسیس ناشی از عفونت CMV را بخصوص در نارس ترین نوزادان کاهش نمی دهد،

طرح ترخیص Discharge Planning:

برنامه ریزی ترخیص باید امری مداوم و خیلی زودتر از تاریخ واقعی ترخیص از بیمارستان باشد و مشتمل بر ورود والدین به برنامه باشد. حمایت مداوم شیر سازی (شیردهی) باید بخشی معمول از برنامه ریزی ترخیص NICU باشد. برنامه های تغذیه پس از ترخیص باید بین اهداف مادر برای تغذیه از سینه خودش در مقابل تغذیه با شیر دوشیده اش با بطری، نگرانی در مورد نارسایی رشد و نیازهای رشد و تغذیه نوزاد یا شیرخوارش تعادل ایجاد کند. اگر تیم بیمارستان کمترین نگرانی را در مورد نارسایی رشد مداوم داشته باشد و مادر بخواهد تغذیه انحصاری از سینه خودش داشته باشد، باید پیگیری دقیق در نظر گرفته شود. اگر نگرانی در مورد نارسایی مداوم رشد بیشتر باشد (به عنوان مثال، رشد آهسته در بیمارستان، توانایی تغذیه دهانی ناکافی، اندازه گیری های بیوشیمیایی غیر عادی)، شیر کمکی بعد از ترخیص حداقل برای برخی از وعده ها ممکن است در نظر گرفته شود. شیر کمکی بعد از ترخیص اغلب شامل پودر شیر خشک ترم یا نارس باشد که ممکن است برای افزایش کالری دریافتی (22 تا 30 کیلو کالری در اونس) به شیر مادر اضافه شود. اگر موقع ترخیص ترکیبی از شیر مادر و شیر خشک دریافت می کند، رژیم های تغذیه پس از ترخیص ممکن است شامل ترکیبی از تغذیه پستانی، شیر غنی شده مادر و شیر خشک بسته به نیازهای تغذیه ای شیرخوار باشد. برخی از پزشکان در صورتی که نوزاد را از نزدیک پیگیری کنند، پس از ترخیص از HMF استفاده می کنند. پیگیری پس از ترخیص باید شامل نظارت دقیق بر شیردهی، توانایی تغذیه نوزاد یا شیرخوار و

رشد باشد. انتظار می رود با رشد شیرخوار استراتژی دریافت مکمل در هفته ها و ماه های بعد از ترخیص تغییر کند. برنامه های تغذیه باید به طور واضح به پزشکان مراقبت های بهداشتی پس از ترخیص اطلاع داده شود و حمایت مداوم از شیردهی مهم است.

Vitamins and Iron Supplementation

اگر نوزاد نارس در دوره پس از ترخیص به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می شود یا با شیر دوشیده مادر تغذیه می شود، مصرف مولتی ویتامین و مکمل آهن پیشنهاد می شود. مولتی ویتامین روزانه 1 میلی لیتر داده می شود. فرس سولفات با دوز 2 میلی گرم/ کیلوگرم در روز بصورت المنتال داده می شود. اگر شیر خشک یا فورتیفایر به عنوان مکمل تغذیه از سینه مادر دریافت می کند، دوز مولتی ویتامین و آهن باید بر اساس نسبت شیر خشکی که به کودک داده می شود کاهش یابد. گزارش های موردی از خطر کمبود روی در نوزادان نارس که فقط تغذیه انحصاری از سینه مادر دارند چندین ماه پس از ترخیص از بیمارستان وجود دارد. اگر رشد شیرخوار کمتر از حد مطلوب باشد، خوب نخوردن مطرح باشد، و بیثورات اطراف دهان یا مقعد وجود داشته باشد، ممکن است کمبود روی موجود و مکمل روی 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم در روز در نظر گرفته شود

نوزادان اواخر نارسی Late Preterm Newborns

نوزادان نارس اواخر نارسی که بین هفته های 34 و 7/0 و 36 و 6/7 بارداری متولد می شوند را شامل می شود. و تقریباً سه چهارم زایمان های زودرس در ایالات متحده را تشکیل می دهند. این نوزادان علیرغم داشتن ظاهری قابل مقایسه با همتایان ترم خود، از نظر تکامل قلبی تنفسی، متابولیک، ایمونولوژیک، عصبی و حرکتی عقب هستند. در این نوزادان، زردی، سپسیس، دیسترس تنفسی، تغذیه ضعیف، بی ثباتی دما و هیپوگلیسمی در طول بستری شدن در بیمارستان محل تولد بیشتر است. علاوه بر این، احتمال بستری مجدد بزودی بعد از ترخیص به دلیل زردی، مشکلات تغذیه، کم آبی، سپسیس و آپنه بیشتر است. یکی از نگرانی های خاص، تغذیه از سینه مادر است که بزرگ ترین عامل خطر برای بستری مجدد نوزاد اواخر نارسی به خصوص برای زردی یا کم آبی است، یافته ای که تا حد زیادی به دریافت ناکافی شیر انسان در نتیجه مشکلات تغذیه دهانی، تخلیه ناکافی سینه ها بدلیل توان ناکافی برداشت موثر شیراز پستان، نتیجتاً کاهش تولید، و علل دیگری در این نوزادان دیده می شود.

با توجه به افزایش خطر ابتلا به مشکلات طبعی در نوزاد اواخر نارسایی در مقایسه با نوزاد ترم، مشاهده و نظارت دقیق، به ویژه در روزهای اول تولد، ضروری است. اگرچه هم اتاقی برای حمایت تغذیه از سینه مادر به خصوص برای این نوزادان مفید است، پرسنل زایمان باید بسته به شرایط و سن حاملگی نوزاد، سطح مراقبت لازم را تعیین کنند. برای نوزادان باثبات و رسیده تر، تغذیه از سینه مادر در یک ساعت اول، هم اتاقی و تغذیه از سینه مادر به طور آزادانه باید تشویق شود. برای نوزادانی که در NICU بستری می‌شوند، سیاست‌هایی باید توسط NICU برای حمایت از مادر و نوزاد و تغذیه از سینه مادر ایجاد شود و باید روش جمع‌آوری، حمل و نقل و استفاده شیر را برای نوزاد جدا از مادر توضیح دهند. باید وعده‌های تغذیه پستانی از نظر انتقال کافی شیر مورد ارزیابی قرار گیرد و باید نوزاد برای کاهش وزن، کم آبی یا زردی پیگیری شود. در نوزادان اواخر نارسایی، ترخیص از بیمارستان نباید قبل از 48 ساعت اتفاق بیفتد. معیارهای ترخیص باید تعیین شود و باید شامل وزن ثابت (فصل 8)، دمای پایدار، عرضه کافی شیر مادر یا برنامه برای شیرکمی، انتقال موثر شیر که ثبت شده باشد، سطح بیلی روبین که با پیگیری برنامه ریزی شده باشد، یک برنامه مکتوب تغذیه پس از ترخیص، و یک ویزیت سرپایی برنامه ریزی شده طی 24 تا 48 ساعت پس از ترخیص باشد. ویزیت سرپایی باید شامل یک شرح حال دقیق، همراه با ارزیابی کاهش وزن بیشتر، دفع ادرار (با هدف 6 تا 8 ادرار در روز)، مدفوع (با هدف مدفوع زرد دانه دانه تا روز 4 در صورت تغذیه از سینه مادر)، زردی، و توان تغذیه از سینه مادر. مشکلات و نگرانی‌های مربوط به تغذیه از سینه مادر باید برطرف شود و نیاز به شیرکمی ارزیابی شود.

معمولاً برای نوزاد اواخر نارسایی که به کاهش وزن ادامه می‌دهد یا وزن اضافه نمی‌کند، تغذیه سه جزئی مورد نیاز است. روش تغذیه سه جزئی شامل تغذیه از سینه مادر، تغذیه با شیشه (شیر انسان یا شیر خشک) و دوشیدن شیر انسان برای حفظ تولید شیر مادر است. وزن کردن نوزاد قبل و بعد از تغذیه ممکن است در ارزیابی کفایت انتقال شیر در طول شیردهی و در تعیین مقدار شیرکمی مورد نیاز مفید باشد (فصل 14). برخی از پزشکان استفاده از شیر خشک پس از ترخیص را به عنوان کمکی برای نوزاد اواخر نارسایی که از سینه مادر تغذیه می‌شود تا زمانی که توانایی تغذیه دهانی بهبود یابد، توصیه می‌کنند. باید نوزادان اواخر نارسایی 2 میلی گرم آهن/کیلوگرم در روز دریافت کنند تا میزان کافی آهن را حفظ کنند، زیرا سرعت رشد سریع دارند و در اواخر بارداری ذخیره کافی آهن نیندوخته اند. آنها همچنین اگر فقط شیر انسان یا شیر انسان با حداقل کمکی دریافت می‌کنند، باید یک مولتی ویتامین دریافت کنند. همه نوزادان باید مکمل ویتامین D دریافت کنند.

فصل 13 روشهای تغذیه از سینه مادر در شرایط خاص

تغذیه دهانی یک چالش بزرگ برای نوزادان و شیرخواران مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی دهان است. تغذیه از سینه مادر با 2 مکانیسم دشوار است: اختلال در مکش و مشکل فشردن. اینکه آیا می توان به این موارد دست یافت و تا چه اندازه به نوع و اندازه ناهنجاری و همچنین توان نوزاد یا شیرخوار بستگی دارد.

شکاف لب و شکاف کام Cleft Lip and Cleft Palate:

تغذیه موثر از سینه مادر در نوزادانی که فقط شکاف لب دارند بیشتر از بیماران مبتلا به شکاف کام یا شکاف لب و کام دارند. این بیماران از داشتن مشاوران تایید شده شیرمادر که در مراحل اولیه در مراقبت آنها شرکت کنند، بسیار سود می برند. شواهدی وجود دارد که نوزادان یا شیرخواران مبتلا به شکاف کام و شکاف لب و کام که از سینه مادر تغذیه می کنند، کمتر به اتیت میانی مبتلا شده، موفقیت تحصیلی با مدت تغذیه طولانی تر سینه بیشتر بوده است. طبق نظر متخصصین تغذیه از سینه مادر باعث رشد ماهیچه های دهان و صورت می شود.

اگر تغذیه مستقیم از سینه مادر نتواند رشد و تغذیه مناسب را فراهم کند، مادران باید آموزش های مناسبی در مورد تکنیک های دوشیدن شیر دریافت کنند. شیر دوشیده شده مادر را می توان به روشهای دیگر به شیرخوار رساند. همچنین گفته می شود که کودک حتی با مکیدن غیرتغذیه ای از سینه مادر آرام یا راحت می شود.

باید خانواده ها تشویق و حمایت شوند تا برای نوزادان مبتلا به شکاف لب، شکاف کام و شکاف لب و کام، شیر مادر را تهیه کنند. توصیه می شود که پزشکان از یک رویکرد بیمار محور استفاده کنند که در آن خواسته های هر خانواده در مورد نحوه تغذیه نوزاد در نظر گرفته شود. مشاوره باید حمایتی باشد و صادقانه در جهت موفقیت در شیردهی باشد. همچنین ممکن است خانواده ها از گروه های حمایت همسالان بهره مند شوند.

شکاف لب منفرد:

موارد لب شکری تنها با موفقیت بیشتری در تغذیه از سینه مادر همراه است. اگر بتوان شکاف لب را مسدود کرد این نوزادان و شیرخواران می توانند فشار منفی ایجاد کنند. این را می توان با استفاده از شست دست برای حمایت از سینه در روش نگهداری سینه بروش C برای پر کردن شکاف و تشکیل چفت و بست انجام داد

(شکل 13-1). نگه داشتن سینه را می توان با قرار دادن سینه در کف دست، و استفاده از انگشتان به دور قسمت تحتانی سینه و قرار دادن انگشت شست در قسمت فوقانی سینه برای تشکیل شکل حرف C به دست آورد. برخی از متخصصان می گویند تغذیه از سینه مادر در نوزادان و شیرخوارانی که دارای شکاف لب هستند، مؤثرتر از تغذیه با شیشه شیر است، زیرا سینه انعطاف پذیرتر است و لذا می تواند چفت و بست بهتری نسبت به سرشیشه برای پستان ایجاد کند.

شکاف کام سخت

این ناهنجاری معمولاً اجازه نمی دهد که مکش مناسب در حفره دهان، که برای تسهیل تغذیه دهانی لازم است ایجاد شود. نوزادان و شیرخواران مبتلا به شکاف ها (cleft) معمولاً دچار برگشت شیر به بینی و بلع بیش از حد هوا می شوند. به علاوه اغلب در طول تلاش های طولانی مدت برای شیر خوردن خسته می شوند. این موانع اغلب منجر به دریافت ناکافی شیر و خوب وزن نگرفتن در ماه های اول پس از تولد می شود. اگر بتوان فشار منفی ایجاد کرد، شیردهی ممکن است موفق باشد. در غیر این صورت، می توان از یک سرشیشه نرم با (large opening) دهانه بزرگ استفاده کرد یا می توان شیر را مستقیماً در دهان شیرخوار دوشید. پروتزهای کام برای ایجاد فشار منفی مکیدن در دسترس هستند. برای جلوگیری از تحریک یا فرسایش لبه های کام باید در مورد پروتزها و نوک سینه ها احتیاط کرد.

شکاف کام لب

نوزادان و شیرخواران مبتلا به شکاف کام کمترین احتمال تغذیه موفقیت آمیز از سینه مادر را دارند زیرا نمی توانند فشار منفی ایجاد کنند و معمولاً عملکرد دهانی-حرکتی ضعیفی دارند. این نوزادان معمولاً به یک برنامه تغذیه فردی نیاز دارند که شامل استفاده از یک ابزار تغذیه ای است (فصل 14). تکنیک هایی برای کمک به مادر در شیر دادن به نوزاد یا شیرخوار مبتلا به شکاف کام یا شکاف لب در کادر 1-13 بیان شده است. در همین حال باید مادر تشویق شود که شیر خود را دوشیده تا تولید کافی شیر را حفظ کند.

ترمیم جراحی:

شکاف لب معمولاً در چند ماه اول تولد (در 1 تا 4 ماهگی) با جراحی ترمیم می شود، در حالی که کام تقریباً در 9 تا 12 ماهگی ترمیم می شود. قبلاً، شیرخوارانی که تحت عمل جراحی شکاف لب قرار می گرفتند، در طول نقاهت بعد از عمل با فنجان، قطره چکان یا قاشق تغذیه می شدند. اما داده هایی برای حمایت از شیردهی نامحدود بلافاصله پس از ترمیم وجود دارد، بدون اینکه تفاوتی در عوارض در مقایسه با تغذیه مصنوعی

وجود داشته باشد. شواهد ضعیفی وجود دارد مبنی بر اینکه تغذیه از سینه مادر در مقابل تغذیه با قاشق پس از ترمیم شکاف لب باعث افزایش وزن بهتر می شود. بنابراین، در برخی موارد، شیردهی باید در اسرع وقت در دوره پس از عمل از سر گرفته شود.

Box 13-1 تکنیک تغذیه از سینه مادر در شکاف لب یا کام

1. به طور مکرر (هر 2 تا 3 ساعت) تغذیه کنید و تکنیک هایی را بدانید/آموزش دهید تارفلکس جهش شیر را تحریک و لچ انجام شود
2. سینه را با روش C-hold یا گرفتن کف دست نگه دارید (یعنی شست بالا و انگشتان زیر آرنج). U-hold از زیر سینه نیز قابل استفاده است (با استفاده از دست در همان سمت سینه، کف دست را صاف روی قفسه سینه، شست را در ساعت 3 و انگشت اشاره را در ساعت 9 قرار دهید و سینه را نگهدارید، انگشت شست و اشاره 1 یا 2 اینچ از هاله عقب تر باشد). (شکل 13-2).
3. نوزاد یا شیرخوار را در سطح سینه نگه دارید. برای نوزادان یا شیرخواران مبتلا به هیپوتونی، تنه و سر باید با استفاده از بالش در همان سطح سینه قرار گیرند.
4. برای جلوگیری از ورود شیر به بینی، برگشت شیر به لوله استاش و انسداد راه هوایی، از وضعیت های نیمه عمودی مانند زیر بغلی یا فوتبال (امریکایی) استفاده کنید.
5. برای نوزادان و شیرخواران مبتلا به شکاف لب و کام دوطرفه از وضعیت نشستن روی زین (با حمایت سر، شیرخوار به صورت عمودی روی دامن مادر می نشیند و پاها در طرفین شکم) تا شیر بر اساس جاذبه منتقل و ورود به بینی و اسپیراسیون کاهش یابد.
6. سینه را در سمتی از کام کودک قرار دهید که سالم ترین استخوان را دارد و نوک سینه را به سمت پایین قرار دهید تا به شکاف وارد نشود.
7. سینه را به صورت ریتمیک ماساژ دهید تا شیردهی را افزایش دهید. ممکن است مادران برای جبران نبودن مکش و تحریک رفلکس جهش شیر، نیاز داشته باشند که شیر خود را به صورت دستی در دهان کودک بدوشند.

Pierre Robin Sequence سکانس پیر روبین

توالی پیر روبین شامل فک کوچک، گلو سوپتوز (افتاگی زبان) و غالباً شکاف کام است که همه اینها ممکن است بر توان تغذیه تأثیر گذاشته، منجر به مشکلات تغذیه شود. Micrognathia منجر به مشکلاتی در لچ می شود. شکاف کام اجازه نمی دهد که مکش مناسب در حفره دهان ایجاد شود (به بخش شکاف لب و کام در بالا مراجعه کنید). علاوه بر این، هماهنگی مکیدن و بلع همزمان برای این نوزادان و شیرخواران دشوار است. در طی تغذیه خوراکی، شیر وارد نازوفارنکس می شود که همراه با اختلال در بلع و وضعیت غیر طبیعی زبان، خطر آسپیراسیون را افزایش می دهد. سایر مشکلات بلع ناشی از گلو سوپتوز است. زبان به سمت عقب جابجا شده است و نوزادان و شیرخواران نمی توانند نوک پستان را به طور موثر فشرده کنند، بنابراین در برداشت کافی شیر به داخل اوروفارنکس مشکل دارند. در مواردی که برای جلوگیری از خفگی و آسپیراسیون، زبان به سمت قدام به پایین کشیده شده (گلو سوپکسی)، نوزادان همچنان با مشکل لچ مواجه می شوند و مشکلات حرکتی زبان و مشکلات مداوم بلع دارند. نوزادان و شیرخواران با توالی پیر روبین ممکن است در نتیجه مشکلات تنفسی و انسداد مزمن راه هوایی، نیاز به کالری بالاتر از حد متوسط داشته باشند. برخی از آنها از طریق اصلاح تغذیه از سینه مادر و تکنیک های اصلاح شده تغذیه با نوک سینه به کالری دریافتی کافی دست خواهند یافت. کسانی که قادر به تحمل تغذیه خوراکی نیستند، برای تامین تغذیه کافی به تغذیه بالوله بینی معده یا لوله معده نیاز دارند. این شیرخواران با افزایش خطر آسپیراسیون، عفونت های تنفسی مربوطه، اوتیت میانی و نقص شنوایی مواجه هستند. استفاده از شیر انسان بدلیل کاهش اوتیت میانی و عفونت تنفسی فوقانی مفید است. برای ایجاد شیر کافی برای نوزادان و شیرخوارانی که قادر به تغذیه موثر از سینه مادر نیستند، باید پمپاژ شیر زودتر شروع شود.

Down Syndrome سندرم داون

نوزادان و شیرخواران مبتلا به سندرم داون (تریزومی 21)، در معرض خطر بیشتری برای عفونت های گوش، تنفسی و سایر عفونت ها و ناهنجاری های مادرزادی؛ و مشکلات دیگر مانند مال اکلوزن هستند. تغذیه از سینه مادر در همه این شرایط با نتایج بهتر همراه بوده است. بسیاری از این شیرخواران و نوزادان می توانند با موفقیت از سینه مادر تغذیه کنند و باید تامین شیر انسان تشویق و حمایت شود. ممکن است برای تغذیه موفق از سینه مادر به مداخلات و حمایت های ویژه نیاز داشته باشند. ساختار دهانی آنها ممکن است شامل انواع ناهنجاری هایی باشد که بر تغذیه تأثیر می گذارد: زبان بزرگ، بیرون زده و/یا شیاردار. کام باریک؛ شکاف کام زیر مخاطی یا آشکار؛ و فک کوچک. همچنین دارای هیپوپلازی قسمت میانی صورت

هستند و در نتیجه حجم کمتری در نازوفارنکس و اوروفارنکس خود دارند. آنها یک بینی کوچک با یک پل بینی صاف دارند. اغلب با هیپوتونی عمومی تظاهر می‌کنند و ممکن است مکیدن ناموثر داشته یا با زبان سینه رابیرون برانند که در نتیجه در لچ مشکل ایجاد می‌کند. نمی‌توانند با زبان در اطراف آرئول یک ناودان ایجاد کنند که در نتیجه شیر به جای اینکه به عقب برود از کنار دهان پایین می‌رود تا بلعیده شود. با بهبود تونیسیتة عمومی توان تغذیه دهانی بیشتر می‌شود. هم فشار مکیدن و هم تعداد دفعات آن 4 ماه پس از تولد افزایش می‌یابد. برای تکنیک های پیشنهادی تغذیه پستانی به نوزادان و شیرخواران مبتلا به سندرم داون به کادر 13-2 مراجعه کنید.

Box 13-2 تکنیک های تغذیه از سینه مادر در سندرم داون

1. در فواصل مکرر و کوتاه (هر 2 تا 3 ساعت) تغذیه کنید.
2. تنه و سر نوزاد را در یک سطح قرار دهید، در حالی که سر را برای تسهیل کنترلش نگه دارید.
3. پوزیشن:
الف. برای کنترل نیپل پستان را بروش C نگهدارید. (شکل 1-13 را ببینید).
ب. زیر فک کودک را با انگشت نگه دارید. از انگشت اشاره برای حمایت بیشتر از فک یا فشار ملایم رو به پایین روی چانه برای بازتر کردن دهان کودک استفاده کنید.
ج. برای نوزادان مبتلا به هیپوتونی، یک U-hold اصلاح شده (تصویر 13-2) استفاده کنید که چانه کودک با قرار گرفتن فک پایین در فضای بین انگشتی حمایت می‌شود. انگشت شست روی یک گونه و انگشت اشاره روی گونه دیگر قرار می‌گیرد. انگشتان باقی مانده به حمایت از سینه ادامه می‌دهند.
4. در مواقع به حلق پریدن مکرر شیرو بلع هوا، پشت سر نوزاد را بالاتر از نوک سینه قرار دهید. مادر می‌تواند به عقب تکیه دهد (مثلاً در یک صندلی recliner) به طوری که گلوی نوزاد بالاتر از نوک پستان قرارگیرد. اگر این کار موثر است، با آروغ گیری مکرر همراه شود.
5. برای نوزادان و شیرخواران مبتلا به ماکروگلوسیا، به آنها کمک کنید تا دهان خود را باز ولچ کنند. نگهداری سینه بروش C- و U-hold می‌تواند مفید باشد.
6. برای غلبه بر بیرون راندن با زبان
الف. در حالی که چانه کودک رو به پایین باشد و تقریباً سینه او را لمس کند به او شیر بدهید.
ب. به آرامی گونه کودک را به سمت دهانش نوازش کنید و لب‌ها را چند بار ماساژ دهید.

ج- برای ماساژ قسمت بیرونی لثه های شیرخوار از انگشت اشاره تمیز با ناخن های کوتاه شده استفاده کنید. از خط وسط لثه شروع کنید و به سمت کنار ه های لثه حرکت کنید.

د- همانطور که دهان کودک باز می شود، نوک زبان را با نوک انگشت سبابه محکم فشار دهید و 1-2-3 بشمارید.

ه- فشار را رها کنید و انگشت را روی زبان به عقب ببرید و این کار را 1 یا 2 بار دیگر تکرار کنید. بنحوی عمل کنید که عق نزند

ز- این روش را 3 یا 4 بار قبل از هر جلسه شیردهی تکرار کنید.

7. محافظ نوک پستان ممکن است در نوزادان و شیرخواران مبتلا به هیپوتونی یا آنها که در مرحله انتقال به تغذیه پستانی دچار ضعف هستند مفید باشد (فصل 14).

Multiple Births چند قلوئی

نوزادان و شیرخواران چند قلو، از جمله دوقلوها و سه قلوها، در بسیاری از موارد می توانند با موفقیت و بدون نیاز به شیرکمی از سینه مادر تغذیه کنند. باید از جدایی مادر و نوزاد خودداری شود تا امکان تغذیه مکرر از سینه مادر فراهم و از استقرار تولید شیر حمایت شود. باید خانواده را تشویق کرد که مادر را از وقفه های غیر ضروری هنگام شیردهی محافظت کند و از او حمایت های لازم صورت گیرد. مشاوره با یک مشاور متخصص در امر شیردهی معتبر توصیه می شود. شیر دادن به چند نوزاد نیازهای تغذیه ای بالاتری را برای مادر ایجاد می کند - توصیه فعلی برای مکمل انرژی برای مادر در دوران شیردهی 500 تا 600 کیلو کالری اضافی برای هر نوزاد در روز است.

راه های مختلفی وجود دارد که یک مادر بتواند چندین شیرخوار را شیر دهد. معمولاً توصیه می شود که شیر دادن به هر نوزاد را به صورت جداگانه شروع کند زیرا (1) بهبودی مادر پس از زایمان به زمان نیاز دارد، (2) یادگیری نحوه قرار دادن زیرسینه و تغذیه یک نوزاد به زمان نیاز دارد، (3) نوزادان لزوماً توان مکیدن و شیر خوردن یکسان ندارند و (4) موقعیت جدید اغلب برای والدین طاقت فرسا است. دوقلوها ممکن است در هر یک از 3 حالت زیر از پستان تغذیه شوند: به طور همزمان. به طور جداگانه بر اساس تقاضای فردی؛ یا به طور جداگانه بر اساس یک برنامه با درخواست اصلاح شده، که در آن یکی از نوزادان بر اساس تقاضا و سپس دیگری بلافاصله پس از آن تغذیه می شود (separately on a modified-demand).

schedule, in which one baby is fed on demand and then the other is fed immediately (afterward). تغذیه همزمان با شیر مادر باعث صرفه جویی در وقت می شود و همچنین دارای یک مزیت فیزیولوژیکی است زیرا نوزادی که از یک طرف با شدت بیشتری مکد ممکن است رفلکس جهش شیر را برای قل دیگر تحریک کند. در تغذیه دوقلوها، توصیه می شود طرفین به طور متناوب از پستانها تغذیه شوند تا هر سینه سطح متعادلی از تحریک را دریافت کند. تشویق همسر یا اعضای گسترده خانواده به کمک در تغذیه، مقداری از استرس والدین شیرده را کاهش می دهد. مثلاً می توانند در پوزیشن ولچ نوزاد دوم کمک کنند، در دوشیدن همزمان دست و پمپاژ و انواع دیگر کارها کمک کنند. بسیاری از مادران و نوزادان به سرعت تطابق می یابند و به زودی می توانند برنامه دلخواه خود را انتخاب کنند. برخی از مادران به طور انحصاری از سینه شیر می دهند، در حالی که برخی دیگر ترکیبی از شیردهی و دوشیدن مکانیکی و تغذیه با شیشه شیر (یا تغذیه با وسایل دیگر مانند سرنگ یا قاشق) را ترجیح می دهند.

Tandem Nursing تغذیه دوشیرخوار با سنین متفاوت پشت سر هم

شیردهی پشت سر هم به تداوم شیردهی در بارداری و ادامه آن هم به این شیرخوار و هم بعد از زایمان به نوزاد جدید. بارداری طبیعی دلیلی برای از شیر گرفتن فوری نیست. شواهد کنونی افزایش خطر زایمان زودرس را در زنان باردار کم خطری که شیر می دهند، نشان نمی دهد. برخی از فرهنگ ها زمانی که بارداری بر اساس اصول فرهنگی، مذهبی یا سایر اصول اجتماعی تأیید می شود، فرزند را از شیر می گیرند، در حالی که برخی دیگر این کار را نمی کنند. بررسی مادران باردار که می خواستند به شیرخوار یا کودک بزرگ تر شیر دهند، نشان داد که حدود نیمی از کودکان خودشان را از شیر می گیرند. این بیشتر در پایان سه ماهه اول بارداری جدید رخ می دهد، زمانی که مادران کاهش شدید تولید شیر را گزارش می کنند. دلایل اصلی از شیر گرفتن توسط مادر درد سینه و نوک سینه و خستگی بود. در چنین مواردی، حمایت عاطفی برای یک شیرخوار یا کودک نوپا که به سرعت از شیر گرفته می شود، مهم است.

اگر شیردهی پشت سر هم اتفاق بیفتد، باید مراقب بود که نوزاد جدید در تغذیه از پستان اولویت داشته باشد و شیر مصرفی و رشد نوزاد جدید با ادامه شیردهی شیرخوار یا کودک بزرگ تر به خطر نیفتد. اغلب، کودک بزرگ تر که قبلاً از سینه مادر تغذیه می شده تا حد زیادی برای کسب آرامش و به شیوه ای مناسب با سطح تکاملش تا ادعای مستمری بر مادر داشته باشد. برخی از مطالعات افزایش وزن آهسته تری را در نوزادان این چینی نشان می دهند که احتمالاً به دلیل تفاوت های کیفی طولانی مدت در ترکیب شیر است. از نظر حجم

شیر، با همان سرعتی که شیر برداشت می شود تولید می گردد. و اگر مادر به 2 یا بیشتر نوزاد، شیرخوار یا کودک شیر می دهد، مقدار بیشتری شیر برای رفع نیازهای آنها تولید می کند.

Feeding Human Milk Without Birthing تغذیه با شیر انسان بدون زایمان

تغذیه با شیر انسان بدون تولد (شیردهی بدون زایمان): مادری که فرزند خوانده می گیرد و مایل به شیردهی از پستان یا chestfeed (a term that describes feeding a baby from the chest and avoids using the word breast)

اینها ممکن است شامل فرزند خوانده، والدین جانشین، شرکای والدین صاحب فرزند و والدین با هر جنس، جنسیت و گرایش جنسی باشد. به عنوان مثال، برخی از مردان ترنس با غدد پستانی سالم ممکن است بخواهند از سینه شان شیر بدهند یا chestfeed کنند. پزشکان می تواند از طریق این فرآیند راهنمایی و پشتیبانی ارائه دهند، که می تواند هم پاداش و هم استرس را باشد. شیردهی توسط والدینی که زایمان نکرده دارای غدد پستانی هستند، پس از آماده سازی سینه ها با القای تولید شیر ممکن است بتوانند شیر بدهند. از استروژن و پروژسترون برای تقلید تکثیر بافت پستانی مشابه بارداری استفاده می شود. هنگامی که درمان هورمونی کامل شد، از دارو درمانی و شیرآورها برای افزایش سطح پرولاکتین استفاده می شود. اثربخشی این عوامل متفاوت است و عوارض جانبی باید با دقت مورد توجه قرار گیرد.

مرحله مهم بعدی در فرآیند القاء شیرسازی، تحریک نوک پستان است. در طی یک دوره زمانی، غده پستانی غیرباردار ممکن است در پاسخ به تحریک فیزیکی مکیدن یا پمپاژ سینه دچار تغییراتی شود. اگر پستان تحریک شود، ممکن است پرولاکتین ترشح و شیر تولید شود. با این حال، افزایش تولید پرولاکتین و شیر متغیر است. شروع تولید شیر ممکن است از 1 تا 6 هفته (به طور متوسط حدود 4 هفته) پس از شروع پمپاژ یا مکیدن حاصل شود. یکی دیگر از اجزای کلیدی شیرسازی موفق، رفلکس جهش شیر است که مستقیماً به سطوح کافی اکسی توسین در گردش وابسته است. ممکن است جهش شیر توسط اکسی توسین خارجی تسهیل شود. مقدار شیر تولید شده بسته به آناتومی فیزیولوژی و سابقه بارداری والدین متفاوت باشد. تحریک مکرر سینه ضروری است. شواهد کنونی نشان می دهد که دستیابی به شیر کامل در والدینی که زایمان نکرده اند بعید است. ممکن است استفاده از sns (که با یک لوله کوچک تغذیه که از طرفی درون شیرواز طرف دیگر به پستان متصل است، شیرموردنیاز را دریافت می کند) در حین شیردهی یا chestfeed برای والدین مفید و اغلب ضروری باشد. این تکنیک به کودک اجازه می دهد تا در حین مکیدن سینه

شیرکمی دریافت کند. والدین در این شرایط متوجه می شوند که پیوند عاطفی قویتر با نوزادشان پیدا می کنند. حتی زمانی که شیری هم تولید نشود. استفاده از دستگاه مکمل رسان برای تأمین تغذیه (چه شیر اهداکننده انسانی یا شیر خشک) است و همچنین به والدینی که مایل به اجتناب از عوامل خارجی هستند اجازه می دهد تا همچنان در تغذیه chestfeed شرکت کنند. توصیه می شود که این فرآیند خیلی قبل از تولد نوزاد شروع شود، چون ورود نوزاد می تواند استرس زا باشد و ممکن است در تولید شیر اختلال ایجاد کند. مشاوره با یک متخصص پزشکی یا تیم پزشکی متخصص در شیردهی و همچنین یک متخصص شیردهی آگاه توصیه می شود. توصیه ها و عوامل دارویی، در صورت نیاز، باید متناسب با شرایط هر خانواده باشد.

Relactation تولید مجدد شیر

که تمایل مادرانی که شیردهی را شروع کرده و به دلایلی متوقف کرده برای تولید مجدد شیر است. در مقایسه با مادرانی که زایمان نکرده و بخواهند شیردهی را برای فرزندخوانده آغاز کنند، مادرانی که قبلاً شیردهی کرده اند، احتمال بیشتری دارد که به شیر کامل دست یابند. با تحریک مجدد نوک پستان، چرخه عصبی غدد داخلی می تواند دوباره فعال شود و شیر تولید شود. شواهد برای استفاده از شیرآورها در این موارد مختلط است. تحقیقات نشان می دهد که اکثراً موفق می شوند، زمانی که نوزاد یا شیرخوار جوان است (به ویژه کمتر از 6 هفته) و حتی بیشتر از آن زمانی که مادر نیز جوان است (جوانتر از 25 سال) و سیستم حمایتی خوبی دارد.

رفرنس ها در فایل اصلی ضمیمه

فصل 14 استفاده از تکنولوژی در شیردهی

فناوری حمایت از شیردهی به تجهیزات و روش هایی اشاره دارد که برای حمایت از شیردهی موفق استفاده می شود. اینها شامل شیردوشها، نوک ساز shell سینه، محافظ نوک پستان shield یارابط نوک، لوله تغذیه، ترازو، و ذخیره سازی مناسب شیر که هر یک یا همه آنها می توانند در حمایت از زنان در شروع و حفظ شیر مادر و در نهایت برای تغذیه از سینه مادر مفید باشند.

دوشیدن دستی و مکانیکی شیر:

هر دو روش دوشیدن دستی و مکانیکی در کمک به شروع و حفظ تولید شیر در طول جدایی مادر از نوزاد، بیماری مادر یا نوزاد، ناتوانی نوزاد یا شیرخوار در لچ، تولید کم شیر یا انتقال ضعیف شیر استفاده می شوند

دوشیدن دستی شیر:

دوشیدن دستی شیر در طول جدایی کوتاه مدت مادر فرزند و برای رفع احتقان پستان، یا درد نوک سینه به خوبی عمل می کند (شکل 1-14). مراحل ساده دوشیدن دستی در کادر 1-14 بیان شده مادر پس از مدتی تمرین تسلط می یابد. فیلم های آموزشی با کیفیت بالا برای آموزش این تکنیک به مادران به صورت آنلاین در آدرس زیر <http://med.stanford.edu/newborns.html> موجود است.

Box 14-1. Manual Milk Expression Technique

روش دوشیدن با دست

1. دست ها را کاملا بشویید. 2. سینه را به آرامی از ربع های خارجی به سمت هاله ماساژ دهید. از اعمال فشار یا اصطکاک عمیق اجتناب کنید. 3. یک دستمال تمیز با آب گرم ممکن است حدود 5 دقیقه قبل از دوشیدن شیر روی سینه گذاشته شود. 4. انگشتان دست زیر پستان و شست بالای قاعده نوک پستان، حدود 3 سانتی متر عقب آن قرار بگیرد. به سمت دیواره قفسه سینه فشار دهید و سپس شست و انگشتان را به هم فشار دهید و به سمت نوک پستان بچرخانید. **برای تمام اطراف آرئول که شیر جمع شده است این کار را بکنید.** از دست آزاد برای ماساژ سینه از ربع خارجی به سمت نوک پستان استفاده کنید. نوک سینه را فشار ندهید. 5. روش دستی می تواند 20 تا 30 دقیقه برای تخلیه کافی هر دو سینه طول بکشد. 6. برای ویدیویی که این تکنیک را نشان می دهد، به <http://med.stanford.edu/newborns.html> مراجعه کنید.

دوشیدن مکانیکی Mechanical Expression

دوشیدن مکانیکی شیر را می توان با استفاده از یک پمپ دستی، کوچک، با باتری یا بیمارستانی برقی انجام داد (شکل 14-2). دوشیدن مکانیکی برای کسانی که قصد دوشیدن منظم و مداوم دارند، مثل مادری که بخواهد به محل کار یا تحصیل برگردد یا در بیماری مادر یا نوزاد، بهترین کار برد را دارد. قبل از خرید باید سوالات زیر را مطرح کرد (کادر 14-)- تا شیردوش مناسبی انتخاب شود. همچنین باید قبل از خرید، بیمه سلامت خود را بررسی کنند، زیرا بسیاری از بیمه ها اکنون پمپ های برقی را پوشش می دهند.

Battery-Operated and Electric Pumps. پمپ های باتری دار و الکتریکی :

پمپ های باتری دار و الکتریکی معمولاً سبک وزن هستند و فرکانس متغیر (2 تا 76 سیکل در دقیقه)، فشار مکش (8 تا 360 میلی متر جیوه) و قابلیت دوشیدن دو سینه را دارند. پمپ برقی با دور خودکار شیری تولید می کند که دارای محتوای کالری بالاتری (ناشی از چربی که حاصل تخلیه کامل پستان است) نسبت به شیری است که با روش های دستی دوشیده می شود. راهنمای دوشیدن مکانیکی در کادر 14-3 فهرست شده است. به نظر می رسد برخی از پمپ ها و ویژگی های آنها برای مادرانی که وابسته به شیردوش هستند (مثلاً مادران نوزادان نارس) نسبت به سایرین برتر یا قابل قبول ترند. پیشرفت ها در فناوری پمپ ویژگی هایی را اضافه کرده است که امکان دوشیدن بدون سیم، پمپ های بدون استفاده از دست و پمپ های کنترل با برنامه را فراهم می کند که به نظر می رسد پمپاژ را راحت تر و احتمالاً مؤثرتر می کند. با این حال، بسیار مهم است که مادران دارای نوزاد در NICU یا کسانی که برای مدت طولانی از نوزادان خود دور هستند، مؤثرترین، کارآمدترین، راحت ترین شیر دوش برقی موجود را دریافت کنند. یک متخصص شیرمادر معتبر که در NICU کار می کند می تواند در ارائه بهترین پمپ و آموزش کمک زیادی ارائه دهد.

Box 14-2. Questions to Answer Before Obtaining a Breast Pump

سوالات قبل از خرید شیردوش

1. آیا پمپ برای استفاده کوتاه مدت یا طولانی مدت است؟ 2. هزینه پمپ چقدر خواهد بود؟ 3. وزن پمپ چقدر است؟ 4. پمپ چقدر راحت است؟ 5. آیا سینه را به طور مؤثر تخلیه می کند؟ 6. تمیز کردن پمپ و کیت های جمع آوری چقدر آسان است؟ 7. آیا دستورالعمل های مکتوب واضحی در مورد نحوه استفاده از پمپ وجود دارد؟ 8. آیا می توان از یک بطری استاندارد برای جمع آوری شیر با پمپ استفاده کرد؟ 9. چند سیکل مکش در دقیقه وجود دارد؟ 10. آیا پمپ به خودی خود چرخه می زند؟ 11. آیا اندازه های

فلنج متغیر موجود است؟ 12. آیا مکانیسم هایی برای جلوگیری از آلودگی پمپ وجود دارد؟ 13. پمپ چقدر بی صدا است؟ 14. طول سیم های برق چقدر است؟ 15. آیا می تواند هر دو سینه را همزمان پمپاژ کند؟ 16. آیا پمپ برای استفاده در بیمارستان در صورت وجود تایید شده است؟ 17. گارانتی سازنده چیست؟ 18. آیا پمپ برای یک نفر است یا برای چند کاربر؟ 19. پمپ همراه با کیف است؟ 20. آیا برای کارکردن پمپ باید از 2 دست استفاده کرد؟ 21. آیا پمپ کارآمد و موثر است؟ 22. آیا می توان پمپ را در حین حرکت (وسفر) به صورت محتاطانه یا بی سیم پوشید؟ 23. آیا این پمپ تحت پوشش بیمه درمانی من است؟

راهنمای کلی برای Box 14-3. General Guidelines for Mechanical Milk Expression

دوشیدن مکانیکی

1. قبل از شروع دوشیدن شیر دست ها را بشویید. 2. برای شروع و حفظ تولید شیر برای نوزاد بستری در بیمارستان، در اسرع وقت پس از تولد (ترجیحاً در 8 ساعت اول) شروع و 8 بار در 24 ساعت ادامه دهید. پس از ایجاد شیر کافی، می توان دفعات دوشیدن را کاهش داد که معمولاً 2 تا 3 هفته پس از تولد یا زمانی که تولید شیر 500 میلی لیتر در 24 ساعت شد به دست می آید. برای موقعیت های دیگر، دفعات دوشیدن می تواند کمتر باشد. 3. در طول هر بار دوشیدن، 10 دقیقه پمپاژ هر سینه معمولاً برای حفظ تولید کافی شیر کفایت می کند معهداً می تواند در بین مادران متفاوت باشد، و ممکن است به پمپاژ 15 تا 20 دقیقه نیاز داشته باشند که ترجیحاً پمپاژ هر دو سینه به طور همزمان است. 4. تکنیک های ریلکسیشن مانند نشستن در یک محیط راحت و آرام را اجرا کنید. هنگام دوشیدن می توانید در کنار نوزاد بنشینید، به نوزاد فکر کنید، یا به عکس نوزاد نگاه کنید تا رفلکس جهش شیر تحریک شود. سینه را قبل و در حین دوشیدن شیر به آرامی ماساژ دهید. 5. لزومی ندارد چند میلی لیتر اول شیر دور ریخته شود. 6. کیت جمع آوری پمپ انفرادی است و فقط توسط یک مادر استفاده می شود. قبل از استریل کردن، دستورالعمل های سازنده را بررسی کنید. 7. پمپ های خانگی یک نفره است و باید فقط توسط یک مادر استفاده شود. 8. بررسی روتین میکروبیولوژیک پمپ و شیر پر هزینه است و لزومی ندارد. 9. توصیه ها در مورد پمپ یا شستشو و تمیز کردن تجهیزات پمپ را با مادر به صورت شفاهی و کتبی مرور کنید. (دستورالعمل ها معمولاً با پمپ همراه است.)

Breast Pump Maintenance نگهداری شیردوش

• Assembly برای سوار کردن دستگاه: باید یک فرد آگاه نحوه متصل و سوار کردن و جداسازی آن را به خانواده نشان دهد.

• تمیز کردن: باید هر مادر کیت جمع آوری و ظروف ذخیره سازی مخصوص به خود را داشته باشد که آنها را بشوید تا باقیمانده شیر پاک شود. با آب گرم و صابون تمیز شود؛ و پس از هر بار استفاده در هوا خشک شود. شستن با ماشین ظرفشویی نیز کافی است. آب بطری یا جوشانده باید برای تمیز کردن قطعات پمپ در جایی که آب منطقه بالقوه آلوده است استفاده شود. دستور العمل های سازنده باید رعایت شود. هنگامی که بیش از یک مادر از یک شیردوش استفاده می کند، مانند اتاق شیربیمارستان، کارکنان بیمارستان باید مسئول تمیز کردن پمپ به صورت روزانه، بررسی **تجهیزات آن برای تعویض و داشتن ذخیره شیر** و بررسی منظم تنظیمات مکش باشند.

• سیستم شیردوش دوقلو: جدایی طولانی مدت مادر از نوزاد و بازگشت مادران به سر کار، جهت صرفه جویی در وقت، و مقدار پرولاکتین آزاد شده و پتانسیل تولید شیر بیشتر، گویای داشتن شیردوش دوقلوست که همزمان هر دو سینه را بدوشت. شکل 14-3. سوتین های شیردهی که به مادران اجازه می دهد هر دو رابط شیردوش را به طور همزمان وصل و نگهداری کنند، اکنون در دسترس هستند

• نصب رابط شیردوش به سینه (flanges) باید دهانه ای که به سینه وصل می شود به اندازه کافی گشاد باشد تا نوک پستان به راحتی وبدون درد داخل و خارج شودیا حرکت کند، اما نه آنقدر بزرگ که تخلیه شیر مختل شود. برخی از کیت ها دارای مجموعه ای از رابط هستند تا اندازه های مختلف نوک پستان را در خود جای دهند. اگر فلنج نامناسب باشد و به طور مکرر استفاده شود، می تواند باعث تروما و درد نوک سینه شود. اندازه مناسب فلنج سینه بر اساس قطر نوک پستان است نه آرئول. هنگامی که تونل فلنج روی سینه قرار می گیرد، باید فقط چند میلی متر (3 تا 5 میلی متر) فضای آزاد در اطراف نوک پستان برای تحرک داشته باشد. تونل فلنج روی نوک وفق داده می شود و یک چفت وبست در اطراف آرئول ایجاد می کند. عمل پمپاژ شبیه تحریک نوک پستان در شیرخوردن شیرخوار از سینه مادر است. خلاء توسط پمپ ایجاد می شود و نوک پستان به آرامی به داخل تونل فلنج کشیده می شود. تناسب خوب به نوک پستان اجازه می دهد تا آزادانه و راحت در شفت فلنج حرکت کند و نقاط اصطکاک را به حداقل برساند. آرئول به آرامی فشرده می

شود و امکان دوشیدن ریتمیک شیر را فراهم می کند. سینه های یک زن ممکن است اندازه های متفاوتی داشته باشد و به ۲ نوع فلنج با اندازه های متفاوت نیاز داشته باشد.

Manual Breast Pumps شیردوش دستی:

در 3 سبک موجود هستند.

- پمپ های پیستونی یا سیلندری . برای پمپاژ متناوب، وسایل ساده و موثری هستند. با این حال، بعید است استفاده از این پمپ ها برای افزایش تولید شیر یا حفظ تولید در صورت جدایی طولانی مدت مادر و نوزاد کافی باشد. مادرانی که استفاده از پمپ دستی را انتخاب می کنند باید در مورد نحوه استفاده صحیح از آن آموزش داده شوند، زیرا اپی کندیلایت جانبی (آرنج تنیس بازان) با استفاده از پمپ های دستی ترومبونی همراه است.

- پمپ های دسته دار. اینها در برداشت شیراز سینه مؤثر هستند، اما برخی از زنان پس از استفاده طولانی مدت دچار خستگی دست می شوند.

- پمپ های توپی لاستیکی (بوق دوچرخه ای). این ها به دلیل احتمال تجمع میکروب در حباب لاستیکی و آلودگی شیر توصیه نمی شوند.

رعایت اقتصادی در خرید یا اجاره پمپ:

اگر پزشک برای بیمار شیردوش تجویز کند، اکثر شرکت های بیمه سلامت و WIC هزینه خرید یا اجاره را پوشش می دهند. علاوه بر این، بسیاری از برنامه های حمایت از شیردهی کارمندان هزینه خرید یا اجاره تجهیزات را پوشش خواهند داد. به پزشکان توصیه می شود که به بیماران یادآوری کنند که مزایای پوشش داده شده برای شیردوش را بررسی کنند و همچنین آمادگی لازم را برای نوشتن توصیه و گواهی ضرورت پزشکی برای شیردوش از طرف بیماران خود داشته باشند.

روش جمع آوری شیری که حین دوشیدن از سینه دیگر خارج می شود (ذخیره کننده شیر-شیرگیر) ("Milk Savers")

روشی برای "صرفه جویی در شیر": بسیاری از مادران نگران ناکافی بودن شیرشان هستند و نمی خواهند قطره ای هدربرود. لذا وقتی مادر شیر می دهد یا یک سینه را می دوشد، رفلکس جهش شیر عمل می کند و لذا از سینه دیگر شیر جریان می یابد. و مادر ناراحت است. این امر منجر به تولید و استفاده از "شیرگیر" های

مختلف شده که بامکانیسم مکش بطور پاسیو شیرر اجمع می کنند. این دستگاه ها ساده هستند و به راحتی تمیز می شوند و تا کنون هیچ آسیبی به بافت سینه وارد نشده است. در حالی که همه مادران چنین مشکل قابل توجهی ندارند، بعضی بسیار خوشحال اند که 1 تا 3 اونس شیر را با این دستگاه ها جمع می کنند درحالی که قبلا از دست می دادند. تنها چالشی که گهگاه ذکر شده از دست دادن مکش و افتادن و هدر رفتن شیر بوده است. مطالعات موردی اخیر نشان داد که ممکن است این دستگاه ها منجر به تولید بیشتر و احتقان شوند که می تواند یک زمینه برای ماستیت باشد.

Nipple Shields رابط نوک-محافظ نوک سینه

. رابط یا محافظ نوک سینه که از لاتکس یا سیلیکون ساخته شده یک سپر محافظ نازک بر روی نوک و آرئول ایجاد می کند، و سوراخ هایی در نوک برای انتقال شیر دارد (شکل 4-14). از Nipple shield برای کمک به گرفتن پستانی که نوک صاف یا فرورفته دارد یا پستان محتقن یا نوک دردناک و زخمی، کاهش جریان خیلی سریع شیر و گاهی اوقات تشویق نوزاد یا شیرخواری که به تغذیه با بطری عادت کرده برای گرفتن پستان استفاده می شود. نشان داده شده است که نوع سیلیکونی بسیار نازک انتقال شیر را در نوزادان نارس که در حال گذار از تغذیه بالوله معده یا شیشه شیر به پستان هستند، بهبود می بخشد. استفاده از محافظ نوک برای نوزادان نارس ممکن است در برقراری و حفظ تغذیه از سینه مادر مفید باشد. با این حال، نباید بطورروتین استفاده شوند، بلکه باید زمانی استفاده شوند که نوزادان نارس یا بیمار یا شیرخوار مشکل پایدار در تغذیه پستانی و انتقال شیر داشته باشند. بررسی 13 گزارش در مورد استفاده از نیپل شیلد، حمایت کمی از شیوه های فعلی در مورد شیلدهای معمول نشان داد و ایمنی در درازمدت برای تامین شیر، افزایش وزن نوزاد، یا مدت زمان تغذیه پستانی نشان نداده است.

به دلیل احتمال تداخل نیپل شیلد در انتقال شیر و کاهش تحریک آرئول، باید پزشکان برای اطمینان از دریافت کافی شیر افزایش وزن نوزاد را کنترل کنند. همچنین بعنوان یک خطر ناشناخته در نظر بگیرند و در صورت امکان مدت زمان استفاده از آنها را محدود کنند.

Breast Cups and Shells نوک ساز

از پلی پروپیلن سخت، سیلیکون یا سایر پلاستیک های سخت ساخته شده به شکل فنجان با سوراخ های هوا در یک طرف و یک سوراخ بزرگتر در طرف دیگر برای خروج نوک پستان از آن طراحی شده اند. برای کمک به تسکین درد نوک پستان و جلوگیری از نشست شیر بر روی لباس مادر کمک می کنند. مهم ترین

ویژگی این وسیله، سوراخ‌های هوا برای تهویه، وجود فضای کافی برای جلوگیری از سرریز شدن شیر بر روی لباس مادر و داشتن یک دهانه بزرگ با اندازه کافی برای راحتی نیپل است. بین وعده‌های شیردهی در داخل سوتین پوشیده می‌شوند. اگرچه گاهی اوقات از آنها برای اصلاح نوک فرورفته قبل و پس از زایمان استفاده می‌شود، اما هیچ مدرکی دال بر موثر بودن آنها وجود ندارد.

Supplemental Feeding Methods روش دادن شیرکمی

روش‌های دادن شیرکمی برای نوزاد یا شیرخواری که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد از سینه شیر بخورد، برای دادن شیر دوشیده شامل دستگاه‌های لوله تغذیه، فنجان و بطری و استفاده از روش تغذیه با انگشت. متأسفانه، شواهد کمی در مورد ایمنی یا اثربخشی بیشتر روش‌های دادن شیرکمی و تأثیر آنها بر شیردهی وجود دارد. هنگام انتخاب روش دادن شیر جایگزین، باید پزشکان هزینه و در دسترس بودن، سهولت استفاده و تمیز کردن، استرس نوزاد را در نظر بگیرند، و اینکه آیا می‌توان حجم کافی شیر را در 20 تا 30 دقیقه به کودک داد، چه مصرف پیش‌بینی شده کوتاه مدت یا طولانی مدت باشد. و ترجیح مادر، و اینکه آیا این روش به تقویت مهارت‌های تغذیه پستانی کمک می‌کند یا نه.

At-Breast Lactation Aid Devices مکمل رسان پستانی

دستگاه‌های کمک شیردهی (SNS): لوله‌های بسیار نازک و نرمی هستند که از پلاستیک ساخته شده از یک طرف به ظرف شیر وصل و سر دیگر آن در مجاورت نوک پستان مادر باکمی نواریچسب به سینه ثابت می‌شود. (شکل 14-5). این دستگاه دارای این مزیت است که علاوه بر رساندن شیرکمی لازم، به تحریک سینه منجر شده، شیر بیشتری تولید می‌کند و در نتیجه مشوق تغذیه شیرخوار از سینه مادر می‌شود. اگر مادر هم تمایل داشته باشد استفاده از این وسیله می‌تواند برای تحریک سینه برای تولید مجدد شیردرخانی که شیردهی راقطع کرده یا القای شیربرای خانمی که بدون بارداری بخواهد تولید کند باشیربانک شیریا شیرمصنوعی یا شیرخودش اگر بعنوان کمکی بخواهد بدهد و سینه هم برای تولید بیشتر تحریک شود مفید است. استفاده از این دستگاه معمولاً نیاز به نظارت متخصص شیرمادر دارد. بسیاری از این سیستم‌ها برای استفاده دست و پاگیر هستند، تمیز کردن آنها دشوار و از طرفی گران هستند و به یادگیری نسبتاً پیچیده نیاز دارند. اگرچه باعث بهبود تحریک سینه برای تولید شیرمی‌شوند به طوری که ممکن است نیازی به شیردوش نباشد، در برخی موارد مادران هم از این وسیله و هم شیردوش استفاده می‌کنند.

تغذیه با فنجان :

تغذیه نوزاد یا شیرخوار با شیر مادر از فنجان روشی جایگزین برای تغذیه با شیشه شیر است، زمانی که تغذیه از سینه مادر مورد انتخاب نیست یا زمانی که والدین با شیشه شیر مخالف هستند (شکل 14-6). بسیاری از پزشکان از یک کارآزمایی بالینی کنترل شده، از مقایسه تغذیه با یک فنجان با تغذیه با شیشه شیر در نوزادان ترم مطلع نیستند. تغذیه با فنجان از نظر مدت زمان تغذیه، حجم شیر خورده شده، و ثبات فیزیولوژیکی نوزاد یا شیرخوار (ضربان قلب، تعداد تنفس و سطح اشباع اکسیژن) برابر با تغذیه با شیشه شیر است. علاوه بر این، تغذیه با شیر مادر با فنجان ممکن است به حفظ مدت تغذیه از سینه مادر در شیرخوارانی که نیاز به شیرکمی مکرر دارند کمک کند. فواید تغذیه با فنجان برای نوزادان نارس نیز گزارش شده است. برای برخی از نوزادان و شیرخواران، تغذیه با شیشه شیر می تواند در برقراری تغذیه از سینه مادر اختلال ایجاد کند، بنابراین تغذیه شیر مادر با فنجان یک جایگزین منطقی است، مشروط بر اینکه یک پزشک با تجربه با فنجان به نوزاد یا شیرخوار شیر بدهد و والدین ببینند و نحوه استفاده از آن را آموزش دهد. روش استفاده از این روش مستلزم استفاده از یک فنجان پزشکی پلاستیکی یا شیشه ای کوچک که از شیر مادر پر شده است. شیرخوار در وضعیت نیمه عمودی، با حمایت از سر و قسمت بالایی پشت در آغوش قرار گرفته تغذیه می شود. با گذاشتن لبه فنجان و نوازش و حرکت روی لب پایینی شیرخوار رفلکس جستجوگری تحریک می شود. هنگامی که فنجان روی لب پایین قرار می گیرد و آن را کج می کنند تا شیر در دسترس باشد اما در دهان کودک ریخته یا چکانده نشود، نوزاد شیر را جرعه جرعه یا مزه مزه یالیز زدن یا... می خورد یا می بلعد. برخی از نوزادان و شیرخواران ممکن است نتوانند جرعه جرعه بخورند یا لیس بزنند و حجم کافی را بدست آورند، یا ممکن است مقدار قابل توجهی را بریزند و از دست بدهند. ویدئوهای این روش به صورت آنلاین در دسترس است.

تغذیه با بطری:

اگرچه تغذیه با بطری رایج ترین روش مصرف شیر در ایالات متحده است، اما به دلیل تفاوت های مشخصی که برای حرکات زبان و فک در طول شیرخوردن و تفاوت در سرعت جریان شیر، پیامدهای نامطلوب دراز مدت احتمالی در رشد دهان، فک و ساختارهای حرکتی دهان، نگران کننده است. به طور کلی، شیشه شیر برای چند هفته اول پس از تولد، تا زمانی که شیردهی به خوبی تثبیت نشده باشد، توصیه نمی شود. از آنجایی که زبان، لبها و دهان برای تغذیه با شیشه شیر و پستان متفاوت استفاده می شوند و از آنجایی که نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می شوند به نوک سینه نرم و انعطاف پذیر انسان هنگام تغذیه عادت می کنند،

ممکن است نوک مصنوعی به راحتی پذیرفته نشود. در طول شیر خوردن از بطری باید شیرخوار در وضعیتی تا حدی خمیده در آغوش مراقب قرار گیرد. سرشیشه با لمس لب پایینی شیرخوار برای تحریک رفلکس جستجوگری استفاده شده با باز شدن دهان سرشیشه داخل دهان لغزانیده می شود. در برخی از نوزادان، زودشروع کردن بطری منجر به مکیدن ناموثریستان یا امتناع از سینه می شود. استفاده از سرشیشه های با جریان آهسته یا مرحله 1 برای مادرانی که مایل به ادامه شیردهی هستند ممکن است این چالش را برطرف کند زیرا شیرخوار به جریان سریع شیشه شیر که گاهی اوقات بمرور زمان شیرخوار را تشویق به امتناع از سینه می کند عادت نمی کند. ممکن است استفاده از شیشه شیر برای شیرخوارانی که قرار است مادرانشان به زودی به سرکار یا تحصیل برگردند لازم شود. (فصل 10).

سایر روش های تغذیه موقت :

هنگامی که تغذیه سینه ای امکان پذیر نیست، سایر روش های تغذیه موقت برای تحویل شیر به نوزاد یا شیرخوار شامل استفاده از قاشق دارو، قطره چکان یا سرنگ و همچنین تغذیه انگشتی است که در آن لوله تغذیه با یک انگشت در نزدیکی محل اتصال کام سخت و نرم نگهداشته می شود. با این روش ها از تغذیه با بطری و نوک مصنوعی جلوگیری می شود. هنگام استفاده از سرنگ یا قطره چکان ، از squeezing یا فشار دادن شیر به داخل دهان شیرخوار خودداری کنید. با قرار دادن چند قطره روی لب شیرخوار، او را به مکیدن شیر (و بامکیدن شیر، خارج کردن توسط شیرخوار انجام شود **Entice the baby to suck the milk out by placing a few drops on the lip**) تشویق کنید. هیچ مطالعه طولانی مدتی برای بررسی خطرات و مزایای این روش های جایگزین انجام نشده است.

تغذیه با لوله داخل معده (دهانی معدی، بینی معدی):

تغذیه داخل معده معمولاً زمانی استفاده می شود که شیرخوار یا نوزاد نارس است یا بیش از حد بیمار باشد که نتواند از سینه شیر بخورد. به 2 روش عمل می شود یا بولوس متناوب و یا انفوزیون مداوم. برای تکنیک بولوس، از جاذبه استفاده می شود تا به داخل لوله جریان یابد. انفوزیون مداوم نیاز به سرنگ شیر دارد که روی پمپ تزریق قرار داده شده سپس به لوله تغذیه متصل شود. از آنجایی که چربی در هنگام ایستادن از شیر جدا می شود، باید تلاش کرد تا زمانی که شیر به نوزاد داده می شود، چربی جدا شده باقی نماند. پمپ انفوزیون تک سرنگی با کوتاه ترین طول لوله برای اطمینان از انتقال بهتر چربی صورت می گیرد. باید

سرنگ در وضعیت عمودی قرار گیرد و پس از هر بار استفاده کاملاً خالی شود (شکل 14-7). با تغذیه مداوم، سیستم سرنگ باید هر 3 تا 4 ساعت یکبار تعویض شود.

تست توزین:

که برای اندازه گیری شیر مصرفی با وزن کردن نوزاد یا شیرخوار قبل و بعد از تغذیه در شرایط یکسان استفاده می شود. مقدار خالص دریافتی بر حسب گرم (که تقریباً حجم آن بر حسب میلی لیتر است) با کم کردن وزن قبل از تغذیه از وزن پس از تغذیه به دست می آید. تست توزین را می توان به راحتی در بیمارستان و خانه به عنوان ابزاری برای ارزیابی کفایت مصرف شیر و ارزیابی تولید شیر پس از تغییرات در عملکرد شیردهی استفاده کرد. استفاده کوتاه مدت از ترازوی الکترونیکی شیرخوار می تواند برای تخمین شیر مصرفی در نوزاد نارس در طول انتقال از بیمارستان به خانه مفید باشد. ترازوی حساس (حساسیت 2 گرم) با خوانش دیجیتالی و ادغام کامپیوتری برای تصحیح حرکت شیرخوار توصیه می شود. آزمایش های بالینی کور و کنترل شده متعدد نشان داده اند که تست توزین، دقیق، قابل قبول برای مادران و برتر از سایر ابزارها یا سیستم های امتیازدهی است که قبلاً برای تخمین مصرف شیر استفاده می شد. ولی تست توزین با ترازوی غیر الکترونیکی قابل اعتماد نیست و توصیه نمی شود. اگرچه تست توزین برای تخمین شیر مصرفی یک وعده استفاده شده است، اما برای بهترین تخمین، باید در هر تغذیه حداقل 24 ساعت انجام شود، زیرا مصرف شیرخوار از یک تغذیه به تغذیه دیگر متفاوت است. باید لباس و پوشک قبل و بعد از شیرخوردن یکسان باشد تا مصرف دقیق را نشان دهد.

روش ذخیره کردن شیر

برای ذخیره سازی شیر انسان باید مکانی خنک و ایمن در نظر گرفته شود تا حفاظت حداکثری و آلودگی حداقل باشد. شیر انسان دارای حفاظت ایمنولوژیک قابل توجهی است که از آن در برابر آلودگی نیز محافظت می کند. با این حال، هنگامی که در ظروف جمع آوری دوشیده شود، برخی از باکتری های پوست با شیر مخلوط می شوند. با این وجود، تعداد باکتری ها در شیر ذخیره شده کاهش می یابد. برای دستورالعمل های ذخیره سازی شیر به جدول 1-14 مراجعه کنید. اینفوگرافیک موجود در https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparationof-breast-milk_H.pdf ممکن است برای مرجع سریع برای مطب و خانواده استفاده شود.

دستورالعمل های عمومی ذخیره سازی :

دمای اتاق (25 درجه سانتیگراد [77 درجه فارنهایت]) :

توافق بر این است که شیر تازه انسان را می توان تا 4 ساعت در دمای اتاق نگهداری یا استفاده کرد. سرنگ های تغذیه با لوله معده که در NICU استفاده می شوند، معمولاً تا 4 ساعت در دمای اتاق باقی می ماند.

یخچال گذاری (4 درجه سانتیگراد [39 درجه فارنهایت])

چندین مطالعه بی خطر بودن نگهداری شیر انسان در یخچال را از طریق ارزیابی ظرفیت باکتری کشی شیر ذخیره شده به عنوان نشانگری برای کیفیت شیر، ترکیبات شیر و رشد باکتری در نمونه های شیر ذخیره شده نشان داده اند. ظرفیت باکتری کشی شیر انسان که در یخچال نگهداری شده بین 48 تا 72 ساعت به طور قابل توجهی کاهش می یابد. با این حال، مطالعات روی شیر دوشیده شده انسان نشان می دهد که می توان آن را در دمای یخچال (4 درجه سانتیگراد [39 درجه فارنهایت]) در NICU تا 96 ساعت نگهداری کرد. این داده ها مربوط به یخچال هایی است که چندین بار در روز با رسیدگی و تأیید روزانه دما باز می شدند..

فریز کردن-انجماد (18- درجه سانتیگراد [0 درجه فارنهایت])

روش ترجیحی برای نگهداری شیری است که تا 48 ساعت پس از دوشیدن قرار نیست به نوزاد یا شیرخوار داده شود.

شیرهای دوشیده تکی باید به صورت جداگانه بسته بندی شوند. برخلاف عملیات حرارت دهی شیر، انجماد بسیاری از خواص تغذیه ای و ایمنی شیر انسان را حفظ می کند. وقتی شیر به طور مناسب منجمد شود، معمولاً می توان حداقل 6 ماه قبل از افزایش سطح اسیدهای چرب آزاد (که شواهدی برای ترشیدگی است) نگهداری کرد. شیر را نباید در درب فریزر نگهداری کرد. فریزرهای بانک شیر باید دارای دماسنج و زنگ هشدار باشند و باید به ندرت باز شوند - به خصوص اگر برای نگهداری طولانی مدت استفاده شوند. در این شرایط نگهداری طولانی مدت شیر انسان تا 12 ماه مجاز است. لازم به ذکر است که دماسنج های فریزر با آلارم نیز برای استفاده شخصی (نه فقط برای بانک های شیر) به راحتی قابل خرید هستند

ذوب شیر

باید با استفاده از یک گرم کننده بدون آب یا با ننگه داشتن ظرف شیر زیر شیرآب ولرم (نه داغ) ذوب کرد. شیر را هرگز نباید در مایکروویو ذوب کرد یا در ظرف آب بدون مراقبت رها کرد. پس از ذوب کامل شیر، نباید آن را دوباره منجمد کرد. در عوض باید تا زمان استفاده در یخچال نگهداری شود. شیر ذوب شده باید در عرض 24 ساعت استفاده شود یا دور ریخته شود. برای نوزادوشیرخوار بستری در بیمارستان، شیر دوشیده ای که پس از تغذیه در بطری باقی می ماند باید دور ریخته شود.

شناسنامه دار کردن شیر Milk Identification :

باید در محیط بیمارستان، همه ظروف شیر دوشیده منجمد دارای برچسب استاندارد باشند که شامل نام شیرخوار، شماره پرونده پزشکی و تاریخ و ساعت دوشیدن شیر باشد. برخی از بیمارستان ها از مادران درخواست می کنند که داروها یا بیماری های فعلی را روی برچسب لیست کنند تا از ارتباط در مورد مقبولیت شیر با کارکنان بیمارستان اطمینان حاصل کنند. برای جلوگیری از مصرف نادرست شیر انسان - یعنی تغذیه با شیر یک مادر به نوزاد شخص دیگر، باید سیاست هایی تدوین شود. در محیط مراقبت از کودکان نیز باید شیرها به وضوح برچسب گذاری شوند.

ظروف ذخیره شیر

برای ظروف نگهداری شیر که سفت و سخت هستند، باید از درپوش هایی استفاده شود که درست کیپ شوند و هوا نفوذ نکند. ظروف نگهداری شیر شامل

- ظروف پلاستیکی سفت و سخت از جنس پلی کربنات (پلاستیک سخت شفاف)، پلی پروپیلن (بطری های پلاستیکی سخت مات)، یا سایر پلاستیک های سخت. اینها برای نگهداری طولانی مدت شیر دوشیده شده انسان توصیه می شوند.

- ظروف شیشه ای. اینها همچنین می توانند برای نگهداری طولانی مدت استفاده شوند، اما باید مراقب بود که آنها بیش از حد پر نشوند و/یا در فریزر ترک نخورند.

- کیسه های نگهداری پلاستیک نرم (پلی اتیلن). اینها پتانسیل آلودگی ناشی از سوراخ های کیسه، از دست دادن خواص تغذیه ای (به خصوص چربی و ویتامین های محلول در چربی)، از دست دادن شیر به دلیل ریختن و گران بودن را دارند. برای نوزادان نارس بستری در بیمارستان توصیه نمی شوند و برخی از

کارشناسان استفاده از آنها را برای همه نوزادان و شیرخواران منع می کنند. کیسه های پلی اتیلن که به طور خاص برای نگهداری شیر انسان طراحی شده اند، اگر مادران شیر خود را در پایان روز به خانه بیاورند، ممکن است برای محل کار یا مدرسه مناسب باشند. در صورت استفاده، شیر باید قبل از نگهداری در فریزر در ظروف سفت ریخته شود. علاوه بر این، آداپتورهای جدید برای پمپ های شیر به بسیاری از زنان اجازه می دهد تا مستقیماً به ظروف نگهداری شیر یا کیسه های نگهداری شیر یا مستقیماً در شیشه شیر کودک خود پمپ کنند، که نیاز به ریختن و انتقال شیر را از بین می برد و در نتیجه خطر هدر رفتن شیر یا ایجاد آلودگی را کاهش می دهد.

تمیز کردن ظروف جمع آوری و ذخیره سازی:

ظروف جمع آوری و نگهداری شیر باید شسته شوند تا شیر چسبیده پاک شود، سپس با آب گرم و صابون شسته شده و بگذارید تا در هوا خشک شود. تمیز کردن باماشین ظرفشویی نیز کافی است.

شیر انسانی اهدایی به بانک شیر:

آکادمی اطفال آمریکا (AAP) بیانیه سیاستی در مورد استفاده از شیر اهدایی انسانی (پیوست B) تهیه کرده است. شیر اهدایی شیری است که توسط زنان شیرده بجز مادر بیولوژیکی شیرخوار تامین و به شیرخوار داده می شود. اگر شیر مادر در دسترس نباشد، معمولاً از شیر اهداکننده به عنوان جایگزین استفاده می شود. فواید قوی شیر انسان به حدی است که AAP اکنون توصیه می کند که همه نوزادان نارس باید شیر انسان را دریافت کنند. شیر مادر خودش چه تازه چه منجمد، باید رژیم غذایی اولیه نوزاد باشد، که باید برای نوزادان متولد شده با وزن کمتر از 1.5 کیلوگرم غنی سازی شود. اگر علیرغم همه حمایتها شیر خود مادر تامین و در دسترس نباشد، باید از شیر پاستوریزه اهدایی استفاده شود. در ایالات متحده، شیر اهدایی انسان باید از طریق بانک شیر جمع آوری و ذخیره شود. به دلیل خطر انتقال بیماری های عفونی، شیر اهدایی به بانک شیر باید پاستوریزه شود. AAP، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، و سازمان غذا و داروی ایالات متحده، همگی نسبت به استفاده از شیر اهدایی غیرپاستوریزه، شیر اهدایی که از طریق اینترنت از اهداکنندگان غربال گری نشده به دست می آید، یا شیری از بانک شیری که از قوانین و پروتوکل های انجمن بانک شیر انسانی آمریکای شمالی (HMBANA) پیروی نمی کند برحذر می دارند. اگرچه روش های پاستوریزاسیون مورد استفاده توسط بانک های شیر در ایالات متحده متفاوت است، روش هایی که در حال حاضر مورد استفاده قرار می گیرند نشان داده اند که به طور موثر HIV، HTLV، CMV، و ویروس

هیپاتیت B، و C و باکتری ها را از بین می برند. استفاده از شیر اهدایی بانکی باید با بحث در مورد مزایای بالقوه شیر پاستوریزه در مقابل خطرات بالقوه استفاده از آن، مانند قرار گرفتن در معرض موادمخدر، داروها، محصولات گیاهی یا عوامل عفونی باشد. برخی از کارشناسان از کسب رضایت کتبی و آگاهانه برای استفاده از آن حمایت می کنند. دیگران نمی کنند. HMBANA یکی از منابع اطلاعات، سیاست‌ها و رویه‌های مربوط به بانکداری شیر اهداکننده است. تمام بانک های عضو HMBANA ملزم به پیروی از دستورالعمل های تعیین شده، مانند انتخاب دقیق و نظارت بر اهداکنندگان، پیروی از روش های دقیق برای عملیات حرارتی و ذخیره سازی شیر اهدایی، و ارزیابی شیر فرآوری شده برای استریلیتی پس از پاستوریزه شدن هستند. متخصصان مراقبت های بهداشتی علاقه مند به استفاده های بالقوه از شیر انسان اهدایی باید با HMBANA (www.HMBANA.org) یا یکی از بانک های شیر عضو آن مشورت کنند. دیگر، Prolacta Bioscience (www.prolacta.com) منبع دیگری از شیر و فرآورده های شیرانسان اهداکننده است که تحت مطالعه علمی قرار گرفته است.

Bacteriologic Surveillance of a Mother's Milk نظارت باکتریولوژیک بر شیر مادر

شیر انسان به طور بالقوه می تواند یکی از راه های انتقال عفونت باشد. این امر به ویژه هنگامی که از شیردوش و سایر تجهیزات استفاده می شود نگران کننده است. شیردوشهای مکانیکی که به اندازه کافی ضدعفونی نشده اند نیز ممکن است به عنوان منبع بالقوه عفونت در NICU عمل کنند. نمونه های شیر دوشیده شده معمولاً حاوی انواع مختلفی از باکتری ها هستند.

Bacteriologic Cultures کشت میکروبی

شیر خود مادر ممکن است ندرتا در هنگام ارزیابی عفونت های غیرقابل توجه در نوزادان و شیرخواران انجام شود. برخی از پزشکان در صورت ابتلای شیرخوار به یک ارگانیزم غیرعادی، شیر را کشت می دهند. گزارش هایی از استرپتوکوک گروه B، استافیلوکوک اورئوس و سایر عفونت های بیماری زا در نوزادان در NICU وجود دارد که با کلونیزاسیون یا ماستیت در مادر مرتبط است. علیرغم این احتمال، کشت شیر مادر به طور معمول پرهزینه است، نگرانی های بی رویه ایجاد می کند و توصیه نمی شود. در واقع، رابطه علت و معلولی بین شیر مادر و عفونت شیرخوار در بیشتر گزارش های موردی ثابت نشده است. محتمل تر است مادر و نوزاد همزمان در معرض ارگانیزم های بیماری زا قرار گرفته باشند. علاوه بر این، نتایج حاصل از کشت شیر اولیه لزوماً با نتایج کشت های بعدی شیر در همان مادر ارتباط ندارد.

Bacteriologic Screening Results **نتایج غربالگری باکتریولوژیک**

باکتری‌هایی که در غربالگری یافت می‌شوند معمولاً مشابه سویه‌های موجود در پوست و نوک سینه مادر هستند. طیف گسترده‌ای از باکتری‌ها شیر انسان را از مادران اهداکننده آلوده می‌کنند. اینها هم شامل ارگانیزم‌های گرم مثبت (معمولاً کمتر از 10⁵ ارگانیزم در میلی‌لیتر) و هم برخی از ارگانیزم‌های گرم منفی هستند. در ایالات متحده، بانک‌های شیر نمونه‌های شیر را پس از پاستوریزه کردن به‌عنوان آزمایش غربالگری کفایت عملیات حرارتی به‌طور یکنواخت کشت می‌دهند.

How to Deal With a Positive Culture نحوه برخورد با نتیجه کشت مثبت:

در صورت نتیجه کشت مثبت، اگر ارگانیزم بیماری‌زا باشد و/یا در مقادیر زیاد وجود داشته باشد، علاوه بر آزمایشات بیشتر و/یا درمان، شیردوش و تجهیزات مربوطه هم باید بررسی شوند. تکنیک دوشیدن شیر مادر نیز باید ارزیابی شود. اگر ارگانیزمی که در کشت یافت می‌شود یک پاتوژن مهم باشد، حداقل، کشت خون در نوزاد یا شیرخوار، CBC غربالگری، CRP و نظارت دقیق انجام می‌شود. اگر کشت به‌عنوان بخشی از sepsis workup در یک نوزاد علامت‌دار انجام شد، درمان با آنتی‌بیوتیک ضروری است.

حمایت تغذیه از سینه مادر در هنگام جدایی مادر از شیرخوار

شرایطی مانند بستری مادر، بیماری نوزاد یا شیرخوار، بازگشت به کار یا تحصیل وجود دارد که در آنها ممکن است بنا به ضرورت، وقفه در تداوم تغذیه از سینه مادر ایجاد شود. پزشک می تواند با ارائه راهنمایی خاص و برنامه های مناسب به مادر کمک کند تا بتواند به شیردهی ادامه دهد.

مادر شاغل و مادری که تحصیل می کند یا وابسته تحصیلی :

حضور در محل کار و تحصیل شایع ترین دلایل جدایی مداوم مادر شیرخوار در دوران شیردهی است. که بایستی راهنمایی های پیش بینی نگر برای ادامه شیردهی در این زمان ها ارائه شود. مشاوره و بحث در مورد راهبردها باید قبل از زایمان شروع شود، و در طی ویزیت های مطب ادامه یابد و در دستورالعمل کلاس های شیردهی و سایر منابع گنجانده شود.

حمایت از شیردهی در محل کار : مراقبت از کودک در محل کار

مراقبت از کودک در محل کار و تغذیه مستقیم از سینه مادر ترجیح داده می شود تا بتوان تولید و تامین شیر کافی را حفظ کرد. برای مادرانی که خارج از خانه شاغل هستند، ایجاد امکانات مراقبت از کودک در محل کار یا نزدیک محل کار می تواند به مادر اجازه دهد که در زمان استراحت شیر بدهد. از طرف دیگری توان به کارمند اجازه داد که شیرخوار جوان خود را، با یا بدون مراقب، در طول روز برای تغذیه از سینه اش به محل کار بیاورد. ممکن است این کار برای همه مشاغل امکان پذیر نباشد.

مراقبت از کودک خارج از محل کار:

برخی از کارفرمایان برای تشویق ادامه شیردهی برای مادرانی که به سر کار برمی گردند برنامه هایی ارائه می دهند. اینها ممکن است شامل حضور متخصصان شیرمادر در محل کار با استفاده از متخصصان شیردهی جامعه یا بیمارستان، تعیین فضایی برای شیردهی یا دوشیدن شیر و/یا یک اتاق شیردهی کاملاً مجهز باشد. اگر نه، باید حداقل امکانات در محل کار برای دوشیدن شیر در اختیار داشته باشد (کادر 1-15). استفاده خلاقانه از زمان صرف چای و زمان ناهار، همراه با شیردوش دوقلو که از هر دو سینه به طور همزمان بدوشد امکان تولید و نگهداری جریان شیر را تسهیل کند. دوشیدن شیر باید حداقل هر 2 تا 4 ساعت یک بار در طول دوره های جدایی مادر شیرخوار اتفاق بیفتد که حدوداً با برنامه غذایی شیرخوار مطابقت

داشته باشد. درمحلّی که مراقبت از شیرخوار را به عهده گرفته اند باید اقداماتشان در جهت تداوم شیردهی مادر باشد. ولذا مطالبی که باید هنگام مصاحبه با مراقب مورد توجه قرار دهند در کادر 15-2 فهرست شده است.

تسهیلات لازم برای حمایت تغذیه از سینه مادر در محل کار. Box 15-1

• یک مکان خصوصی و تمیز برای دوشیدن (مثلاً دفتر، اتاق استراحت، سالن استراحت)، ترجیحاً با درب قابل قفل شدن و پریز برق. • شیردوش، که توسط محل کار تهیه شده یا توسط مادر آورده شده است. • سینک برای شستن دست قبل از دست زدن به تجهیزات پمپ یا شیر و برای شستشوی تجهیزات بعد از دوشیدن شیر. • یک یخچال نگهداری جدا از یخچالی که برای نگهداری مواد غذایی در محل استراحت مشترک استفاده می شود تا از دستکاری شیر جلوگیری شود. یا، به جای آن، یک خنک کننده با کیسه های یخ برای ذخیره شیر بلافاصله پس از دوشیدن و برای انتقال شیر به خانه یا مرکز مراقبت از کودک. • صندلی راحت برای شیر دهی یادوشیدن.

Box 15-2. Questions for Parents to Ask a Prospective Child Care Professional

سوالات والدین از مراقب کودکی که قرار است از کودک مراقبت کند 1

تجربه قبلی شما در مورد شیردهی مادر و استفاده از شیر دوشیده شده چیست؟ • آیا با فلسفه کلی و سبک تربیتی ما/من موافقت می کنید؟ • آیا یخچالی برای نگهداری شیر دوشیده شده دارید؟ • آیا از دستورالعمل های خاصی در مورد تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده مادر پیروی خواهید کرد؟ • آیا در صورت تأخیر از محل کار، حاضر خواهید بود برای آرام کردن شیرخوار تلاش کنید یا مدت کوتاهی منتظر بمانید تا فرزندم از سینه خود تغذیه کند؟ • آیا از نظر ما/من برای شروع و دادن غلات، غذای جامد و آبمیوه ها استفاده خواهید کرد؟

گزینه ها برای تداوم تغذیه از سینه مادر بعد از برگشت به کار یا امور تحصیلی

باید همه گزینه ها برای ادامه شیردهی قبل از شروع جدایی شیرخوار مادر در نظر گرفته شوند. در حالت ایده آل، قبل از تنظیم خانواده، مرخصی زایمان یا فرزندپروری باید مادر با مسئولین واحدمربوطه در مورد شیردهی و ادامه شیردادن از سینه یا دوشیدن شیر پس از بازگشت به کار یا تحصیل در میان بگذارد. همچنین ممکن است لازم باشد پزشک در مورد شیردهی یادوشیدن شیر به کارفرما یا مسئول تحصیلات نامه بنویسد.

راهنبردهای آمادگی برای بازگشت به کار یا تحصیل برای جدایی مادر شیرخوار در کادر 15-3 فهرست شده است.:

Box 15-3 استراتژی ها برای برگشت مادر به کار یا تحصیل

آمادگی قبل از روز جدایی

• تا حد امکان یک دوره مرخصی زایمان طولانی را ترتیب دهید. • قبل از روز بازگشت، ترجیحاً قبل از شروع مرخصی زایمان، با کارفرما یا مسئول تحصیلات هماهنگی های لازم را برای شیردهی انجام دهید. • استفاده از شیردوش را حداقل 2 هفته قبل از جدایی برنامه ریزی شده تمرین کنید. • دوشیدن شیر را زودتر شروع کنید تا امکان ذخیره شیر کافی فراهم شود. • قبل از جدایی روش های جایگزین برای تغذیه شیرخوار را در میان بگذارید. • انواع مختلف سرشیشه یا فنجان را آزمایش کنید تا موردی را که شیرخوار ترجیح می دهد پیدا کنید. • ترتیبی دهید که پدر، یا سایر اقوام یا دوستان در انجام کارهای خانه یا مراقبت از سایر کودکان کمک کنند تا این انتقال به آسانی صورت گیرد. • شیرخوار را برای دوره های کوتاهی قبل از اولین روز جدایی نزد مراقب خود بگذارید. • اجازه دهید مراقب قبل از شروع جدایی، دادن شیشه یا فنجان به کودک را تمرین کند.

آماده سازی در محل کار یا امور تحصیلی:

• از همکاران، سرپرستان، معلمان، مدیران، یا مشاوران راهنمایی که در حال شیردهی هستند یا در گذشته شیردهی داشته اند، راهنمایی بخواهید.

• در صورت امکان، برنامه بازگشت تدریجی به محل کار را ترتیب دهید که از نیم روز (پاره وقت) شروع شود. • اگر تمام وقت به سر کار برگشتید، از پنجشنبه یا جمعه شروع کنید تا مجبور نشوید یک دوره 5 روزه کامل در هفته اول برگشت در محل کار خود کار کنید. • درست قبل از ترک شیرخوار و به محض اینکه مادر و شیرخوار در پایان کار که دوباره به هم می رسند، از سینه شیر بدهید. • به شیرخوار اجازه دهید تا هر چندبار که می خواهد در عصر و تمام شب شیر بخورد تا جریان شیرتان برقرار بماند. شیرخوار در شب نزدیک خودتان بخوابد تا امکان تغذیه مکرر از سینه شما در شب میسر شود. تماس پوست به پوست را به حداکثر برسانید. • به یاد داشته باشید که شیردوش، کیت، بطری ها و سایر تجهیزات را از قبل تمیز و آماده داشته باشید. • یک خنک کننده یا خنک نگهدارنده با بسته های یخ برای نگهداری و حمل و نقل شیر دوشیده با خود بردارید

عکسی از شیرخوار (یا پتویی با بوی او یا یک فایل صوتی یا تصویری از صدا، و جیغ یا گریه او) برای تسهیل رفلکس جهش شیر برای زمان دوشیدن شیر به همراه داشته باشید. • لباس اضافه داشته باشید که در صورت نشت شیر یا ریختن آن در لباستان، آن را عوض کنید. • لباس 2 تکه که برای زنان شیرده طراحی شده بپوشید تا امکان دسترسی آسان به سینه ها برای شیردهی یا دوشیدن شیر داشته باشید.

مادرانی که دانشجو، رزیدنت فلویا همکار پزشکی هستند

به دلیل برنامه های سخت و فشار کاری در موقعیت های منحصر به فرد قرار می گیرند. و اغلب از حمایت کافی برای رسیدن به اهداف تغذیه از سینه خود برخوردار نیستند. گاهی شیردهی و فرزندپروری به اندازه کافی توسط برنامه های رزیدنتی پشتیبانی نمی شود. در یک نظرسنجی از مدیران برنامه رزیدنتی جراحی عمومی، تنها 58 درصد، وجود فضایی برای مادران شیرده برای دوشیدن شیر را گزارش کردند. علاوه بر این، 61 درصد از مدیران برنامه های جراحی عمومی گفتند که مادر شدن بر کار کارآموز زن تأثیر منفی می گذارد. دستیارانی که تجربیات موفقیت آمیزی در شیردهی به فرزندشان دارند، چه شخصاً یا از طریق حمایت از همسر، به احتمال زیاد در مورد شیردهی آگاه هستند و زمانی که پزشک شوند می توانند مدافعان قوی و الگوهایی برای همسالان و بیماران خود شوند. باید مدیران دانشکده های پزشکی و مدیران برنامه های آموزشی دستیاران و اساتید از تغذیه شیرخوار از سینه مادر در میان دانشجویان، دستیاران و اساتید حمایت و تشویق کنند. علاوه بر ارائه پشتیبانی معمول شیردهی در محل کار، امکانات آموزشی بالینی باید اطمینان حاصل کند که اتاق های شیردهی نزدیک به محل کار کارآموزان است و دارای یک ایستگاه کاری رایانه، یک تلفن داخلی، و در حالت ایده آل، یک پمپ درجه بیمارستانی برای بهبود راندمان کاری و راندمان دوشیدن برای این گروه که بفرزندشان شیر می دهند دارا باشند. تیم های پزشکی باید با یک کارآموز شیردهی کار کنند تا مراقب باشد که مادران شیرده حداقل هر 3 ساعت یکبار 20 تا 30 دقیقه بدوشند تا بتوانند تولید مناسب شیر را حفظ کنند. حمایت مناسب می تواند ارائه انعطاف پذیری در زمینه تکالیف کاری یا تطبیق برنامه ریزی پاره وقت برای یک دوره باشد. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد افزایش حمایت از شیردهی می تواند برای برنامه های رزیدنتی مقرون به صرفه باشد. در یک مطالعه آزمایشی، یک شیردوش با درجه بیمارستانی در فضای اختصاصی برای دستیاران کودکان شامل رایانه، تلفن و سیستم نوشتاری ارائه شد. دستیاران می توانستند مدارک بالینی را تکمیل کنند و در کنفرانس های آموزشی برنامه ریزی شده در حین پمپاژ شرکت کنند. رزیدنتها زمان پمپاژ و دوربودن از وظایف بالینی کمتری را گذراندند در حالی که افزایش

کلی در تولید شیر مادر داشتند که این کار با سرمایه گذاری اندک در برنامه دستیاری بوقوع پیوست. آکادمی پزشکان خانواده آمریکا سیاستی در مورد تغذیه با شیر مادر و شیردهی برای کارآموزان پزشکی منتشر کرده است که مدلی برای مؤلفه های کلیدی حمایت از شیردهی است.

[https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeedingaccommodations-\(trainees.html\)](https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeedingaccommodations-(trainees.html))

جدایی بدلیل بیماری نوزاد یا شیرخوار

زایمان زودرس یا بیماری نوزاد ممکن است مانع از هم اتاقی پیوسته مادر نوزاد در بیمارستان شود یا ممکنست مادر مرخص و هنوز نوزاد بستری باشد. استراتژی های ارتقا دهنده تداوم پیوند عاطفی مادر نوزاد و تحریک تولید شیر شامل تماس پوست به پوست و امکاناتی است که به مادر اجازه می دهد تا شبها را در کنار نوزاد بگذراند و زمان باهم بودنشان حداکثر باشد. این برنامه های "حضور مادر در بیمارستان" به نوزاد اجازه می دهد که به طور مداوم یا متناوب با مادر هم اتاق بماند. بسیاری از NICU های جدیدتر اتاق های جداگانه برای بیمار و محل های خواب برای والدین دارند. باید مادران نوزادانی که در بیمارستان بستری هستند به متخصصان شیردهی بیمارستان دسترسی داشته باشند. در صورت نیاز به جداسازی فیزیکی مادر و نوزاد، باید یک شیردوش بیمارستانی برای پمپاژ دوقلو و کیت مربوطه به مادر ارائه شود و در جمع آوری و نگهداری شیر پمپاژ شده به او کمک شود. استراتژی های کمک به تغذیه از سینه مادر در هنگام بیماری نوزاد در فصل 12، و تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص در فصل 13. و، فناوری حمایت از شیردهی در فصل 14 بیان شده است.

جدایی به دلیل بیماری مادر یا جراحی

بیماری حاد جزئی مادر:

برای بیماری حاد جزئی مادر، از جمله تب، نباید شیردهی قطع شود. در زمان بروز علائم مادری، شیرخوار قبلاً در معرض عامل عفونی قرار گرفته است. تداوم شیردهی می تواند برای شیرخوار محافظت کننده باشد (فصل 9 و 10).

جراحی انتخابی برنامه ریزی شده:

اگر نمی‌توان آن را به تعویق انداخت، باید مادر با جراح و متخصص بیهوشی برای انتخاب مناسب ترین داروها برای بیهوشی، کنترل درد و سایر درمان‌ها گفتگو کند (فصل 7؛ فصل 9، و 10 و فصل 16). هر زمان که ممکن است باید هم اتاقی برای ادامه شیردهی یا آوردن شیرخوار در فواصل منظم برای تغذیه از سینه مادر در نظر گرفته شود. باید ترتیبی داده شود که خانواده یا دوستان در طول چنین ملاقات‌هایی در مراقبت از شیرخوار کمک کنند. در برخی بیمارستان‌ها، شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می‌شوند همراه با مادرشان در واحدهای بعد از عمل نگهداری می‌شوند. در صورت وجود وقفه طولانی‌تر از حد انتظار در شیردهی، باید قبل از شروع عمل، شیر برای نگهداری دوشیده شود. در صورت وضعیت جدی‌تر مادر یا عمل جراحی اورژانس باید شیردوش برقی به مادر داده شود و در جمع‌آوری و نگهداری شیر مادر کمک شود. این امر حتی برای مادران تحت مراقبت‌های ویژه نیز باید رخ دهد، در این صورت باید از پرستاران و/یا متخصصان شیردهی کمک گرفت.

Milk Expression دوشیدن شیر

در طول دوره جدایی، باید به طور منظم شیردوشی ادامه یابد تا میزان شیر حفظ شود و از احتقان سینه جلوگیری شود.

جداسازی غیرمنتظره:

باید دفعات دوشیدن شیر تقریباً با دفعات شیردهی (تقریباً هر 2 تا 3 ساعت برای نوزاد و هر 3 تا 4 ساعت برای شیرخوار بزرگتر) در نظر گرفته شود تا داشتن شیر کافی محفوظ بماند.

جدایی پیش‌بینی شده :

در شرایطی که جراحی انتخابی یا بازگشت به کار یا تحصیل وجود دارد، باید قبل از غیبت مورد انتظار دوشیدن شیر انجام و برای استفاده بعدی ذخیره شود. حجم شیر را می‌توان با افزایش دفعات دوشیدن شیر 1 تا 2 هفته قبل از تاریخ بازگشت پیش‌بینی شده افزایش داد.

شیر دادن با شیشه شیر:

اگر مادر می‌خواهد که نوزادش تغذیه بابطری را بیاموزد، باید به تدریج و چند هفته قبل از شروع شیشه این کار را شروع کند. اگر بطری بوسیله فرد دیگر بجز مادر ارائه شود بهتر می‌پذیرد. شیرخواری که با شیر

مادر تغذیه می‌شود، معمولاً شیر دوشیده شده انسان را از شیشه شیر بهتر از شیر خشک می‌پذیرد. اگر بطری در اولین تلاش پذیرفته نشد، ممکن است نیاز به ارائه مجدد تقریباً هر روز یک یا دوبار داشته باشد. امتحان نوع، اندازه یا شکل دیگری از سرشیشه ممکن است مفید باشد. اگر کودک از گول زنک استفاده می‌کند، سرشیشه از نظر اندازه و شکل مشابه آن باشد ممکن است مفید باشد. تلاش برای تغذیه با شیشه در زمانی که شیرخوار گرسنه است اما گریه ساکت نشدنی ندارد، شانس پذیرش شیشه شیر را افزایش می‌دهد. برای شیرخواران مسن‌تر که همچنان از پذیرش بطری اجتناب می‌کنند، می‌توان از یک فنجان برای دادن شیر مادر استفاده کرد. افرادی که از شیشه شیر برای تغذیه شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می‌کنند استفاده می‌کنند، باید در مورد تغذیه مبتنی بر نشانه گرسنگی، با حجم مناسب شیر و شیردهی با بطری که هماهنگ با مکیدنش باشد، مشاوره شوند تا انتقال آسان‌تر بین تغذیه بابتی و شیردهی برای شیرخوار و مادر فراهم شود.

حمایت های قانونی برای مادران شیرده شاغل :

حمایت های قانونی برای مادران شیردهی که به سر کار باز می‌گردند بسیار متفاوت است و به کارفرما و کارمند بستگی دارد. قوانین فدرال و ایالتی برای کنترل الزامات محل کار وجود دارد. شایان ذکر است، قانون فدرال از قانون ایالتی که حمایت بیشتری از مادران شیرده به عمل می‌آورد جلوگیری نمی‌کند. کارکنان ساعتی (روزمزد؟؟؟) تحت قانون استانداردهای کار منصفانه (FLSA) از حمایت های فدرال خاصی برخوردار هستند که به کارمندان حقوق بگیر تعمیم داده نمی‌شود. به طور خاص، بخش 4207 قانون محافظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (PPACA) در سال 2010، FLSA سال 1938 را اصلاح کرد و در حال حاضر مقررات محل کار را به کارکنان ساعتی ارائه می‌دهد. به کارمند باید (الف) زمان استراحت معقولی برای دوشیدن شیر برای فرزندش به مدت 1 سال پس از تولد کودک و (ب) مکانی غیر از حمام برای دوشیدن که خصوصی باشد و کارکنان و مردم نتوانند به آن دسترسی داشته باشند. راهنمایی بیشتر در مورد این قانون توسط وزارت کار ایالات متحده در "زمان استراحت برای مادران شیرده" تحت FLSA ارائه شده است. همه کارفرمایان تحت پوشش FLSA ملزم به رعایت این ماده هستند. با این حال، کارفرمایان با کمتر از 50 کارمند ممکن است درخواست معافیت از زمان استراحت FLSA کنند، (در صورتی که کارفرما بتواند نشان دهد که پیروی از این ماده، مولد مشکلات عدیده است). این که آیا انطباق یک مشکل ناروا خواهد بود یا خیر، با بررسی دشواری یا هزینه انطباق برای یک کارفرمای خاص در مقایسه با اندازه، منابع مالی، ماهیت یا ساختار کسب و کار کارفرما تعیین می‌شود. حمایت های قانونی برای

مادران شیرده که کارمندان حقوق بگیر هستند بر اساس ایالت، متفاوت است. بیست و نه ایالت، علاوه بر ناحیه کلمبیا و پورتوریکو در زمان انتشار، از حمایت های ویژه ایالتی برای شیردهی برخوردار هستند.

. بسیاری از این قوانین در سطح ایالت حمایت از مادران شیرده را در محل کار گسترش می دهند. به دلیل تغییرات مکرر در قوانین ایالتی، از خوانندگان خواسته می شود برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ایالت خود از وب سایت کنفرانس ملی قانونگذاران ایالتی در مورد قوانین ایالتی شیردهی بازدید کنند (www.ncsl.org/research/health/breastfeeding-statelaws.aspx).

چندین شهر بزرگ ایالات متحده نیز در حال تصویب قوانینی برای حمایت از حق دوشیدن شیر مادر در محل کار هستند. برای مثال، فیلادلفیا، PA، کسب و کارها را ملزم می کند، صرف نظر از درآمد و اندازه سالانه، به همه کارکنان، اعم از دریافت حقوق ساعتی یا حقوق، تسهیلات معقول و زمان استراحت برای شیردهی یا دوشیدن شیر مادر در محل کار ارائه دهند. مشاغلی که رعایت نکنند مشمول جریمه می شوند. در سال 2019، قانون انصاف برای مادران شیرده به تصویب رسید که بر اساس آن ساختمان های عمومی خاص مانند دانشگاه های فدرال، ساختمان های اداری و اسمیتسونیان باید یک اتاق شیردهی بهداشتی را برای کارکنان و بازدیدکنندگان فراهم کنند. این قانون به بازدیدکنندگان، مدافعان و مادران شیردهی که شغل آنها مستلزم سفرهای مکرر در طول روز است (مثلاً افسران پلیس، رانندگان اتوبوس) با فراهم کردن دسترسی به یک فضای خصوصی شیردهی برای دوشیدن شیر مادر کمک خواهد کرد.

PPACA پوشش بیمه خدمات و تجهیزات حمایت از شیردهی، از جمله شیردوش را بدون اشتراک هزینه برای سیاست های بیمه درمانی جدید الزامی می کند. با این حال، این تغییر به طور کلی برای زنان بیمه شده از طریق برنامه سنتی Medicaid اعمال نمی شود. برنامه های دولتی Medicaid ممکن است شیردوش را پوشش دهد. به گفته سرویس درآمد داخلی، شیردوش و سایر لوازم مورد استفاده برای کمک به شیردهی، هزینه های پزشکی قابل کسر هستند یا می توانند از طریق حساب های هزینه انعطاف پذیر یا حساب های پس انداز بهداشتی بازپرداخت شوند. از زمان تصویب قوانین و سیاست های PPACA، ایالات متحده شاهد افزایش در مادرانی است که در زمان ترخیص از بیمارستان شیر می دهند، نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه پس از تولد در نوزادان و مدت زمان کلی شیردهی افزایش یافته است. با این حال، تنها 40 درصد از کارمندان شیرده گزارش کردند که 3 سال پس از تصویب PPACA، هم به یک مکان خصوصی برای دوشیدن شیر و هم به زمان استراحت کافی دسترسی دارند. تفاوت های قابل توجهی در حمایت از شیردهی در محل کار وجود دارد. زنانی که در نقش های مدیریتی یا حرفه ای کار می کنند، بیشترین احتمال

دریافت حمایت از شیردهی را در محل کار دارند، در حالی که زنانی که در صنایع خدماتی، تولیدی و حمل‌ونقل کار می‌کنند سطوح پایین‌تری از حمایت شیردهی در محل کار دریافت می‌کنند. اگر مادر شیردهی در محل کار، امکاناتی را که حق دوشیدن شیر را دارد دریافت نمی‌کند، می‌تواند با وزارت کار ایالات متحده یا کمیته تغذیه با شیر مادر ایالات متحده، یا ائتلاف شیردهی ایالتی یا محلی او برای حمایت بیشتر و کمک حمایتی تماس بگیرد.

Advocacy for Breastfeeding: دفاع و حمایت برای تغذیه از سینه مادر

برای تغذیه از سینه مادر دفاع و حمایت مستمر در محل کار مورد نیاز است.

ارائه نوشتجات و مطبوعات :

نوشتجات و مطالبی که مزایای شیردهی را ارائه می‌دهد و صرفه جویی در هزینه شیردهی را برای کارفرما نشان می‌دهد ممکن است مفید باشد. ممکن است لازم باشد پرسنل بهداشت درمان برای حمایت از مادر و شیرخوار و نیاز به ادامه شیردهی نامه بنویسند یا با کارفرمایان یا مدیران مدارس و تحصیلات تماس بگیرند. دفتر سلامت زنان ایالات متحده یک وب سایت جامع دارد که نحوه حمایت از زنان شیرده را در محل کار نشان می‌دهد، از جمله ویدئوهایی از استراتژی های حمایتی موفق برای زنان شاغل در محیط های مختلف محل کار، مانند آموزش، تحصیلات، مراقبین های بهداشتی، رستوران ها و خرده فروشی. وب سایت [Pregnantscholar \(thepregnantscholar.org\)](http://thepregnantscholar.org) و مرکز قانون زندگی کاری worklifelaw.org اطلاعاتی را در مورد تطابق محل کار و تحصیل، از جمله قوانین ایالتی و نمونه نامه ها برای متخصصان مراقبت های بهداشتی برای دادن به بیماران شیرده ارائه می دهند. نقش حرفه ای متخصصان مراقبت های بهداشتی باید در سطوح فدرال، ایالتی و محلی از گسترش پوشش شیردهی در محل کار برای همه زنان، صرف نظر از زمینه شغلی، وضعیت، و نوع کارفرما حمایت کنند. متخصصان مراقبت های بهداشتی باید به حمایت از پوشش خدمات و تجهیزات حمایت از شیردهی بدون تقسیم هزینه توسط همه انواع بیمه، از جمله Medicaid ادامه دهند. در نهایت، متخصصان مراقبت های بهداشتی باید از یادکردن مرخصی با حقوق خانواده در سطوح ایالتی و فدرال حمایت کنند. چندین ایالت، از جمله کالیفرنیا، نیوجرسی، نیویورک و رود آیلند، قوانینی را برای مرخصی با حقوق خانواده در سطح ایالت تصویب کرده اند. زنانی که قبل از 6 هفته پس از زایمان به سر کار باز می گردند، 3 برابر بیشتر از زنانی که مرخصی زایمان طولانی تری دریافت می کنند، شیردهی را زودتر قطع می کنند.

The Business Case for Breastfeeding امور تجاری و بازرگانی برای شیردهی :

هفتاد و چهار درصد از زنان سنین باروری در ایالات متحده جزو نیروی کار هستند و آمادگی کسب و کارها برای حمایت از مادران شیرده ضروری است. به ازای هر 1 دلاری که شرکت ها برای حمایت از شیردهی سرمایه گذاری می کنند، تقریباً 3 دلار پس انداز می کنند. اداره خدمات و منابع بهداشتی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر سلامت مادر و کودک، و دفتر سلامت زنان، راهنمایی و ابزارهایی را برای پرسنل منابع انسانی، صاحبان مشاغل، مدیران و کارمندان تهیه کرده تا بتوانند به کارکنان شیرده و کارفرمایان آنها کمک کنند. این اسناد صرفه جویی در کسب و کار را از نظر کاهش غیبت کارکنان، هزینه های مراقبت های بهداشتی کمتر، میزان کمتر تعویض پرسنل، و بهره وری بالاتر در صورت حمایت از زنان شاغل در شیردهی نشان می دهد. برنامه Business Case for Breastfeeding متخصصان مراقبت های بهداشتی را در زمینه پشتیبانی در محل کار آموزش داده، کمک های فنی و ابزارهایی را برای توسعه برنامه های شیردهی در محل کار به مشاغل ارائه می دهد.

فصل 16 داروها و شیردهی

استفاده از دارو توسط مادر شیرده همچنان دلیلی برای قطع بی مورد شیردهی است. اغلب، به این دلیل رخ می دهد که مادر توصیه های گمراه کننده یا گیج کننده در مورد بی خطر بودن دارو برای نوزاد یا شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می کند، دریافت می کند. حتی ابهام یک متخصص در مورد ایمنی یک دارو اغلب توسط مادر به عنوان نایمن بودن دارو برای شیرخوارش تفسیر می شود. هدف از درمان موفق مادر در دوران شیردهی، ارائه داروهای لازم به مادر شیرده است، به حداقل رساندن مقدار دارو که از طریق شیر به نوزاد، شیرخوار یا کودک منتقل می شود تا از عوارض جانبی در شیرخوار یا کودک نوپا جلوگیری شود و از کاهش شیر مادر جلوگیری کند. تصمیم گیری در مورد انتخاب یک درمان خاص برای یک مادر شیرده باید بر اساس وضعیت مادر، میزان تحمل او در برابر خطر، و سن و شرایط شیرخوار باشد. اگرچه اطلاعات در مورد داروهای خاص اغلب محدود و دارای کیفیت مشکوک است، اکثر داروهای مادری خطر جدی برای شیرخواری که از سینه مادرشیرمی خورد ایجاد نمی کنند. ایجاد اطمینان به مادر می تواند نگرانی های او را برطرف کند و به او کمک کند تا در حین مصرف داروهای مورد نیاز به شیردهی ادامه دهد.

ورود دارو به شیر:

در طول بارداری، عبور مستقیم از جفت ممکن است منجر به غلظت سرمی مشابه دارو در جنین و مادر شود. با این حال، در یک زن شیرده، مراحل عبور دارو به شیر انسان و سپس جذب آن از طریق دستگاه گوارش (GI) شیرخوار و متابولیسم احتمالی معمولاً منجر به سطح سرمی نوزاد یا شیرخوار در حد بسیار کمتر از مقدار مادری می شود. غیرالکترولیت های کوچک محلول در آب (به عنوان مثال، الکل، اوره) از طریق انتشار ساده از طریق فضاهای بین سلول ها (منافذ) در اپیتلیوم پستان به شیر انسان وارد و از آن خارج می شوند. تعادل بین پلاسمای مادر و شیر انسان سریع است و سطح این داروها در شیر انسان همیشه به سطح پلاسمای مادر نزدیک می شود. با این حال، داروهای کمی از این طریق وارد شیر می شوند. برای مولکول های بزرگتر، فقط اشکال غیر یونیزه آزاد از اپیتلیوم پستان از طریق انتشار غیرفعال که توسط گرادیان غلظت بین پلاسمای مادر و شیر انسان هدایت می شود، عبور می کنند. از آنجا که این یک فرآیند غیرفعال برای اکثر داروها است، آنها می توانند در هر دو جهت در سراسر اپیتلیوم منتشر شوند.

از آنجایی که غلظت دارو در خون مادر به دلیل متابولیسم و دفع مادر کمتر از غلظت شیر می شود، دارو می تواند از شیر به پلاسمای مادر برگردد. برخی از عوامل فیزیکی و شیمیایی داروها مانند وزن مولکولی

کم، اتصال کم پروتئین، بازهای ضعیف و حلالیت در چربی بالا باعث عبور بیشتر دارو به شیر مادر می شود. با این حال، هیچ یک از این عوامل را همیشه نمی توان به صورت مجزا برای پیش بینی عبور دارو به کار برد، زیرا آنها با یکدیگر تعامل دارند. به عنوان مثال، حلالیت چربی بالاتر همچنین منجر به اتصال بیشتر پروتئین پلاسما در بین بتابلوکرها می شود، بنابراین بتابلوکرهای محلول در آب نسبت به بتابلوکرهای محلول در چربی به غلظت بیشتری در شیر انسان می رسند. اتصال زیاد به پروتئین (بیش از 85٪) و وزن مولکولی بالا (بیشتر از 800 Da) پیش بینی کننده های نسبتاً قابل اعتمادی برای عبور ضعیف به شیر انسان هستند، اما برخی از مولکول های بزرگ که مشابه مواد درون زرا هستند که معمولاً در شیر انسان یافت می شوند (به عنوان مثال، انسولین های مصنوعی و اینترفرون ها) در شیر مادرانی که آنها را دریافت می کنند یا احتمالاً انتقال می دهند، یافت شده است. بعضی مولکول های کوچک (مانند آسیکلوویر، سایمتیدین، نیتروفورانتوئین) به طور فعال به شیر منتقل می شوند. مطالعات فارماکوکینتیک روش بهینه برای تعیین میزان عبور دارو به شیر انسان است. با این حال، روش های شبیه سازی رایانه ای جدید جایگزین های امیدوارکننده ای برای مطالعات روی مادران شیرده و شیرخواران هستند.

نسبت غلظت یک دارو در شیر و پلاسما (شیر به پلاسما، یا نسبت M:P) می تواند به عنوان معیاری برای عبور دارو به شیر انسان استفاده شود. با این حال، نسبت M:P دارای کاستی هایی است که آن را به عنوان معیاری برای ایمنی دارو بی معنی می کند. روش ایده آل برای ارزیابی ایمنی دارو در دوران شیردهی، مقایسه دوز دریافتی نوزاد یا شیرخوار در شیر با دوز شناخته شده نوزاد یا شیرخوار است. اما از آنجایی که بسیاری از داروهای بزرگسال هیچ دوز مشخصی برای نوزادان یا شیرخواران ندارند، روش ارزیابی متفاوتی مورد نیاز است. روش پذیرفته شده در حال حاضر، درصد تنظیم شده با وزن دوز مادر یا دوز نسبی شیرخوار (RID) است که به شرح زیر تعریف می شود: $RID =$

دوز روزانه شیرخوار در شیر مادر (میلی گرم / کیلوگرم وزن شیرخوار) دوز روزانه مادر (میلی گرم / کیلوگرم وزن مادر) $\times 100$

RID با توجه به ایمنی استفاده از دارو در دوران شیردهی ارزش بیشتری نسبت به نسبت M:P دارد و در مطالعات فارماکوکینتیک به خوبی طراحی شده و در LactMed، Mother's & Hale's Medications، Milk، و برخی پایگاه های داده دارویی دیگر گزارش شده است. به طور کلی، RID کمتر از 10٪ از دوز مادر معمولاً برای شیردهی قابل قبول در نظر گرفته می شود و RID بالاتر از 25 درصد غیرقابل قبول در نظر گرفته می شود. اگر RID در محدوده 10٪ تا 25٪ قرار گیرد، "احتیاط" وجود دارد. حدود 90

درصد از داروها به زیر سطح 10 درصد می‌رسد و تنها حدود 3 درصد از داروها در دوزهای بالاتر از 25 درصد به شیرخوار منتقل می‌شود. اگرچه این سیستم برای اکثر داروها به خوبی کار می‌کند، می‌توان چند استثنا را برای داروهایی با نیمه عمر طولانی (مثلاً دیازپام، فلوکستین) که می‌تواند در شیرخوار انباشته شود، قائل شد. برعکس، چند دارو با RID بالا (مثلاً لاموتریژین) اطلاعات ایمنی نسبتاً مطمئنی دارند. علاوه بر این، باید توجه ویژه‌ای به داروهای بالقوه سمی با RID کم (به عنوان مثال، شیمی درمانی سرطان، برخی از رادیوداروها) و در برخی موارد برای شیرخوارانی که استعداد ژنتیکی غیرعادی دارند، اعمال شود.

Clinical Factors فاکتورهای بالینی

سن نوزاد یا شیرخوار عامل بسیار مهمی در تعیین ایمنی درمان دارویی مادر است. بیشتر عوارض جانبی داروها در شیر انسان در 2 ماه اول پس از زایمان، عمدتاً در ماه اول رخ می‌دهد. این افزایش حساسیت احتمالاً به متابولیسم و دفع کندتر نوزادان و همچنین عواملی مانند حساسیت گلبول‌های قرمز به همولیز، اتصال کمتر پروتئین و سد خونی مغزی نسبتاً نفوذپذیر مربوط می‌شود. داروهای مصرف شده توسط مادر در دوران بارداری می‌تواند منجر به قرار گرفتن جنین در معرض دارو و متاثر شدن نوزاد تازه متولد شده شود. داروهای طولانی اثر می‌توانند پس از تولد در گردش خون نوزاد باقی بمانند و عوارض جانبی ایجاد کنند. نوزادان مادرانی که در دوران بارداری از داروهای خاصی استفاده کرده‌اند، با کاهش سطح سرمی نوزادان، ممکن است ترک دارو (سندرم ترک نوزادی [NAS]) را تجربه کنند. علائم ترک نوزادی که در دوران شیردهی ادامه می‌یابد، ناشی از عبور کم دارو به شیر انسان است. با این حال، ممکن است مقدار کافی دارو به شیر انسان وارد شود که تا حدی علائم ترک مصرف برخی داروها (مانند داروهای ضد تشنج، ضد افسردگی، متادون) را کاهش دهد.

خطرات استفاده از دارو در دوران بارداری ارتباط چندانی با ایمنی دارو در دوران شیردهی ندارد زیرا قرار گرفتن جنین در دوران بارداری معمولاً بسیار بیشتر، اغلب 10 برابر یا بیشتر از طریق شیر مادر پس از تولد است. این واقعیت گاهی اوقات توسط پزشکانی که به اشتباه هشدارهای بارداری یا سازمان (FDA) دسته بندی‌های بارداری (A، B، C، D، X) را برای شیردهی اعمال می‌کنند، در نظر نمی‌گیرند. (این دسته‌بندی‌ها تا 30 ژوئن 2020 از برچسب گذاری بسته بندی اکثر داروهای تجویزی حذف خواهند شد.) مادری که نگران قرار گرفتن نوزاد خود در معرض دارویی است که در دوران بارداری مصرف می‌کرد،

می‌تواند بداند قرار گرفتن نوزادش در معرض این دارو در دوران شیردهی به میزان قابل توجهی کمتر از مواجهه با جنین در دوران بارداری است

Adverse Reactions واکنش های جانبی نامطلوب

اگرچه مطالعات آینده نگر دقیقی انجام نشده است، به نظر می‌رسد واکنش‌های جانبی جدی و فوری در نوزادان و شیرخواران ناشی از داروهای موجود در شیر مادرشان غیرمعمول باشد. مطالعه ای بر روی 838 شیرخواری که مادرانشان با خدمات مشاوره کانادایی در مورد مصرف دارو در دوران شیردهی مشورت کردند، هیچ واکنش نامطلوبی که نیاز به مداخله پزشکی داشته باشد، گزارش نکرد. فقط مادران حدود 11 درصد از شیرخواران واکنش های جزئی از جمله اسهال، بدخلقی و سدیشن در شیرخوار گزارش کرده بودند. دو گروه از محققین که به طور گسترده گزارش های مورد منتشر شده و یک مطالعه فارماکوژیلانس را در فرانسه بررسی و ارزیابی کردند، به نتایج مشابهی در مورد ماهیت عوارض جانبی در نوزادان و شیرخواران رسیدند. یافته های کلی این است که حدود دو سوم عوارض جانبی در نوزادان در ماه اول پس از زایمان رخ می دهد و 10 تا 15 درصد دیگر از عوارض جانبی در ماه دوم تولد رخ می دهد. متأسفانه، تعداد نوزادان و شیرخوارانی که از طریق شیر انسان در معرض هر دارو قرار می‌گیرند، در دسترس نیست، و گزارش‌های خود به خودی به طور **notoriously hit-and-miss** اتفاق می‌افتد، بنابراین میزان واقعی عوارض ناشناخته است. با این حال، داده‌های مرکز سموم ایالات متحده، این حس را ارائه می‌کند که عوارض جانبی جدی غیرمعمول است. از 2319 تماس در مورد نوزادان و شیرخواران در طول شیردهی از سال 2001 تا 2017 در معرض یک دارو قرار گرفتند، تنها 8 مورد به عنوان عوارض جانبی عمده و 43 مورد به عنوان عوارض جانبی متوسط طبقه بندی شدند.

تنها 2 مرگ مستند و 5 مرگ با علتی که درست معلوم نبود از داروها در شیر مادر گزارش شده است. از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که 5 مورد از این گزارش‌ها مربوط به مواد افیونی و 2 مورد دیگر مربوط به سایر مسرکوب کننده های سیستم عصبی مرکزی (CNS) است. به طور مشابه، از 8 عارضه نامطلوب عمده گزارش شده توسط مراکز مسمومیتها، 7 مورد مواد افیونی و 4 مورد مربوط به بنزودیازپین ها بود. همه این یافته ها با مستعد بودن CNS نوزادان به داروهای سرکوبگر و تضعف CNS سازگار است. تعداد بسیار کمی از داروها برای اثرات طولانی مدت آنها بر نوزادان و شیرخوارانی که در معرض مواد مخدر در شیر انسان قرار دارند، مورد مطالعه قرار گرفته اند. علاوه بر این، داروهایی که برای بیماری‌های مزمن استفاده می‌شوند، اغلب در طول بارداری و شیردهی استفاده می‌شوند، که جداسازی اثرات قرار گرفتن در

معرض داخل رحمی از قرار گرفتن در معرض شیر انسان را دشوار می‌کند. چند کلاس دارویی با داده های نسبتاً طولانی مدت شامل برخی از داروهای ضد افسردگی و ضد بارداری های هورمونی موجود است. در این موارد، "بلند مدت" بمعنی حدود 1 سال است. برخی از شیرخوارانی که در معرض برخی از داروهای ضد صرع رایج در شیر انسان قرار گرفته اند تا 6 سال تحت نظر بوده اند.

داروها و مراحل شیردهی

شیردهی اغلب به عنوان یک حالت فیزیولوژیکی منفرد یا یک وضعیت "بله یا خیر" در نظر گرفته می شود که یک دارو "ایمن" یا "ناامن" است. در واقع ایمنی دارو در دوران شیردهی مراحل مختلفی را طی می کند. در نظر گرفتن این موارد می تواند به ارزیابی ایمنی یک داروی خاص در یک مادر شیرده کمک کند. بلافاصله پس از تولد، و طی 48 تا 72 ساعت اول، حجم کمی آغوز تولید می شود. در طول فاز آغوز، مولکول های بزرگ مانند پروتئین ها و آنتی بادی های مونوکلونال می توانند به راحتی از سرم مادر وارد شیر مادر شوند، زیرا اتصالات محکم بین سلول های اپیتلیال پستان نسبتاً باز است. اگرچه مقدار روزانه 150 میلی لیتر شیر به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد معمولاً برای تخمین شیر مصرفی نوزادی که فقط با شیر مادر تغذیه می شود استفاده می شود، این مقدار در روز اول پس از زایمان کمتر از 20 میلی لیتر/کیلوگرم در روز است. بنابراین، دوز دارویی که نوزاد در آغوز دریافت می کند کم است و داروهای پرخطر مانند اپیوئیدها پس از زایمان ممکن است بر نوزاد تازه متولد شده تأثیر نگذارند. با این حال، در این مدت، تولیدشیر مادر کاملاً مستعد مختل شدن است و متابولیسم نوزاد و دفع داروها بسیار محدود است.

پس از لاکتوژنز 2 در روز 3 تا 5 پس از تولد، زنان می توانند روزانه 500 تا 750 میلی لیتر شیر تولید کنند و در روز چهاردهم پس از زایمان، می توانند 700 تا 1000 میلی لیتر در روز شیر تولید کنند. در نتیجه، دوز دارویی که نوزاد دریافت می کند، متناسب با افزایش حجم شیر افزایش می یابد و همان دوز دارویی مادر تأثیر بسیار بیشتری روی نوزاد خواهد داشت. از آنجایی که نوزادان اغلب هر 2 تا 3 ساعت در شبانه روز شیر می خورند، تلاش برای کاهش قرار گرفتن در معرض دارو با زمان بندی دوز دارو با توجه به شیرخوردنش امکان پذیر نیست. همچنین، در اولین ماه پس از زایمان، تداخل داروها با شیردهی، یا توصیه های نامناسب مراقبین بهداشتی در مورد خطرات داروها برای نوزاد، می تواند تأثیر عمیقی بر تولید شیر و موفقیت در شیردهی داشته باشد. علاوه بر این، از آنجایی که نوزادان در این مرحله هنوز داروها را به خوبی دفع نمی کنند، انتخاب دقیق داروهای مادر در این دوران حیاتی است. داروهایی که پس از یک نوبت بر روی نوزاد تأثیر نمی گذارند، ممکن است با مصرف منظم، تجمع کرده و عوارض جانبی ایجاد کنند. در

4 تا 6 هفته پس از زایمان، دفع دارو در شیرخواران افزایش می‌یابد و شیردهی معمولاً به خوبی تثبیت شده و انعطاف پذیرتر است. خطرات داروهای مادر برای شیرخوار و برای شیردهی پس از این مدت تا حدودی کمتر می‌شود و با ادامه بهبود متابولیسم و دفع شیرخوار، کاهش می‌یابد. هنگامی که شیرخوار شروع به مصرف نسبتی از مواد غذایی به عنوان غذای جامد یا شیر خشک می‌کند، دوز هر دارویی از طریق شیر انسان به نسبت کاهش می‌یابد و واکنش‌های نامطلوب پس از این مرحله نادر است.

منابع اطلاعاتی

منابع آنلاین با کیفیت بالا در مورد استفاده از دارو در دوران شیردهی در دسترس است. MotherToBaby (626-6847/866؛ <https://mothertobaby.org>) یک شبکه سراسری از خدمات اطلاعاتی رایگان است که اطلاعات و مشاوره را به مادران و متخصصان بهداشتی درمانی در مورد استفاده از دارو در شیردهی و بارداری ارائه می‌دهد. مرکز InfantRisk (www.infantrisk.com) نیز منبع اطلاعات قابل اعتماد است، البته با هزینه. The Physicians' Desk Reference و ضمایم لزوماً حاوی تمام اطلاعات موجود در مورد ایمن بودن در معرض دارو به نوزاد یا شیرخوار از طریق شیر انسان نیست، و این منبع تمایل دارد که شیردهی را در طول مصرف دارو بیشتر از حد مجاز منع کند. متأسفانه، این هشدارها اغلب در پایگاه‌های اطلاعاتی دارویی رایج تکرار می‌شوند. قانون برچسب زدن بارداری و شیردهی FDA ایجاب می‌کند که برای اشاره به مزایای شیردهی، زبان اضافه شود، اگرچه این قانون در مورد داروهای قدیمی و محصولات بدون نسخه صدق نمی‌کند. بیانیه سیاست، "انتقال داروها و درمان‌ها به شیر مادر، انسان" از کمیته داروها آکادمی اطفال آمریکا (AAP) که خوانندگان را به LactMed به عنوان منبع اطلاعاتی قابل اعتمادتر ارجاع می‌دهد، به عنوان ضمیمه این نشریه گنجانده شده است (ضمیمه G).

طبقه بندی داروها

معمولاً در مورد شیردهی گروه‌هایی دارویی زیر مورد توجه خاص قرار می‌گیرند، زیرا معمولاً مورد استفاده قرار می‌گیرند یا نگرانی‌های مربوط به سمیتشان وجود دارد.

مواد مخدر اجتماعی و تفریحی:

سیگار کشیدن و سیگار الکترونیک Vaping:

نوزادان و شیرخواران در معرض نیکوتین و سایر ترکیبات از جمله فلزات سنگین، سیانید، تیوسیانات و مونوکسید کربن ناشی از سیگار کشیدن - هم مستقیماً از طریق شیر مادر و هم به طور غیرمستقیم از طریق دود سیگار قرار می‌گیرند. استفاده از سیگارهای الکترونیکی Vaping مشکلات مشابهی را با نیکوتین ایجاد می‌کند، اما ممکن است خطرات مختلفی را در مورد مواد کمکی مختلف در این محصولات داشته باشد که درست مطالعه نشده است. مادران شیرده سیگاری و مادران غیرسیگاری که به طور مرتب در معرض دود سیگار هستند، شیری با محتوای چربی کمتری دارند، و نیز از شیرمصنوعی بیشتر استفاده می‌کنند و شیرخوار خود را زودتر از غیرسیگاری‌ها از شیر می‌گیرند. سیگار کشیدن خطر ابتلا به سندرم مرگ ناگهانی را افزایش می‌دهد و ظرفیت آنتی‌اکسیدانی شیر را کاهش می‌دهد. اگر یک مادر شیرده سیگار می‌کشد، ممکن است منجر به تغییرات رفتاری در نوزاد یا شیرخوار شود. علاوه بر این، به نظر می‌رسد شیرخوارانی که در معرض دود سیگار هستند و تغذیه انحصاری از سینه مادر ندارند، در اواخر دوران کودکی مستعد افزایش چاقی هستند. اطلاعات کافی در مورد اثرات مصرف نیکوتین یا سیگار الکترونیکی بر روی شیردهی یا شیرخوار در دسترس نیست. علی‌رغم این نگرانی‌ها، مادرانی که سیگار می‌کشند باید به شیر دادن تشویق شوند زیرا ویژگی‌های محافظتی شیر انسان در برابر بیماری‌های تنفسی که در نوزادان و شیرخوارانی که در خانه با افراد سیگاری زندگی می‌کنند شایع تر است و به دلیل اینکه فواید بی‌شمار دیگری برای شیرخواران دارد. بارداری و شیردهی زمان مناسبی برای مشاوره مادر در مورد سیگار کشیدن و ترک سیگار الکترونیکی برای محافظت از سلامت کودک و همچنین سلامت خود مادر است. باید به مادران شیرده توصیه شود که سیگار کشیدن یا استعمال دخانیات را تا حد ممکن قطع کنند یا محدود کنند، قبل از سیگار کشیدن به جای بعد از کشیدن سیگار، شیر بدهند، و هرگز در خانه، ماشین یا در نزدیکی کودک خود هیچ نوع سیگاری نکشند. برخی از پزشکان همچنین تعویض لباس راموقع شیردهی توصیه می‌کنند یا پوشیدن روپوشی روی لباس در هنگام سیگار کشیدن و در معرض دخانیات و خارج کردنش هنگام تماس با شیرخوار یا شیردهی تا از انتقال نیکوتین و سایر عوامل مضر از طریق لباس یا پوست جلوگیری شود.

توقف سیگار و سیگار الکترونیکی Smoking and Vaping Cessation

افراد سیگاری ممکن است از طریق مشاوره، با یا بدون استفاده از دارو بتوانند سیگار را ترک کنند. به طور کلی، درمان پزشکی احتمالاً بهتر از سیگار کشیدن است. استفاده از سیگارهای الکترونیکی جایگزین ایمن برای سیگار یا یک روش ثابت شده برای ترک نیست. آنروسل ساطع شده از سیگارهای الکترونیکی حاوی

سوسپانسیون از ذرات ریز در یک گاز است که از نیکوتین، طعم‌دهنده‌ها و مواد سمی و سرطان زای متعددی تشکیل شده که استنشاق هیچ یک از آنها برای شیرخواران بی‌خطر نیست. مطالعات خاص در مورد تأثیرات سیگار الکترونیک بر روی جنین و نوزاد و شیرخواری که از سینه مادر شیر می‌خورند، از افزایش سریع استفاده از سیگار الکترونیکی عقب مانده است. سیگارهای الکترونیکی حاوی مقدار قابل توجهی نیکوتین در هر پاف است که می‌تواند منجر به استفراغ، اسهال و ضربان سریع قلب شود. در حال حاضر هیچ اطلاعاتی در مورد موثرترین راه‌های کاهش یا توقف مصرف سیگار الکترونیکی در دوران شیردهی در دسترس نیست. چسب‌های نیکوتین مقدار ثابتی از نیکوتین را از طریق پوست وارد بدن می‌کند. با یک پچ پوستی 21 میلی‌گرم نیکوتین در روز که معادل با کشیدن 17 نخ سیگار در روز است وارد شیر انسان می‌شود. پچ‌های 7 و 14 میلی‌گرمی مقدار کمتر نیکوتین را وارد بدن شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می‌شود، می‌کند.

استفاده از پچ‌ها با کاهش تدریجی غلظت نیکوتین بهتر از ادامه کشیدن تنباکو (توتون) است چون ذرات نیکوتین و سایر سموم توتون را ندارد. چسب نیکوتین در یک مطالعه تغییر قابل توجهی در مصرف شیر انسان ایجاد نکرد. مطالعات حیوانی نشان می‌دهد که قرار گرفتن نوزاد و شیرخوار در معرض نیکوتین در طول شیردهی ممکن است با رشد طبیعی ریه تداخل داشته باشد، بنابراین سایر اشکال ترک سیگار ممکن است ارجح باشد. از آنجایی که نیکوتین در شیر انسان ظاهر می‌شود، این خطر وجود دارد که کودکی که با شیر مادر تغذیه می‌شود علائم بی‌قراری، لرزش، خوب شیر نخوردن، و الگوهای خواب غیرعادی را نشان دهد. سایر اشکال جایگزین نیکوتین (مانند آدامس، استنشاقی) ممکن است سطوح پلاسمایی متغیرتری تولید کنند، بنابراین استفاده از این روش‌ها در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود. Bupropion یک داروی ضد افسردگی غیر معمول است که برای کمک به ترک سیگار نیز استفاده می‌شود. به نظر می‌رسد انتقال بوپروپیون به شیرخوار از طریق شیر انسان کم است و معمولاً به خوبی تحمل می‌شود، اگرچه داده‌های منتشر شده در طول شیردهی محدود است. تشنجی در یک شیرخوار گزارش شد که به طور مشکوکی با بوپروپیون در شیر مادر ذخیره شده مرتبط بود. Varenicline یک آگونیست جزئی نیکوتین است که برای کمک به ترک سیگار استفاده می‌شود. هیچ اطلاعاتی در مورد عبور آن به شیر انسان یا استفاده از آن در دوران شیردهی در دسترس نیست، بنابراین داروهای دیگر برای ترک سیگار ترجیح داده می‌شوند.

Alcohol الکل

الکل یکی از محدود مواد مصرف شده توسط مادر شیرده است که می تواند غلظت بالای در شیر انسان داشته باشد. پس از مصرف مقادیر زیاد الکل، نوزادان و شیرخواران ممکن است از سینه مادر امتناع کنند یا الگوی تغذیه خود را تغییر دهند. همچنین ممکن است شیرخواران خواب آلود باشند و درست شیر نخورند. مادران باید در مورد خطرات حادث شونده برای شیرخوار در هنگام مراقبت از فرزندشان پس از مصرف بیش از حد الکل هشدار داده شوند. مصرف الکل (اتانول) توسط مادر میزان شیر مصرفی نوزاد یا شیرخوار را کاهش می دهد، الگوی خواب نوزاد و شیرخوار را مختل می کند و در تعامل مادر و شیرخوار اختلال ایجاد می کند. مصرف زیاد الکل روزانه (بیش از 2 نوشیدنی در روز) ممکن است بر تکامل شیرخواری که از سینه مادر شیر می خورد تأثیر منفی بگذارد. افراط در نوشیدن باعث اختلال در رفلکس جهش شیر می شود. به نظر می رسد مصرف روزانه و نوشیدن زیاد باعث کاهش وابسته به دوز در توانایی های شناختی (ضریب هوشی) نوزاد و شیرخوار می شود. الکل به سرعت بین پلاسما مادر و شیرش تعادل برقرار می کند، بنابراین انتظار کشیدن برای کاهش سطح الکل خون مادر قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر، قرار گرفتن کودک در معرض هر گونه الکل موجود در شیر مادر را کاهش می دهد. در هر نوشیدنی (یعنی 4 تا 6 اونس شراب، 1 آبجو یا 1 نوشیدنی مخلوط) حدود 2 ساعت طول می کشد تا سطح الکل در شیر مادر به صفر برای زنان با وزن متوسط بدن و 2 و نیم ساعت برای زنان کوچکتر کاهش یابد. باید به مادران توصیه شود که مصرف الکل خود را به یک نوشیدنی یا کمتر در روز محدود کنند و قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر برای یک زمان مناسب صبر کنند. برخی منابع توصیه می کنند که مادران در ماه اول پس از زایمان، زمانی که نوزادان به طور مکرر شیر می خورند و توانایی کمتری برای متابولیزه کردن آن دارند، از مصرف الکل خودداری کنند. مصرف بیش از حد از الکل ممکن است بر توانایی مادر در مراقبت از کودک تأثیر بگذارد (و بر اساس قوانین و مقررات شرع مقدس که الکل را حرام می داند حتی نشستن بر سر سفره یا میز این چینی را اجازه نمی دهد تاکید داریم که مادر برای سعادت فرزندش و خودش توصیه فوق را عمل کند.م)

کافئین caffeine

عوارض جانبی منفی کافئین در نوزادان و شیرخواران (به عنوان مثال، لرزش، بی قراری، تحریک پذیری، کم خوابی) تنها زمانی ظاهر می شود که مادران مقادیر زیادی از کافئین مصرف کنند یا در نوزادان نارس یا نوزادانی که متابولیسم کبدی محدودی دارند. مقدار کافئین موجود در نوشیدنی ها و غذاها بسته به

محصول و نوع آماده سازی می تواند بسیار متفاوت باشد. همچنین حجم مصرف نوشابه ها در سال های اخیر به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. مصرف روزانه 300 میلی گرم کافئین توسط مادر (دو وعده 8 اونس قهوه یا دو وعده چای یا نوشابه 16 اونس two 8-fl oz servings of coffee or two 16-fl oz servings of tea or soda) حد مطمئنی است که بعید است بر اکثر شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند تأثیر بگذارد. ارزیابی فردی از دریافت کافئین ممکن است زمانی ضروری باشد که مصرف مادر بیش از این مقادیر باشد

Cannabis حشیش

مطالعات اخیر سطوح قابل تشخیصی از کاناบินوئیدها را در شیر مادرانی که از محصولات شاهدانه استفاده می کنند پیدا کرده اند، اگرچه اثرات این مقادیر مشخص نیست. مطالعات در مورد مدت زمان دفع ماده روانگردان، دلتا-9-تتراهیدروکانابینول، در شیر مادر متفاوت است. مقادیر قابل تشخیص در شیر انسان برای دوره های 6 روز تا بیش از 6 هفته پس از قطع حشیش در مطالعات مختلف، احتمالاً بسته به میزان مصرف قبلی، یافت شده است. دلتا-9-تتراهیدروکانابینول پس از کشیدن ماری جوانا توسط مادر به مقدار کمی از طریق شیر مادر وارد جریان خون نوزاد می شود، اما داده های کمی بسیار محدود است. تنها 2 مطالعه کوچک و قدیمی تر شامل بررسی پیامدهای شیرخوار در 1 سالگی بود. مطالعات تأثیر کمی بر روی شیرخوار مادرانی که ماری جوانا می کشیدند نشان داد، اگرچه در یک مطالعه کاهش جزئی در عملکرد حرکتی، اما نه شناختی، در شیرخواران مشاهده شد. در دسترس بودن گسترده تر فعلی محصولات حشیش بسیار قوی تر، چه دودی و چه خوراکی، ممکن است خطر بیشتری را برای شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می کنند ایجاد کند، اما مطالعات کافی انجام نشده است. نگرانی های دیگر شامل قرار گرفتن نوزاد و شیرخوار در معرض دود و سایر آلاینده های حشیش، استفاده همزمان مادر از سایر مواد روانگردان و اختلال در قضاوت (اختلال هشیاری و تشخیص و مراقبت و آگاهی)-مادر است. سازمان های حرفه ای توصیه می کنند که در دوران شیردهی از حشیش استفاده نشود. ادامه شیردهی توسط مادرانی که مایل به قطع مصرف حشیش نیستند، وضعیت دشوارتری است. AAP، کالج آمریکایی زنان و زایمان (ACOG)، و ABM می گویند مادر شیردهی را ادامه دهد در عین حال، مادران را تشویق می کنند که مصرف حشیش را متوقف یا به حداقل برسانند و از دیگر اشکال مستقیم و دست دوم قرار گرفتن نوزاد و شیرخوار در معرض حشیش همانطور که در مورد سیگار کشیدن بحث شد اجتناب کنند. همه مادران شیرده باید در مورد اطلاعات فعلی در مورد استفاده از حشیش در دوران شیردهی و عوارض آن مطلع شوند.

Cocaine کوکائین

کوکائین به اندازه کافی در زنان شیرده مورد مطالعه قرار نگرفته است، اما احتمالاً خطرناک ترین داروی خیابانی برای مادرانی است که به نوزادان شیر می دهند، زیرا نوزادان کوکائین را به خوبی متابولیزه نمی کنند و در صورت قرار گرفتن در معرض دوزهای کوچک ممکن است دچار تشنج شوند. کشیدن کوکائین "کراک" در حضور نوزاد نیز بسیار خطرناک است. قضاوت (اختلال هشیاری و تشخیص و مراقبت و آگاهی) مادرانی که دائماً از کوکائین استفاده می کنند ممکن است مختل شود و به طور غیرمستقیم بر کودک آنها تأثیر منفی بگذارد. مصرف کوکائین در دوران شیردهی منع مصرف دارد. مادران شیردهی که در یک نوبت از کوکائین استفاده می کنند باید تا 24 ساعت پس از مصرف دارو از شیردهی خودداری کنند. شیردهی در مصرف کنندگان دائمی کوکائین ممنوع است.

Anti coagulants-Blood Coagulation Drugs داروهای ضد انعقاد

هیپارین های Unfractionated یا با وزن مولکولی کم (مانند دالتپارین، انوکسپارین) که به مادر داده می شود برای نوزاد و شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود بی خطر است، زیرا وزن مولکولی بالای این داروها مانع از ورود آنها به شیر می شود. وارفارین نیز بی خطر است زیرا اتصال گسترده آن به پروتئین غلظت آن را در شیر مادر به حداقل می رساند. داروهای ضد انعقاد جدیدتر به اندازه کافی در طول شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته اند، اگرچه غلظت rivaroxaban و dabigatran در شیر در تعداد کمی از افرادی که تا به امروز مورد مطالعه قرار گرفته اند بسیار کم بود. بهتر است از این داروهای جدیدتر تا زمانی که اطلاعات بیشتری در دسترس قرار نگیرد اجتناب کنید.

Antiplatelet Drug داروهای ضد پلاکت

داروهای ضد پلاکت در دوران شیردهی به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. آسپرین با دوز پایین یک داروی قابل قبول است و تولید کننده گزارش می دهد که در تعداد کمی از موارد شیرخواری که در طول مصرف کلویپیدوگرل مادری عوارض جانبی در شیرخوار مشاهده نشده است. سایر داروهای ضد پلاکت در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته اند و احتمالاً باید از مصرف آنها اجتناب شود.

Antifibrinolytic Drug داروهای ضد فیبرینولیتیک

اسید Tranexamic یک داروی ضد فیبرینولیتیک است که در زنان مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده پس از زایمان استفاده می شود. سازنده گزارش می دهد که سطح شیر تنها 1 درصد از غلظت سرمی مادر است. دو مطالعه افزایش خطر اختلالات انعقادی را در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می کردند و به مادرانشان این دارو پس از زایمان داده شده بود، نشان نداد. استفاده مادر از این دارو منع تغذیه با شیر مادر ندارد، اما نظارت بر نوزاد یا شیرخوار توصیه می شود.

Corticosteroids

هیچ عارضه جانبی در نوزادان یا شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند، و مادر از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک در طول شیردهی استفاده می کند گزارش نشده است و نیازی به زمان انتظار قبل از شیردهی با استفاده از کورتیکواستروئیدهای خوراکی نیست. حتی با دوزهای وریدی (IV) متیل پردنیزولون 1 گرمی مادر، نوزادان و شیرخوارانی که کاملاً از سینه مادر تغذیه می شوند، دوزهای کمتر از میزان کورتیزول روزانه خود را در روز انفوزیون دریافت می کنند. اجتناب از شیردهی در طول انفوزیون و تا 2 ساعت پس از دوز 1 گرمی IV به طور قابل توجهی مواجهه نوزاد و شیرخوار را کاهش می دهد. عدم شیردهی برای 2 تا 4 ساعت نوزاد و شیرخوار را حتی کمتر مواجه می کند. داروهای طولانی اثر دگزامتازون و بتامتازون در طول شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته است. تجویز بتامتازون در اواخر بارداری به مادر برای بلوغ ریه جنین می تواند مرحله 2 لاکتوژنز را به تأخیر بیندازد، بنابراین ممکن است حمایت بیشتری برای شیردهی مورد نیاز باشد. کورتیکواستروئیدهای استنشاقی و موضعی منجر به جذب سیستمیک کم یا عدم جذب می شوند و به طور کلی می توان بدون نگرانی از آنها استفاده کرد. یک استثنا، استفاده از کورتیکواستروئیدهای قوی در پستان و نوک پستان است، جایی که کودک می تواند مستقیماً دارو را بخورد. استفاده از کرم های موضعی با قدرت کمتر (مانند هیدروکورتیزون، دسوناید) با پاک کردن ملایم نوک پستان قبل از شیردهی ترجیح داده می شود. استفاده از پماد روی نوک پستان خودداری شود، زیرا شیرخوار مستقیماً پارافین موجود در پماد را می خورد.

آسم Asthma

داروهای استنشاقی Inhaled Drugs

آلبوترول و سایر داروهای استنشاقی بتا آگونیست پس از استنشاق باعث کاهش سطح سرمی می شوند و به نظر می رسد برای استفاده در دوران شیردهی بی خطر باشند. استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک مانند ایپراتروپیوم و کورتیکواستروئیدهای استنشاقی نیز بی خطر است.

Leukotriene Inhibitors مهارکننده های لکوترین

نوزاد یا شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود، کمتر از 1 درصد دوز مونته لوکاست مادر را دریافت می کند. داده های سازنده نشان می دهد که سطح زافیرولوکاست نیز در شیر کمتر از 1٪ است. Zileuton فقط در حیوانات مورد مطالعه قرار گرفته است. مونتلوکاست داروی انتخابی در مادران شیرده است.

Maternal Depression افسردگی مادر

افسردگی مادر، که اغلب با اضطراب همراه است، خطر اختلال تکامل کودک را به همراه دارد (فصل 10). در درمان باید مزایا و خطرات فردی را در نظر گرفت. بهتر است افسردگی خفیف را با روان درمانی، درمان کرد. در افسردگی متوسط تا شدید، اگر وضعیت مادر رو به افول باشد، و اگر پاسخ ناکافی به روان درمانی داشته باشد، از داروهای ضد افسردگی استفاده می شود. اکثر متخصصان موافق هستند که یک داروی ضد افسردگی که در یک مادر خاص موثر است، نباید به دلیل شیردهی به داروی دیگر تبدیل شود. در عوض، داروی ضد افسردگی با نظارت و پایش دقیق شیرخوار ادامه یابد (لطفاً به بولتن ACOG شماره 92، "استفاده از داروهای روانپزشکی در دوران بارداری و شیردهی" مراجعه کنید).

استفاده از داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان می تواند مرحله 2 لاکتوژنز را به تاخیر بیندازد، بنابراین ممکن است حمایت اضافی برای شیردهی لازم باشد. داروهای ضد افسردگی قدیمی تر، مانند داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای نورتریپتیلین و آمی تریپتیلین، ایمنی خوبی در شیردهی از جمله پیامدهای neurodevelopmental طولانی مدت در شیرخواران دارند. ولی، به دلیل اثرات نامطلوب بر مادر امروزه از مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) به طور وسیع استفاده می شوند. بیقراری، تحریک پذیری، کولیک، اختلال افزایش وزن و اختلالات خواب در ارتباط با درمان SSRI مادر، بخصوص آنها که دفع بیشتری در شیر انسان دارند (مانند citalopram, escitalopram,

(fluoxetine) گزارش شده است. سرترالین و پاروکستین دفع کمتری در شیر دارند و SSRI های ارجح در دوران شیردهی با نظارت دقیق برای عوارض جانبی هستند. شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند و در سه ماهه سوم بارداری در معرض SSRI قرار می گیرند، نسبت به آنها که تغذیه مصنوعی دارند کمتر در معرض اختلال آدپتاسیون نوزادی قرار دارند. داده‌ها در مورد پیامد neurodevelopmental بلندمدت برای شیرخوارانی که در معرض SSRI از طریق شیر انسان قرار گرفته اند، نسبتاً محدود است. داده های محدود نشان می دهد که duloxetine, mirtazapine, and trazodone نیز احتمالاً در دوران شیردهی قابل قبول هستند، اما مراقب خواب آلودگی بیش از حد باشید. سایر داروهای ضد افسردگی (به عنوان مثال، bupropion, venlafaxine, vilazodone) به طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته اند و درمان خط اول محسوب نمی شوند، مگر اینکه بیمار در گذشته به خوبی پاسخ داده باشد. نفازدون باعث خواب آلودگی و اختلال تغذیه در یک نوزاد شده است، بنابراین بهتر است از مصرف آن خودداری شود.

Anxiety اضطراب

بنزودیازپین های طولانی اثر (مثلاً دیازپام، کلونازپام) ممکن است در شیر تجمع یابد بخصوص در مصرف مزمن آن، و علائمی مانند بی حالی، سدیشن (تخدير) و مکیدن ضعیف را در نوزاد یا شیرخوار ایجاد کنند. استفاده یک نوبته از داروهای طولانی اثر و استفاده از داروهای کوتاه اثر (مثلاً لورازپام، میدازولام، اگزازپام) خطر کمتری دارد.

Diabetes دیابت

Insulin- انسولین جزء طبیعی شیر انسان است. مقادیر کمی از انسولین های نیمه مصنوعی (مانند اسپارت، گلارژین) در شیر برخی از مادرانی که از این داروها استفاده می کنند، شناسایی شده است، اما به نظر می رسد که هیچ آسیبی برای نوزاد یا شیرخوار ندارد، احتمالاً به این دلیل که انسولین در دستگاه گوارش از بین می رود. شیردهی ممکن است نیاز مادر به انسولین را کاهش دهد، بنابراین نظارت دقیق بر قند خون در دوران شیردهی در مادران وابسته به انسولین مهم است.

داروهای خوراکی ضد دیابت :

تجربه قابل توجهی در مورد متفورمین در مادران شیرده مبتلا به دیابت یا سندرم تخمدان پلی کیستیک نشان می دهد که این دارو در دوران شیردهی قابل قبول است. سولفونیل اوره های گلی پیزید و گلی بورید خیلی کم در شیر ترشح می شوند و با شیردهی سازگاری دارند. گرچه هیپوگلیسمی گزارش نشده، ممکن است پایش قند

خون نوزادان و شیرخواران اندیکاسیون داشته باشد. مهارکننده های α -گلوکوزیداز (مثل acarbose, miglitol) تقریباً هیچ جذب گوارشی ندارند و قابل استفاده هستند. Colesevelam یک رزین متصل شونده به اسید صفراوی است که سطوح A1c را تقریباً به اندازه داروهای ضد دیابت با قدرت پایین کاهش می دهد. Colesevelam از راه خوراکی غیر قابل جذب است، بنابراین برای مادران شیرده، به ویژه آنهایی که نیاز به درمان همزمان برای کاهش کلسترول دارند، انتخاب خوبی است.

داروهای جدیدتر

thiazolidinediones (مانند pioglitazone, rosiglitazone)، مهارکننده های دی پپتیدیل پپتیداز IV (مانند alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin) و انواع داروهای ضد دیابت تزریقی جدیدتر (مانند dulaglutide, exenatide, lixisenatide, liraglutide, pramlintide, and semaglutide) در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته اند و معمولاً به دلیل نداشتن اطلاعات، برچسب محصول مصرف آن را در شیردهی منصرف نموده است. در صورت لزوم، saxagliptin و linagliptin ممکن است در دوران شیردهی ترجیح داده شوند، زیرا انتظار می رود عبور آنها به شیر کمتر از سایر داروهای این گروه باشد. Pioglitazone که جزو thiazolidinedione های برتر است زیرا طبق برچسب دارو در شیردهی منع مصرف ندارد. Acarbose و miglitol جذب چندانی در مادر ندارند بنابراین بعید است بخواهند از طریق شیر بر نوزاد یا شیرخوار اثر بگذارند، اگرچه هیچ گزارشی از مصرف آنها توسط مادران شیرده منتشر نشده است. مهارکننده های Sodium-glucose cotransporter 2 (مانند canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, and ertugliflozin) هیچ اطلاعاتی در مورد شیردهی نداده اند و به دلیل خطر تئوریک آسیب به کلیه در حال رشد توصیه نمی شوند.

بیماری های گوارشی

داروهای کاهش دهنده اسید معده

عوامل کاهش دهنده اسید مثل فاموتیدین، نیزاتیدین، و سایر بلوک کننده های H2 در دوران شیردهی بی خطر هستند. سایمتیدین به دلیل ترشح زیاد در شیر و مهار بالقوه آنزیم کبدی ترجیح داده نمی شود. مهارکننده های proton pump مثل امپرازول و پنتوپرازول خیلی کم وارد شیرمادر می شوند و انتظار نمی رود که عوارض جانبی در نوزادان یا شیرخواران ایجاد کنند. سایر مهارکننده های پمپ پروتون در طول شیردهی

مورد مطالعه قرار نگرفته اند. استفاده از آنتی اسیدهای خوراکی (به عنوان مثال، هیدروکسید آلومینیوم، کربنات کلسیم، هیدروکسید منیزیم) در دوران شیردهی بی خطر است.

Laxatives and Cathartic ملین ها و مسهل ها،

Docosate، نمک های منیزیم، پسیلیوم، پلی اتیلن گلیکول و polycarbophil همگی به طور ضعیفی از دستگاه گوارش مادر جذب می شوند، بنابراین استفاده از آنها در دوران شیردهی بی خطر است. Senna در دوزهای معمول اثری بر نوزاد یا شیرخواری که از سینه مادر شیر می خورد ندارد، اما دوزهای بالای سنا و دوزهای استاندارد کاسکارا می تواند باعث اسهال شیرخوار شود، بنابراین مصرف آنها در مادران شیرده باید اجتناب شود. داروهای constipation-predominant سندرم روده تحریک پذیر در دوران شیردهی به خوبی مطالعه نشده اند، اما lubiprostone در شیر موش قابل تشخیص نیست. Linaclotide و plecanatide در روده به پپتیدهای تشکیل دهنده خود تجزیه می شوند، بنابراین بعید است که وارد شیر شوند یا از طریق شیردهی به شیرخوار برسند. براساس گزارش محصول، prucalopride در اروپا در مادران شیرده مصرف شده و عوارض جانبی در شیرخوارانشان گزارش نشده. مقادیر موجود در شیر انسان حدود 6% دوز مصرفی مادر است.

Antidiarrheal داروهای ضد اسهال:

ورود لوپرامید در شیر حداقل است، بنابراین استفاده از آن قابل قبول است. رزین های جدا کننده اسید صفراوی (The bile acid sequestering resins) کلستیرامین، colesevelam, colestipol قابل جذب نیستند و در دوران شیردهی بی خطر هستند. آنها را می توان در مادران شیرده مبتلا به اسهال ناشی از افزایش مقادیر اسیدهای صفراوی در مجرای روده استفاده کرد. Eluxadoline یک آگونیست گیرنده μ اوپیوئیدی و یک آنتاگونیست گیرنده δ اوپیوئیدی است که در سندرم روده تحریک پذیر باغلبه اسهال استفاده می شود. دیفنوکسیلات نیز یک ماده اوپیوئید است. بهتر است از مصرف الوکسادولین و دیفنوکسیلات به دلیل خاصیت اوپیوئیدی آنها در دوران شیردهی خودداری شود.

پرفشاری خون و پره اکلامپسی

درمان فشار خون بالا در بزرگسالان اغلب شامل ترکیبی از داروها است.

دیورتیک ها

به نظر می رسد که دیورتیک ها در دوران شیردهی با دوزهای معمول ضد فشار خون بی خطر هستند. هیدروکلروتیازید و کلروتیازید چندین دهه است که استفاده می شود و هیچ مشکلی در نوزادان یا شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند ایجاد نکرده است. دوزهای بالای دیورتیک ها می توانند شیردهی را سرکوب کنند، اما دوزهای پایین دیورتیک های لوله ای مانند فوروزماید و تورسماید در صورت ادامه شیردهی مادر بر تولید شیر تأثیری نمی گذارد

بتابلوکرها

بتابلوکرهایی که در دوران شیردهی ایمن تر به نظر می رسند عبارتند از پروپرانولول، لابتالول و متوپرولول. آنتولول و آسوتولول ممکن است به دلیل ورود بیشتر در شیر و دفع آهسته تر توسط شیرخوار، برای نوزاد یا شیرخوار، مشکلاتی ایجاد کند. اجتناب از مصرف این داروها در مادر شیرده عاقلانه است. شیرخوارمادری که از بتابلوکرها استفاده می کند باید از نظر برادی کاردی، مشکلات تغذیه، الگوهای تنفسی و فعالیت تحت نظر باشد.

مهارکننده های سیستم رنین-آنژیوتانسین

مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین که در مادران شیرده و شیرخواران مورد مطالعه قرار گرفته عبارتند از benazepril, captopril, enalapril, perindopril, quinapril. این داروها به مقدار محدود در شیر دفع می شوند. هیچ گزارشی از مشکلات شیرخواران با این داروها وجود ندارد. بلوک کننده گیرنده آنژیوتانسین مرتبط (مثل، لوزارتان) به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته، اما سطوح candesartan در 3 مادر بسیار پایین بود. به دلیل ترکیب شیمیایی و فراهمی زیستی *angiotensin receptor blockers*، بعید است بر نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند تأثیر بگذارند. Aliskiren در بزرگسالان تنها 2.5% bioavailability خوراکی دارد، بنابراین ممکن است در مقادیر مرتبط بالینی به نوزاد نرسد - اما هیچ اطلاعات ایمنی در دسترس نیست. در انتظار اطلاعات بیشتر، در صورت امکان، از تمام داروهایی که اطلاعات لازم برای استفاده در دوران شیردهی ندارند، در مادران نوزادان و نوزادان نارس باید اجتناب شود.

عوامل بلوک کننده کانال کلسیم

عوامل مسدود کننده کانال کلسیم که در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار گرفته اند عبارتند از آملودیپین، دیلتیازم، نیفیدیپین، نیتروندیپین و وراپامیل. مقدار کمی از این داروها در شیر وجود دارد و در دوران شیردهی قابل قبول به نظر می رسد. نیفیدیپین 10 میلی گرم روزی 3 بار برای درمان مادران شیرده مبتلا به پدیده رینود نوک سینه استفاده می شود. سایر مسدود کننده های کانال کلسیم در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته اند.

آگونیست های آلفا آدرنرژیک مرکزی:

کلونیدین مصرفی مادر دارای عوارض نامطلوب برای نوزاد و شیرخوار است. از مصرف Clonidine و guanfacine در مادران شیرده باید اجتناب شود. متیل دوبا برای استفاده در مادران شیرده قابل قبول است، اما ممکن است باعث تخدیر بیش از حد مادر شود، بنابراین یک عامل ترجیحی نیست.

سولفات منیزیم

سولفات منیزیم که برای پره اکلامپسی استفاده می شود می تواند مرحله 2 لاکتوژنز و استقرار شیرسازی را به تاخیر بیندازد و در نتیجه در توانایی نوزاد برای شیرخوردن موثر تداخل ایجاد کند (delay lactogenesis² and the onset of lactation, thereby interfering with the newborn's ability to nurse effectively شروع شیردهی - شیرسازی؟؟؟) بنابراین ممکن است به حمایت اضافی مادر در شیردهی نیاز باشد. تجویز داخل وریدی دارو باعث افزایش سطح منیزیم شیر انسان نمی شود و منیزیم جذب خوراکی ضعیفی دارد، بنابراین اثر مستقیمی بر شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود نمی گذارد..

Immunomodulating Agents عوامل تعدیل کننده ایمنی

Anti-Tumor Necrosis Factor Agents

از آنجا که TNF آنتی بادی های مونوکلونال بزرگی هستند، مقدارشان در شیر رسیده غیر قابل تشخیص اند (مانند adalimumab, certolizumab,) یا بسیار کم هستند (مانند etanercept, infliximab). هر کدام که وارد شیر شوند احتمالاً توسط نوزاد یا شیرخوار هضم می شوند. لذا نظر متخصصین است که استفاده از این عوامل در دوران شیردهی قابل قبول هستند.

مهار کننده اینترلوکین 6

مهارکننده های اینترلوکین 6 Sarilumab و tocilizumab نیز آنتی بادی های مونوکلونال هستند. اطلاعاتی در مورد مصرف sarilumab در دوران شیردهی در دسترس نیست. برخی از داده ها در مورد tocilizumab نشان می دهد که میزان ورود به شیر و سطح آن در شیر مشابه آنتی بادی های مونوکلونال ضد TNF است. تا به امروز هیچ عارضه نامطلوبی در چندین شیرخوار که از طریق شیر مادر در معرض این دارو قرار گرفته اند مشاهده نشده است.

کلروکین و هیدروکسی کلروکین

کلروکین و هیدروکسی کلروکین در مادران شیرده و شیرخواران آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. مقادیر این داروها که در شیر انسان یافت می شود کم است و با پیگیری شیرخواران تا یک سالگی هیچ عارضه نامطلوبی مشاهده نشده است. دستورالعمل های بالینی به طور مداوم مقبولیت این داروها را در دوران شیردهی نشان می دهد.

سرکوبگرهای ایمنی

مقدار قابل توجهی از شواهد فارماکوکینتیک و بالینی نشان می دهد که سیکلوسپورین معمولاً بر نوزاد یا شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود تأثیر نمی گذارد. شواهد کمتری برای تاکرولیموس در دسترس است، اما معمولاً در سرم شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند قابل تشخیص نیست. برای هر دوی این داروها، نوزادان و شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند باید به دقت تحت نظر قرار گیرند - در صورت وجود نگرانی برای ایمنی شیرخوار احتمالاً اندازه گیری سطح سرمی برای رد مسمومیت انجام شود. استفاده ایمن از آزاتیوپرین و متابولیت آن مرکاپتوپورین در دوران شیردهی در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، لوپوس و پیوند اعضا گزارش شده است. اکثر دستورالعمل های تخصصی تمام این داروها را در دوران شیردهی قابل قبول می دانند. باید از مصرف متوترکسات در دوزهایی که برای درمان سرطان استفاده می شود اجتناب شود. با این حال، برخی از داده ها نشان می دهد که تنها مقادیر کمی با تک دوز مادری تا 92 میلی گرم به شیر انسان منتقل می شود. اگرچه بسیاری از دستورالعمل های حرفه ای، اما نه همه، متوترکسات را منع می کنند، اما استفاده متناوب از دوزهای پایین ممکن است قابل قبول باشد - اما CBC-Diff در شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود باید کنترل شود. سیکلوفسفامید در شیر در مقادیر بالقوه سمی ظاهر می شود. علاوه بر این، متابولیت های فعال بسیار سمی می توانند خطری را برای شیرخوار

افزایش دهند. نوتروپنی در 2 شیرخواری که مادرانشان در حین دریافت سیکلوفسفامید به آنها شیر داده اند گزارش شده است. هیچ موردی از ایمن بودن شیردهی با سیکلوفسفامید درمانی مادر گزارش نشده است. Apremilast, leflunomide, mycophenolate, و sirolimus مورد مطالعه قرار نگرفته اند و بهتر است از مصرف آنها در دوران شیردهی اجتناب شود.

ایمونوگلوبولین داخل وریدی

ایمونوگلوبولین داخل وریدی بی خطر در نظر گرفته می شود و داروی انتخابی برای درمان ام اس در دوران شیردهی پس از زایمان است.

Janus Kinase Inhibitors

اطلاعاتی در مورد استفاده از baricitinib یا tofacitinib در دوران شیردهی در دسترس نیست. بیشتر دستورالعمل‌ها به دلیل نگرانی در مورد سطح سمیت این داروها - از جمله سرطان زایی احتمالی، اجتناب از مهارکننده‌های ژانوس کیناز را در مادران شیرده توصیه می‌کنند.

Mesalamine مزلامین

مزلامین و مشتقات آن (به عنوان مثال، balsalazide, olsalazine) برای استفاده در دوران شیردهی قابل قبول هستند، گرچه نوزاد یا شیرخوار باید از نظر اسهال که ندرتاً ممکن است اتفاق افتد تحت نظر باشد. بهتر است از سولفاسالازین به دلیل ترکیب سولفونامید آن اجتناب شود..

داروهای ضد میکروبی

تقریباً تمام عوامل ضد میکروبی به مقدار کم به شیر انسان منتقل می شود. بسیاری از آنها برای درمان بیماری های عفونی در کودکان استفاده می شود. دوزهای دریافتی توسط نوزادان و شیرخواران همیشه بسیار کمتر از مقداری است که مستقیماً برای درمان ضد میکروبی به شیرخوار داده می شود. گزارش های کمی از عوارض جانبی جدی فوری در نوزادان و شیرخواران از عوامل ضد باکتریایی مادر وجود دارد. اخیراً برخی شواهد نشان می دهد که قرار گرفتن شیرخوار در معرض عوامل ضد میکروبی در طی 6 ماه اول عمر ممکن است منجر به افزایش خطر چاقی و آلرژی شود. مشخص نیست که آیا این نگرانی بخاطر قرار گرفتن در معرض دارو از طریق شیر است یا خیر. آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، دوره های طولانی مدت

و مکرر برای عفونت‌های پایدار مادر (مانند ماستیت، سینوزیت)، گاهی اوقات می‌توانند منجر به کاندیدیازیس مادر و شیرخوار شود که باید درمان ضد قارچی همزمان در مادر و شیرخوار انجام شود.

داروهای ضدقارچ

نیستاتین و آمفوتریسین B از راه خوراکی جذب نمی‌شوند، بنابراین استفاده از آنها در مادر شیرده هیچ خطری برای نوزاد یا شیرخوار ندارند. فلوکونازول مادر برای شیرخوار بی خطر است و برای درمان مستقیم نوزاد و شیرخوار استفاده شده است. کتوکونازول و ایتراکونازول کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و به طور بالقوه سمی‌تر هستند، اما اگر جایگزینی وجود نداشته باشد، می‌توان آنها را با احتیاط استفاده کرد. کتوکونازول نباید به صورت موضعی روی نوک سینه استفاده شود زیرا ممکن است به طور مستقیم توسط نوزاد یا شیرخوار بلعیده شود. کلوتریمازول و میکونازول در صورت مصرف خوراکی، کم جذب می‌شوند و گزینه‌های خوبی برای استفاده واژینال یا موضعی، از جمله روی نوک سینه‌ها هستند.

داروهای ضدویروس

داروهای ضد ویروسی آسیکلوویر و والاسیکلوویر برای استفاده در دوران شیردهی قابل قبول هستند. از بین داروهای مورد استفاده برای درمان آنفولانزا، فقط اوسلتامیویر مورد مطالعه قرار گرفته و در حالی که مقادیر کمی در شیر انسان یافت شده است، به طور کلی بی خطر در نظر گرفته می‌شود. از آنجایی که زانامیویر استنشاقی است و جذب خوراکی چندانی ندارد، در دوران شیردهی نیز قابل قبول است. آمانتادین و احتمالاً ریمانتادین به طور بالقوه می‌توانند تولید شیر را سرکوب کنند، بنابراین باید از مصرف آن اجتناب شود. داروهای متعددی که برای درمان هپاتیت استفاده می‌شوند به طور ایمن در درمان عفونت HIV در مادران شیرده در آفریقا، در دوزهای مشابه یا بیشتر از داروهای مورد استفاده برای درمان هپاتیت استفاده شده‌اند. این داروها شامل اینترفرون آلفا، لامیوودین، ریتوناویر و تنوفوویر هستند. گرچه شیردهی در مادران HIV مثبت در کشورهای با درآمد/امکانات بالاتر منع شده، استفاده پروفیلاکسی قبل از مواجهه با emtricitabine و tenofovir disoproxil fumarate برای استفاده مادران HIV منفی بی خطر در نظر گرفته می‌شود. بیشتر داروهای هپاتیت C در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند، اما بسیاری از آنها به قدری به پروتئین‌های پلاسما متصل هستند که عبور آنها به شیر انسان احتمالاً ناچیز است. اینها عبارتند از daclatasvir, dasabuvir, elbasvir, glecaprevir, ledipasvir, ombitasvir, velpatasvir, simeprevir, voxilaprevir. این داروها در دوران شیردهی منع

مصرف ندارند. ریباویرین به دلیل پتانسیل سمی آن توسط برخی از متخصصان در مادران شیرده منع مصرف دارد. برای درمان بیماری کروناویروس 2019 (COVID-19) هنوز در حال بررسی است. با این حال، برخی از داروهای که برای درمان ذکر شده اند، کلروکین، هیدروکسی کلروکین و آزیترومایسین هستند. همه این داروها بر اساس سطح شیر و استفاده ایمن در دوران شیردهی قابل استفاده در مادران شیرده هستند. علاوه بر این، رمدسیویر یک داروی تحقیقاتی است که برای درمان این بیماری در حال مطالعه است. اطلاعاتی در مورد دفع آن در شیر یا استفاده در مادران شیرده در دسترس نیست. با این حال، به طور ایمن به صورت داخل وریدی در نوزاد مبتلا به عفونت مادرزادی ابولا استفاده شده است. انتظار می رود که از طریق شیر مقدار بسیار کمتری به شیرخوار برسد.

سفالوسپورینها و پنی سیلین

سفالوسپورین ها و پنی سیلین ها به مقدار اندکی در شیر ظاهر می شوند و عموماً برای استفاده در دوران شیردهی بی خطر هستند. خطر اندکی برای واکنش های آلرژیک در نوزاد یا شیرخوار وجود دارد.

کلیندامایسین

کلیندامایسین گزینه ای برای درمان عفونت های استافیلوکوک طلائی مقاوم به متی سیلین (مثلاً، ماستیت) است، اما نوزاد یا شیرخوار باید از نظر اسهال و مدفوع خونی تحت نظر باشد.

فلوروکینولون ها

فلوروکینولون هایی که در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار گرفته اند عبارتند از ciprofloxacin, trovafloxacin, gemifloxacin, levofloxacin. همه آنها در شیر انسان در سطوح پایین ظاهر می شوند. اگر انتخاب دیگری برای درمان مادر وجود نداشته باشد، قرار گرفتن در معرض کوتاه مدت (1 تا 2 هفته) ممکن است قابل قبول باشد. قطره های چشمی فلوروکینولون یا قطره گوش هیچ خطری برای نوزاد یا شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود، ندارد.

Linezolid

گزینه ای برای درمان عفونت های استافیلوکوک طلائی مقاوم به متی سیلین است، لیزولید در شیر انسان با مقادیر کمتری نسبت به مواردی که در درمان نوزادان و شیرخواران استفاده می شود، ظاهر می شود.

Macrolides ماکرولیدها

اریترومايسين، کلاریترومايسين، آزیترومایسین و سایر ماکرولیدها عموماً برای استفاده در دوران شیردهی بی خطر هستند، اگرچه شواهد ضعیفی وجود دارد که نشان می دهد اریترومايسين ممکن است خطر تنگی هیپرتروفیک پیلور را در نوزادان افزایش دهد، به ویژه در 2 هفته اول پس از تولد. با این حال، 2 متآنالیز این یافته ها را رد کرد.

مترونیدازول

احتیاط در مورد مصرف مترونیدازول به توان آن در شرایط آزمایشگاهی در ایجاد آسیب کروموزومی است - که احتمالاً منجر به سرطان زایی می شود. این در مورد انسان هایی که دارو را دریافت می کنند یا در نوزادان یا شیرخواران مادرانی که با این دارو درمان می شوند توصیف نشده است، گرچه انجام یک مطالعه معتبر تقریباً غیرممکن است. مترونیدازول گاهی اوقات در نوزادان و شیرخواران برای درمان ژیاوردیا و برخی عفونت های بی هوازی استفاده می شود و در بارداری نیز استفاده می شود. مترونیدازول را می توان 24 ساعت پس از آخرین دوز مترونیدازول و 3 روز پس از دوز داروی مشابه، تینیدازول، از سر گرفت. به نظر می رسد مترونیدازول در کوتاه مدت برای شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود بی خطر باشد، اگرچه گزارش هایی از افزایش کلونیزاسیون کاندیدا و خوب شیرنوردن وجود دارد..

سولفونامیدها

به ندرت اندیکاسیون دارد. باید از مصرف سولفونامیدها در مادران شیرده خودداری کرد زیرا خطر افزایش کرنیکتروس در نوزادان مبتلا به زردی و نگرانی از همولیز در نوزادان و شیرخواران دچار کمبود گلوکز 6-فسفات دهیدروژناز (G6PD) وجود دارد. تری متوپریم-سولفامتوکسازول یک گزینه برای درمان عفونت های استافیلوکوک طلائی مقاوم به متی سیلین (مثلا ماستیت) در حین شیردهی به یک شیرخوار مسن تر بدون کمبود G6PD است.

تتراسیکلین ها

استفاده کوتاه مدت از تتراسایکلین ها در مادران شیرده بی خطر است. مقدار تتراسایکلینی که در شیر انسان ظاهر می شود کم است و به دلیل کلسیم موجود در شیر، جذب خوراکی آن کم است. هیچ پیامد نامطلوبی در نوزادان یا شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند گزارش نشده است. با این حال، استفاده طولانی مدت

یا مکرر روزانه (مثلاً، برای آکنه) بهتر است اجتناب شود. داکسی سایکلین تتراسایکلین ترجیحی است زیرا برای استفاده در کودکان منع مصرف ندارد. مینوسیکلین باعث سیاه شدن شیر شده است. **وانکومایسین** وانکومایسین و داپتومایسین فقط به مقدار کم در شیر دفع می شود و جذب جریان خون نوزاد یا شیرخوار نمی شود. در دوران شیردهی قابل قبول هستند.

واکسن ها

هنگامی که واکسن های معمول دوران کودکی طبق برنامه های استاندارد ایمن سازی دوران کودکی بکار گرفته شوند، شیردهی به پاسخ نوزاد یا شیرخوار به هیچ واکسنی که معمولاً استفاده می شود، تداخلی ایجاد نمی کند. شیردهی در واقع پاسخ شیرخواران را به برخی واکسن ها افزایش می دهد. نوزادان و شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند نیز کمتر دچار تب می شوند و ممکن است پس از انجام واکسیناسیون معمول دوران کودکی کمتر دچار بی اشتهایی و کاهش مصرف انرژی دریافتی شوند. هیچ مدرک یا دلیلی وجود ندارد که باور کنیم واکسن های غیرفعال یا نوترکیب مادر به نوزاد یا شیرخوار آسیب می رساند. واکسن های زنده ضعیف شده که به مادر داده می شود، می توانند نوزاد را آلوده کنند، اما بیشتر واکسن های زنده به شیر منتقل نمی شوند و ضرری برای شیرخوار ندارند. بنابراین، طبق توصیه CDC، هیچ واکسن معمولی در مادران شیرده منع مصرف ندارد.

دیفتری، کزاز و سیاه سرفه بدون سلول: توصیه می شود که زنان در هر بارداری واکسن دیفتری، کزاز و سیاه سرفه بدون سلول (Tdap) را دریافت کنند. زنان، از جمله مادران شیرده، که قبلاً واکسن Tdap دریافت نکرده اند، باید بلافاصله پس از زایمان با Tdap واکسینه شوند. پس از واکسیناسیون، آنتی بادی های ضد سیاه سرفه در شیر انسان در عرض 1 تا 2 هفته ظاهر می شوند. با این حال، نتایج متناقضی در مورد اینکه آیا نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند از سیاه سرفه محافظت می شوند گزارش شده است.

واکسن های هموفیلوس آنفلوانزا: واکسن های غیرفعال شده ای هستند که فقط در بزرگسالان مبتلا به نقص عدم وجود آناتومیک یا عملکردی طحال هستند، بیماری سلول داسی شکل یا پیوند سلول های بنیادی خونساز توصیه می شود. اگرچه اطلاعات متناقضی در مورد تأثیر تغذیه با شیر مادر بر پاسخ آنتی بادی نوزادان و شیرخواران به واکسن H آنفلوانزا نوع B وجود دارد، اما هیچ مدرکی مبنی بر کاهش محافظت در برابر این بیماری وجود ندارد.

واکسن های هپاتیت A و B فقط در بیمارانی که مایل به واکسن هستند یا کسانی که شرایط پزشکی خاصی دارند یا خطرات قرار گرفتن در معرض آن را دارند یا کسانی که پیش بینی می کنند به کشورهای آندمیک برای هپاتیت A یا B سفر کنند، تجویز می شود. هیچ اطلاعاتی در مورد واکسن هپاتیت A در دوران شیردهی در دسترس نیست، اما این واکسن غیرفعال شده است، بنابراین هیچ آسیبی برای نوزاد و شیرخوارپیش بینی نمی شود. نوزادان مادرانی که از شیر مادر تغذیه می کنند و از نظر آنتی ژن سطحی هپاتیت B مثبت هستند، پس از واکسیناسیون با واکسن هپاتیت B، پاسخ متفاوتی در ایجاد زیرگروه های ایمونوگلوبولین نسبت به شیرخوارانی که با شیر خشک تغذیه می شوند، دارند. با این حال، شیردهی با پاسخ آنتی بادی کودک به واکسن هپاتیت B تداخلی ندارد.

ویروس پاپیلوما ی انسانی: واکسن نو ترکیب ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) که به پیشگیری از انواع خاصی از سرطان دهانه رحم کمک می کند، فقط برای زنان تا سن 26 سال توصیه می شود، گرچه می توان از آن در زنان تا 45 سال نیز استفاده کرد. اطلاعاتی در مورد استفاده از واکسن HPV در دوران شیردهی یا دفع آن در شیر انسان در دسترس نیست. با این حال، از آنجایی که واکسن زنده نیست، خطرش برای نوزاد یا شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود کم است.

آنفلوانزا: دریافت واکسن آنفلوانزا در اواخر بارداری یا در دوران شیردهی می تواند منجر به دوره های کمتری از بیماری تنفسی شیرخوار با تب در 6 ماه اول پس از زایمان شود. **اثر بخشی واکسن با میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر همبستگی مثبت دارد.**

سرخک، اوریون و سرخجه: اگرچه ویروس واکسن سرخجه ممکن است در شیر دفع شود، اما این ویروس معمولاً نوزاد یا شیرخوار را مبتلا نمی کند. اگر عفونت رخ دهد، به خوبی تحمل می شود زیرا ویروس سرخجه ضعیف شده است. شواهد واضحی مبنی بر دفع ویروس زنده ضعیف شده سرخک یا اوریون در شیر انسان وجود ندارد.

واکسن مننگوکوک: واکسن غیرفعال شده است که برای بیمارانی که مایل به دریافت واکسن هستند یا کسانی که خطرات پزشکی یا مواجهه با آنها را دارند تجویز می شود. همچنین در دانشجویان سال اول کالج که قبلاً واکسینه نشده اند و در خانه های مسکونی (residential housing) زندگی می کنند توصیه می شود. شیردهی منع مصرفی برای دریافت واکسن مننگوکوک نیست.

واکسن پنوموکوک: به طور کلی، تنها بیماران بالای 65 سال باید واکسن پنوموکوک را دریافت کنند. با این حال، افراد سیگاری، کسانی که دارای شرایط خاص پزشکی مزمن هستند، بیماران نقص ایمنی، و کسانی که دارای نشت مایع مغزی نخاعی یا کاشت حلزون هستند، می توانند آن را در سنین پایین تر دریافت کنند. ایمن سازی زنان باردار با واکسن پنوموکوک باعث افزایش محتوای SIgA خاص شیر و آغوز شد. این پادتن در آغوز به مهار اتصال پنوموکوک ها به سلول های اپیتلیال حلق کمک می کند. شواهدی مبنی بر کاهش بیماری پنوموکوکی در میان شیرخواران تغذیه شونده از سینه مادران واکسینه شده یافت شده است. شیرخوارانی که بیش از 90 روز با شیر مادر تغذیه می شوند، در 13 ماهگی نسبت به آنها که کمتر از 90 روز با شیر مادر تغذیه شده اند، پاسخ آنتی بادی بهتری به برخی از سویه های پنوموکوک موجود در واکسن دارند.

آبله مرغان: واریسلا یک واکسن زنده است که فقط برای افرادی که در سال 1980 به بعد به دنیا آمده اند یا مادرانی که هیچ مدرکی دال بر مصونیت ندارند تجویز می شود. مادرانی که قبل از سال 1980 متولد شده اند معمولاً باید واکسن سرخک، اوریون و سرخجه را دریافت کنند. به نظر می رسد که واکسن آبله مرغان در شیر انسان دفع کم دارد یا اصلاً وجود ندارد...

واکسن های کرونا: واکسن های COVID-19 در دوران شیردهی توصیه می شوند. آنها نمی توانند باعث عفونت شیرخوار شوند، زیرا حاوی ویروس زنده نیستند. علاوه بر این، شواهد جدیدی وجود دارد که نشان می دهد افرادی که با شیر مادر واکسن های mRNA COVID-19 دریافت کرده اند، آنتی بادی هایی در شیر مادر خود دارند که می تواند به محافظت از شیرخوارشان کمک کند. **واکسن های مسافرتی:** واکسن های وبا، حصبه و آنسفالیت ژاپنی معمولاً برای مسافرانی که به مناطق آندمیک سفر می کنند تجویز می شوند. واکسن وبا یک واکسن زنده و ضعیف شده است. در یک مطالعه، تجویز واکسن خوراکی وبا به مادران شیرده خطر ابتلا به عفونت وبا را در شیرخواران آنها تا 47 درصد کاهش داد. واکسن تیفوئید به صورت واکسن زنده خوراکی ضعیف شده یا واکسن غیرفعال تزریقی موجود است. اطلاعات خاصی در مورد واکسن تیفوئید و شیردهی در دسترس نیست. با این حال، CDC آنها را در هنگام شیردهی منع مصرف نمی داند. هیچ اطلاعاتی در مورد واکسن آنسفالیت ژاپنی در دسترس نیست، اما این یک واکسن غیرفعال کم خطر است.

واکسن هایی که باید از آنها اجتناب شود: فقط از 3 واکسن زنده و ضعیف شده در مادران شیرده اجتناب شود: آدنوویروس نوع 4 و نوع 7، آبله (واکسینیا) و تب زرد. واکسن آبله به شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شد باعث ایجاد ضایعات واکسینیا در لب بالایی، زبان و گونه او شده است، زیرا مادرش ضایعات

واکسینیا را در هر دو آرئول داشت. واکسینیا را می توان از طریق تماس مستقیم پخش کرد، بنابراین در صورت دریافت واکسن با تماس نزدیک شیرخوار باید اقدامات احتیاطی انجام شود. واکسن تب زرد که قبل از سفر به مناطق آندمیک تزریق می شود، باعث ایجاد آنسفالیت در چند نوزاد که مادرانشان واکسن را دریافت کرده اند شده است. به مادرانی که به شیرخوار کمتر از 9 ماه شیر می دهند، نباید داده شود، مگر اینکه کاملاً اجتناب ناپذیر باشد. واکسن های آدنووایروس نوع 4 و نوع 7 و واکسن های آبله عمدتاً در پرسنل نظامی تجویز می شوند.

درمان میگرن :

در بزرگسالان شامل پیشگیری از حملات و درمان حاد طبقه بندی می شود. داروهای پیشگیری از میگرن که بهترین انتخاب در دوران شیردهی هستند عبارتند از: آمی تریپتیلین، متوپرولول، نورترپیتیلین، پروپرانولول، سرتالین، توپیرامات و اسید و آلپروئیک. درمان اولیه برای سردرد حاد میگرنی از اقدامات غیردارویی استراحت، اتاق تاریک، بیوفیدبک، مدیتیشن، طب سوزنی و یوگا تا برخی از جدیدترین داروها متغیر است. استفاده از استامینوفن و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی در دوران شیردهی قابل قبول است، گرچه داروهای کوتاه اثر (مثلاً ایبوپروفن) هنگام شیر دادن ترجیح داده می شود. محصولات که حاوی ترکیبی از استامینوفن با کافئین هستند در دوران شیردهی بی خطر در نظر گرفته می شوند (فصل 7). تریپتان ها مثل *eletriptan* و *sumatriptan* نشان می دهد که دفع این دو دارو در شیر کم است. سایر تریپتان ها به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته اند، اما شواهد اولیه در مورد *almotriptan*, *naratriptan*, *zolmitriptan* و *rizatriptan* در تعداد کمی از بیماران حاکی است که سطوح آنها در شیر پایین است و بعید است که بر نوزاد یا شیرخوار تأثیر بگذارد.

آلکالوئیدهای ارگو: (به عنوان مثال، ارگوتامین، دی هیدروارگوتامین) در شیر انسان اندازه گیری نشده است. آنها سطح پرولاکتین را کاهش می دهند، ممکن است با شیردهی تداخل داشته باشند و بر نوزادان و شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند تأثیر منفی بگذارند. مصرف آنها در دوران شیردهی توصیه نمی شود.

مدیریت درد:

مادر شیرده معمولاً می تواند با مصرف دوزهای مناسب استامینوفن یا داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی مانند ایبوپروفن دردش را کنترل کند. مواد افیونی خوراکی (به عنوان مثال، هیدروکودون، اکسی کدون) را

می توان در دوزهای پایین برای دوره های کوتاه مدت یا در صورت نیاز در مواردی که تسکین درد غیر مخدر کافی نیست اضافه کرد. مصرف کدئین خوراکی به دلیل تخدیر بیش از حد در برخی از مادران و شیرخواران (از جمله یک مورد مرگ) بدلیل تنوع فارماکوکینتیک توصیه نمی شود. دردهای شدیدتر، مانند دردهایی بلافاصله پس از زایمان یا بعد از جراحی، را می توان با استفاده از نارکوتیک های داخل وریدی یا عضلانی مانند فنتانیل یا هیدرومورفون کنترل کرد. از دوزهای مکرر یا انفوزیون مداوم مپریدین باید خودداری کرد زیرا متابولیت فعال آن می تواند در مادر و شیرش انباشته شود. هر زمان که مواد افیونی به مادر داده می شود، نظارت دقیق بر نوزاد و شیرخوار از نظر تخدیر و سرکوب تنفسی ضروری است. برای بحث در مورد مدیریت درد در دوران شیردهی به فصل 7، مراجعه کنید.

بیهوشی :

مواد جدید برای بیهوشی عمومی عمدتاً داروهای کوتاه اثر هستند (مانند desflurane, isoflurane, propofol, sevoflurane, و midazolam) که پس از عمل در مادر یا شیر او تجمع نمی یابد یا باقی نمی ماند. به عنوان یک قاعده کلی، مادر می تواند به محض اینکه به اندازه کافی بهبود یابد که شیر بدهد، به نوزاد یا شیرخوار خود شیر بدهد. یک استثنا زمانی است که او دوز زیادی از یک مخدر با نیمه عمر طولانی دریافت کرده باشد. در این موارد، شیردهی باید تا زمانی که مواد افیونی از سیستم او دفع نشود، خودداری شود. مطالعات در مورد تأثیر فنتانیل، رمی فنتانیل و سوفنتانیل اپیدورال بر شروع و مدت شیردهی به دلیل ترکیبات مختلف داروها، دوزها، و جمعیت بیماران مورد مطالعه، و همچنین تنوع تکنیک های مورد استفاده و طرح های ناقص بسیاری از مطالعات مختلط است. .

درمان تشنج

گزارش های موردی متعددی از عوارض جانبی در شیرخوار مادرانی که داروهای ضد تشنج مصرف می کنند وجود دارد، اما بیشتر شیرخواران عوارض قابل توجهی ندارند. بسیاری از گزارش ها در شیرخوارانی که مادرانشان نیز این دارو را در دوران بارداری مصرف می کردند یا همزمان بیش از یک داروی ضد تشنج یا روان گردان مصرف می کردند، انجام شد. نوزادان مادرانی که در دوران بارداری این دارو را مصرف کرده اند ممکن است به NAS مبتلا شوند، اما شیردهی می تواند تا حدودی NAS را کاهش دهد. داروهای تخدیر کننده ضد تشنج قدیمی تر (مانند فنوباربیتال، پریمیدون) باعث تخدیر در نوزادان و شیرخوارانی که در معرض دارو قرار گرفته اند می شود. متهموگلوبینمی در نوزادی که در دوران بارداری

و شیردهی در معرض فنی توئین قرار داشت گزارش شده. گزارش هایی از تخدیر و اختلال عملکرد کبدی نیز با مصرف کاربامازپین توسط مادر در نوزاد شیرخوار منتشر شده است. ترومبوسیتوپنی و کم خونی در یک شیرخوار احتمالاً با اسید والپروئیک در شیر مادری که شیرخوار خورده بود مرتبط بود. مصرف لاموتریزین و اتوسوکسیماید توسط مادر شیرده ممکن است منجر به سطوح پلاسمایی تقریباً درمانی در شیرخوار او شود. با این حال، واکنش های نامطلوب در شیرخوارانی که از طریق شیر مادر در معرض لاموتریزین قرار گرفته اند، غیر معمول بوده است. با این حال، شیرخوارانی که در معرض لاموتریزین قرار دارند باید از نظر تخدیر، هیپوتونی، اختلال وزن گیری، افزایش تعداد پلاکت ها و افزایش سطح آنزیم های کبدی تحت نظر باشند. آپنه با دوز بالای مادری گزارش شده است. Zonisamide نیز به شیر انسان زیاد وارد می شود. لاموتریزین و Zonisamide بیشتر از سایر داروهای ضد تشنج باعث ایجاد واکنش های جدی پوستی مانند سندرم Stevens-Johnson می شوند. نوزادان و شیرخوارانی که در مواجهه با این داروها در شیر مادر دچار بثورات پوستی می شوند، باید شیرخوردنشان را تا زمانی که علت آن مشخص شود، متوقف کنند. داروهایی که دفع نسبتاً کمی در شیر انسان دارند عبارتند از گاباپنتین، پره گابالین، توپیرامات و ویگابترین. شیرخوارانی که در دوران بارداری و پس از زایمان توسط مادرانی که کاربامازپین، لاموتریزین، فنی توئین یا والپروات را به عنوان یک دارو مصرف می کردند با شیر مادر تغذیه می شدند، میانگین ضریب هوشی آن ها 4 امتیاز بالاتر از آنها بود شیرمادر مصرف نمی کردند. این تفاوت ناشی از گروه والپروات بود که میانگین 12 امتیاز اختلاف بین گروه های تغذیه شده با شیر مادر و غیر شیرمادر داشتند. سایر داروها از نظر آماری تفاوت معناداری در بهره هوشی بین گروه ها نداشتند. مصرف فولات حوالی لقاح (Periconception). نیز متخیر مهمی بود، با میانگین ضریب هوشی 5.7 امتیاز بالاتر در میان شیرخواران مصرف کننده فولات.

صرف نظر از اینکه مادر برای کنترل صرع خود به کدام دارو یا داروها نیاز دارد، عاقلانه است که نه تنها شیرخوار را از نظر بالینی مشاهده، بلکه در صورت شک به عوارض جانبی، غلظت دارو در پلاسمای شیرخوار نیز اندازه گیری شود یا در صورت بروز زردی، به خصوص در 2 ماه اول تولد، آزمایشات فونکسیون کبد را انجام دهید. آزمایش روتین نوزاد یا شیرخوار احتمالاً ضروری نیست.

داروهای تیروئید و ضد تیروئید

لووتیروکسین با دوز مناسب برای تکرار سطوح سرمی طبیعی هورمون تیروئید در افراد دارای کمبود تجویز می شود. با تنظیم مناسب دوز، بر عملکرد تیروئید نوزاد یا شیرخوار تأثیری نخواهد داشت. برای

زنان امریکایی دچار پرکاری تیروئید، پروپیل تیوراسیل به دلیل انتقال کم به شیر انسان و عدم تأثیر بر عملکرد تیروئید نوزاد و شیرخوار، داروی ارجح بوده است. پروپیل تیوراسیل می تواند باعث نارسایی کبدی غیرقابل برگشت شود، گرچه هیچ گزارشی در نوزادان یا شیرخواران در طول این مدت وجود ندارد. بنابراین، با وجود انتقال بیشتر آن به شیر انسان، اکنون متی مازول ترجیح داده می شود. دوزهای متی مازول تا 20 میلی گرم در روز بر عملکرد تیروئید شیرخوار تأثیر نمی گذارد. برای به حداقل رساندن در معرض دارو قرار گرفتن، می توان 3 ساعت بعد از مصرف دارو صبر کرد و بعد شیر داد. پروپیل تیوراسیل و متی مازول به ندرت باعث آگرانولوسیتوز می شوند، اما هیچ گزارشی در نوزادان یا شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند گزارش نشده است.

مصرف دوزهای بالای ترکیبات ید دار iodides باید به حداقل برسد زیرا این عوامل ممکن است باعث کم کاری تیروئید در نوزادان و شیرخواران شوند. استثنا دوزهای پایین ید در مادران دارای کمبود ید و محافظت از تیروئید پس از قرار گرفتن در معرض ید رادیواکتیو است، زمانی که یدور پناسیم باید به مادر و شیرخوار در صورت لزوم داده شود (فصل 19).

سرکوب تیروئید در نوزادان و شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند، پس از استفاده مادر از بتادین (پوویدون ید) روی پوست و سطوح مخاطی و پس از مصرف روزانه سوپ جلبک دریایی گزارش شده است.

مواد حاجب:

مواد حاجب یددار و بر پایه گادولینیوم که در حال حاضر مورد استفاده قرار می گیرند، به دلیل دفع کم در شیر انسان و جذب خوراکی ضعیف، خطری برای نوزاد یا شیرخواری که از شیر مادر تغذیه می کنند ندارند، و مادران نیازی به خودداری از شیردهی ندارند. برای مادرانی که تمایل دارند شیردهی خود را متوقف کنند، یک دوره 12 تا 24 ساعته کافی است.

ایزوتوپ های رادیواکتیو:

در حالت ایده آل، روش های تشخیصی انتخابی پزشکی هسته ای باید تا زمانی که مادر دیگر شیر نمی دهد به تعویق بیفتد. اگر قرار است رادیو ایزوتوپ تشخیصی برای مادر شیرده تجویز شود، استفاده از ماده ای با نیمه عمر کوتاه ترجیح داده می شود. باید به او گفته شود که چه مدت احتمالاً قادر به شیر دادن نخواهد بود، به او توصیه کرد که شیر خود را در مدت زمان مورد نیاز برای حذف رادیوایزوتوپ از بدن دوشیده و دور

بریزد، و به او گفته شود که آیا باید برای مدتی از نگه داشتن نوزاد یا شیرخوار نزد بدن خود اجتناب کند. داشتن این اطلاعات قبل از انجام عمل به او این امکان را می دهد که شیر را برای استفاده کودکش در دوره ای که قادر به شیر دادن نیست، دوشیده و در یخچال قرار دهد یا منجمد کند. با برخی از عوامل، شیر مادر ذخیره شده را می توان پس از یک دوره نگهداری 10 نیمه عمر رادیواکتیو به شیرخوار داد.

نگران کننده ترین ایزوتوپ تشخیصی ید 131 است. انجمن تیروئید آمریکا استفاده از اسکن technetium را برای تشخیص پرکاری تیروئید در مادران شیرده توصیه می کند. در صورت استفاده از ید 123، مادر به مدت 3 تا 4 روز از شیردهی خودداری می کند. ABM یک پروتکل بالینی در مورد مطالعات رادیولوژی و پزشکی هسته ای در زنان شیرده منتشر کرده است. مادرانی که ایزوتوپ های رادیواکتیو درمانی دریافت می کنند نمی توانند برای مدت طولانی شیر بدهند زیرا دوز پرتو برای مدت طولانی بالا باقی می ماند. اندازه گیری رادیواکتیویته شیر مادر پمپاژ شده می تواند به تعیین زمان ایمن برای از سرگیری شیردهی برای هر مادر خاص خودش کمک کند. یک پزشک هسته ای باید بر اساس هر بیمار جداگانه مشورت شود.

داروهای شیر ساز-شیرآور

داروهای هستند که محرک تولید شیر هستند و باید تنها پس از ناموفق بودن تلاش های معمول برای افزایش تولید شیر (مثلاً پوزیشن مناسب، شیردهی مکرر، دوشیدن شیر) استفاده شوند. مشاور شیردهی می تواند در آموزش بهترین تکنیک ها به مادر کمک کند. متوکلوپرامید یک آنتاگونیست دوپامین است که پرولاکتین سرم را افزایش می دهد و ممکن است تولید شیر را در بعضی خانمها افزایش دهد، اگرچه نتایج مطالعه مبهم است. مدت زمان مصرف متوکلوپرامید نباید بیشتر از 14 روز باشد، زیرا می تواند باعث افسردگی مادر و tardive dyskinesia شود. ممکن است عوارض کوتاه مدتی در مادران از جمله خستگی، تهوع، سردرد، اسهال، خشکی دهان، ناراحتی پستان، سرگیجه، بی قراری پاها، ریزش مو و اضطراب داشته باشد. عوارض جانبی گزارش شده در نوزادان و شیرخواران در معرض متوکلوپرامید در شیر انسان شامل افزایش گاه به گاه سطح پرولاکتین سرم و عوارض جانبی احتمالی GI می باشد.

دومپریدون به صورت تجاری در ایالات متحده موجود نیست، اما اغلب در کانادا و سایر کشورها استفاده می شود. این دارو به روشی مشابه متوکلوپرامید عمل می کند. متآنالیزها نشان داده اند که به عنوان یک شیرآور نسبتاً مؤثر است، اگرچه تعداد کل بیمارانی در مطالعات خوب طراحی شده کم است. دومپریدون نسبت به متوکلوپرامید عوارض جانبی CNS کمتری دارد، اما می تواند فاصله QT را طولانی تر کند، که

هشدارهایی از FDA و Health Canada گرفته است. دومپریدون نباید در زنانی که سابقه شخصی یا خانوادگی آریتمی قلبی دارند یا در زنانی که داروهای مهارکننده CYP 3 A 4 (مانند اریترومايسين، فلوکونازول) مصرف می‌کنند، استفاده شود.

سایر شیرآورها، مانند هورمون thyrotropin-releasing و هورمون رشد انسانی، ممکن است تولید شیر را از طریق افزایش ترشح پرولاکتین یا کار افزایی با پرولاکتین برای حفظ شیرسازی طبیعی افزایش دهند. مطالعه کافی در مورد این هورمون‌ها انجام نشده و بسیار گران هستند و نمی‌توان آنها را برای استفاده روتین برای تحریک شیرسازی توصیه کرد.

اسپری بینی اکسی توسین در گذشته به صورت تجاری برای بهبود جهش شیر در دسترس بود. اثربخشی آن به عنوان یک شیرساز شک برانگیز است و دیگر در بیشتر کشورها به بازار عرضه نمی‌شود.

تعداد زیادی از محصولات گیاهی ادعا می‌شود که شیرآور هستند، اما هیچ کدام به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. داروهای گیاهی اغلب برای شرایط مختلف استفاده می‌شوند. خانم‌های شیرده که در مورد استفاده از داروهای گیاهی سوال می‌کنند باید مطلع شوند که ترکیب، خلوص و اثربخشی این فرآورده‌ها به خوبی تنظیم نشده است و در تهیه آنها باید احتیاط کنند. اطلاعات کمی در مورد اثربخشی وجود دارد، اما عوارض جانبی در نوزادان و شیرخواران مادرانی که استفاده کرده‌اند گزارش شده است شامل محصولات حاوی آرنیکا (همولیز نوزادی)، جلبک دریایی (کم کاری تیروئید ناشی از ید زیاد)، گزنه (کهیر) و مخلوط چای گیاهی (هیپوتونی، لتارژی، استقراغ، گریه‌های ضعیف، مکیدن ضعیف مربوط به آنتون بادیان رومی و رازیانه). اگر مادر یا شیرخوار به هویج، کرفس یا سایر گیاهان خانواده Apiaceae حساسیت دارند، به دلیل حساسیت متقابل احتمالی، باید از رازیانه اجتناب کنند. به همین ترتیب، از آنجایی که خار مریم (St John's wort) یکی از اعضای خانواده ragweed است، آلرژی یک نگرانی است. خار مریم باعث بروز کولیک، خواب‌آلودگی و لتارژی در نوزادان و شیرخواران شده است. این یک القاء کننده قوی آنزیم است و می‌تواند غلظت تعدادی از داروهای مهم را در خون کاهش دهد (به عنوان مثال، برخی از سرکوب کننده‌های ایمنی، داروهای ضد بارداری خوراکی، وارفارین). شنبلیله به طور گسترده به عنوان یک شیرآور، به تنهایی و به صورت مخلوط استفاده می‌شود. ممکن است در برخی از زنان اثربخشی جزئی نسبت به دارونما داشته باشد. در یک نظرسنجی، 45 درصد از زنان عوارض جانبی پس از مصرف شنبلیله را گزارش کردند. بیشتر اثرات مادری جزئی هستند، اما کاهش سطح گلوکز خون و افزایش اثر وارفارین می

تواند جدی باشد. شنبلیله همچنین باعث toxic epidermal necrolysis در یک مادر شده است. با حساسیت به حبوبات واکنش متقابل نشان می دهد. و بویی مانند شربت افرا به ادرار می دهد.

:Environmental Agents

تفکیک اثرات قرار گرفتن در معرض شیر انسان با عوامل محیطی بر نوزادان و شیرخواران از مواجهه درون رحمی روی جنین دشوار است. با این حال، چند مورد وجود دارد که در آنها عوارض ناشی از یک ماده شیمیایی آلاینده در شیر انسان در یک شیرخوار شرح داده شده است، و شواهد خوبی وجود دارد که نشان می دهد عوارض موادمشیمیایی رایج اگر وجود داشته باشد کم است یا وجود ندارد که به خوبی مطالعه شده است. تقریباً در هر شرایطی که احتمال آلودگی موجود باشد، مزایای تغذیه با شیر مادر بسیار بیشتر از خطرات احتمالی آن است. غربالگری شیر انسان برای مواد شیمیایی محیطی از نظر بالینی اندیکاسیون ندارد، تا حدی به این دلیل که روش های تضمین کیفیت آزمایشگاهی وجود ندارد و مقادیر طبیعی ثابتی نیز وجود ندارد. مادری که در یک منطقه به شدت آلوده زندگی می کند یا کار می کند یا در معرض انتشار مواد شیمیایی در محیط قرار گرفته است، ممکن است بیشتر از جمعیت عمومی مصرف کرده باشد. برای اطلاعات دقیق تر در مورد آلاینده های محیطی خاص و تغذیه با شیر مادر، به فصل 15 شورای AAP در کتابچه راهنمای بهداشت محیط، کودکان مراجعه کنید.

در حال حاضر چند ماده شیمیایی مورد توجه به شرح زیر مورد بحث قرار می گیرند:

فلزات سنگین: زنانی که دارای ریسک فاکتورهای قرار گرفتن در معرض سرب را دارند، اگر قصد شیردهی دارند، باید غربالگری شوند. مادرانی که سطح سرب خونشان بالاتر از 5 میکروگرم در دسی لیتر است، باید سطح سرب خون شیرخوارشان را آزمایش کنند. زنی با سطح سرب خونی تایید شده 40 میکروگرم در دسی لیتر یا بالاتر نباید شیر دهد. او ممکن است شیر خود را پمپ کرده و دور بریزد تا زمانی که غربالگری مجدد سطح سرب کمتری را تایید کند و منبع تماس مادر و شیرخوار حذف شوند.

آلودگی جیوه: عمدتاً از غذاهای دریایی ناشی می شود، جایی که از سوختن زغال سنگ وارد زنجیره غذایی می شود. به طور کلی، غذاهای دریایی که در بالای زنجیره غذایی یافت می شوند (مثلاً کوسه) (درشت ترها نسبت به کوچکترها؟؟؟ higher up-lower down) حاوی جیوه بیشتری نسبت به غذاهای دریایی در پایین زنجیره غذایی هستند. اگرچه هیچ اثر نامطلوبی در نوزادان و شیرخواران دیده نشده تا بتوان به قرار

گرفتن در معرض شیر انسان نسبت داد، اما انتخاب دقیق غذاهای دریایی با سطوح جیوه پایین می تواند سطح جیوه مادر و نگرانی در مورد آلودگی جیوه را به حداقل برساند.

کرم های ضد آفتاب: مواد ضد آفتاب موضعی می توانند از طریق پوست جذب شوند و برخی از این عوامل در رژ لب ها و بالم لب موجود و خورده می شوند. مطالعات در چندین کشور نشان داده که ترکیبات ضد آفتاب در شیر 75 تا 85 درصد مادران شیرده وجود دارد. نگرانی اصلی در مورد این مواد شیمیایی این است که برخی از آنها دارای فعالیت غدد داخلی در حیوانات هستند. در صورتی که مادران در مراحل حساس زندگی فرزندان خود از کاربرد این محصولات خودداری کنند، پس خودفرزندانشان در معرض این مواد نخواهند بود.

Flame Retardants: دی فنیل اترهای پلی برومینه، بازدارنده های شعله وری هستند که در پوشاک، مبلمان و سایر محصولات مصرفی استفاده می شوند. برخی از این ترکیبات دارای سمیت عصبی یا تکاملی در مطالعات حیوانی هستند، اما مشخص نیست که آیا قرار گرفتن در معرض آن برای ایجاد سمیت قابل تشخیص در انسان کافی باشد یا خیر.

Phthalates: فتالات ها نرم کننده هایی plasticizers هستند که در طیف گسترده ای از محصولات مصرفی و پزشکی استفاده می شوند. آنها نگران کننده هستند زیرا فعالیت آنتی آندروژنی را در مطالعات آزمایشگاهی نشان می دهند. برخی از مطالعات انسانی سطوح پایین تستوسترون سرم و سطوح بالاتر هورمون لوتئینیزه کننده را در پسرانی که مادرانشان سطوح فتالات خاصی را در شیرشان افزایش داده بودند نشان داده است.

فصل 17 پیشگیری از بارداری و شیردهی

پیشگیری از بارداری و مادر شیرده

باید مادر در طول مراقبت های دوران بارداری تشویق شود تا برنامه های آینده خود را برای فرزندآوری و فاصله تولد مورد نظر در نظر بگیرد و به او اطلاعات و خدماتی داده شود که در رسیدن به اهدافش کمک کند، تا بتواند وقت و انرژی خود را به شیرخوار تازه متولدش اختصاص دهد. ارائه مشاوره حمایتی بیمار محور در مورد گزینه های پیشگیری از بارداری و برنامه های شیردهی می تواند به مادر این امکان را بدهد که خطرات و مزایایی را که منعکس کننده نیت شخصی او برای هر دو گزینه است، ارزیابی کند

منطق مشاوره پیشگیری از بارداری :

داشتن یک بارداری برنامه ریزی نشده در عرض یک سال از تولد کودک ممکن است نه تنها باعث استرس تغذیه ای و استرس عاطفی برای مادر شود، بلکه ممکن است بر تعهد او به ادامه تغذیه فرزندش از سینه خودش و شیردهی تأثیر منفی بگذارد.

فرصت های مشاوره :

داشتن ویزیت های مکرر با یک متخصص مراقبت های بهداشتی در دوره های قبل از زایمان و پس از زایمان فرصت های زیادی برای بحث در مورد برنامه های پیشگیری از بارداری فراهم می کند.

ویزیت قبل از زایمان:

ویزیت قبل از زایمان فرصتی برای بررسی نگرش های مادر در مورد پیشگیری از بارداری، تجربه او با روش های مختلف پیشگیری از بارداری، روش(های) ترجیحی او و افکار او در مورد فاصله تولد یا به عبارت دیگر عقیم سازی است(که در شرع مقدس جرم است؟ مجاز نیست؟؟؟). به طور مشابه، عوامل خطر برای مشکل در تولید و تامین شیر نیز باید در دوره قبل از زایمان ارزیابی شوند تا بیماران بتوانند راهنمایی های پیش بینی شده برای شیردهی دریافت کنند. اگر بیمار در بارداری قبلی اقدام به شیردهی کرده باشد، هر گونه اطلاعات در مورد مشکلات قبلی با شیردهی و تامین شیر نیز باید هنگام بحث در مورد اثرات بالقوه پیشگیری از بارداری بر تولید و تامین شیر در نظر گرفته شود. مزایا و معایب روش های مختلف را می توان در رابطه با مشخصات سلامتی مادر و تصمیم او برای شیردهی بررسی کرد.

مشاوره فوری پس از زایمان

در زمان ترخیص پس از زایمان، می توان طرح پیشگیری از بارداری را بررسی و تقویت یا تجدید نظر کرد. در صورتی که شیردهی با معیارهای آمنوره شیردهی مطابقت نداشته باشد، ممکن است خطر بالقوه حاملگی ناخواسته قبل از ویزیت مجدد مورد توجه قرار گیرد. عوامل دیگری که ممکن است بر اهداف شیردهی بیمار تأثیر منفی بگذارند نیز می توانند در این زمان در نظر گرفته شوند.

ویزیت پس از زایمان درمطب:

معمولاً 4 تا 6 هفته پس از زایمان انجام می شود، زمان ایده آلی برای ارزیابی کفایت دفعات شیردهی و مدت زمان آن برای پیشگیری از بارداری باشیردهی و ارزیابی میزان شیر مادر نیز صورت می گیرد.. اگر مادر به پیشگیری بیشتر در برابر بارداری ناخواسته نیاز دارد یا درخواست می کند، گزینه ها را می توان مورد بحث و بررسی قرار داد و شروع کرد.

روش های پیشگیری از بارداری

روشهایی که نیاز به هورمون خارجی ندارد

دستگاه های داخل رحمی (IUD):

پیشگیری طولانی مدت ایمن و مؤثری را ارائه می کنند و ممکن است برای همه کاندیدهای مناسبی که به دنبال یک روش کنترل بارداری برگشت پذیر، مؤثر و مستقل از نزدیکی هستند در نظر گرفته شود. IUD پیشگیری طولانی مدت بارداری (بسته به محصول انتخابی 3 تا 10 سال) را ارائه می دهند. آنها ممکن است به راحتی در زمان ویزیت پس از زایمان گذاشته شوند. مزیت اصلی استفاده از IUD اثربخشی طولانی مدت پیشگیری از بارداری 99٪ یا بیشتر است. علاوه بر این، آی یو دی های مسی هیچ اثر نامطلوب اثبات شده ای بر شیردهی ندارند. لازم به ذکر است که برخی از IUD ها حاوی پروژسترون هستند. ویژگی های پروژسترون در رابطه با شیردهی بعداً شرح داده می شود. IUD را می توان در عرض 10 دقیقه پس از خروج جفت یا 4 هفته پس از زایمان یا بعدتر، پس از برگشت رحم بحال اول قرار داد. با این حال، قرار دادن بلافاصله بعد از خروج جفت با خطر خارج شدن تا 6 ماه پس از زایمان همراه است.

Barrier Methods

مزیت روش‌های بازدارنده پیشگیری از بارداری، از جمله کاندوم‌های لاتکس لوبریکه، کلاهک دهانه رحم، دیافراگم‌ها و اسپرمکش‌ها، عدم وجود هرگونه تاثیر بر شیردهی است. کاندوم دارای مزایای دیگری بجز ضد بارداری است، از جمله محافظت موثر در برابر عفونت‌های مقاربتی. نقطه ضعف روش‌های ممانعتی، اثربخشی کمتر از حد مطلوب در استفاده معمولی با نرخ شکست تقریباً 10٪ تا 20٪ در روش‌های مختلف. این داده‌ها بر اساس زنانی است که معمولاً عادت ماهانه طبیعی دارند و بنابراین، پس از شروع مجدد قاعدگی، احتمالاً برای زن شیرده نیز قابل استفاده است. استفاده از کاندوم در هر زمانی توصیه می‌شود، اما مادر شیرده باید قبل از استفاده از کلاهک ضد بارداری یا دیافراگم تا 6 هفته پس از زایمان صبر کند. دیافراگم‌ها و کلاهک‌های دهانه رحم ممکن است بعد از زایمان نیاز به جاگذاری مجدد داشته باشند.

روش آمنوره شیردهی:

روش آمنوره شیردهی (شکل 1-17) نشان داده شده است که در انواع محیط‌های فرهنگی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی-اقتصادی بسیار مؤثر است. در سطح جهانی به دلیل افزایش فاصله بین تولدکودکان، زایمان زودرس را کاهش می‌دهد. اگر شیرخوار به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه شود (یا به ندرت شیرمصنوعی کمکی دریافت می‌کند) و اگر اولین پریود بعدزایمان شروع نشده باشد، شیردهی بیش از 98٪ از بارداری در 6 ماه اول پس از زایمان محافظت می‌کند، اگرچه به ندرت ممکن است تخمک گذاری قبل از اولین قاعدگی رخ دهد. برای اثربخشی بهینه، فواصل بین تغذیه نباید از 4 ساعت در روز و 6 ساعت در شب تجاوز کند. شیوه‌های تغذیه ای غیر مستقیم، مثل دوشیدن، ممکن است قدرت و دفعات مکیدن را کاهش دهد. این به نوبه خود ممکن است پاسخ neuroendocrine مادر را تغییر دهد و در نتیجه احتمال از سرگیری تخمک گذاری قبل از اولین پریود را افزایش دهد. اگر توصیف مادر از میزان شیردهی او نشان می‌دهد که ممکن است برای سرکوب تخمک گذاری کافی نباشد، باید از یک روش جایگزین پیشگیری از بارداری استفاده شود.

برنامه‌های پیشگیری از بارداری جایگزین زمانی است که معیارهای سرکوب تخمک گذاری از روش آمنوره شیردهی برآورده نمی‌شود که باید در پرونده بیمار ذکر شود. استفاده از روش دیگر زمانی اندیکاسیون دارد که پریود مادر از سرگرفته شود، تغذیه انحصاری از سینه مادر انجام نمی‌شود، شیر خشک یا غذای کمکی شروع شود، یا شیرخوار به سن 6 ماهگی رسیده باشد. روش‌های استفاده از هورمون‌های انکروژن:

استفاده از ترکیبات هورمونی یک روش کاملاً پذیرفته شده و بسیار مؤثر برای جلوگیری از بارداری هستند. با این حال، معایب بالقوه ای وجود دارد که به طور کلی به وضعیت پس از زایمان و به طور خاص به مادران شیرده مربوط می شود، و این مضرات بر اساس روش هورمونی متفاوت است. بیشتر تحقیقات در مورد استفاده از داروهای ضد بارداری در دوران شیردهی بر سلامت شیرخوار و تامین شیر مادر متمرکز شده است. تحقیقات کمی روی دلایل مشکلات شیردهی یا برگشت پذیری آن متمرکز شده است.

داروهای ضد بارداری فقط با پروژستین

شامل قرص‌ها (مینی پیل)، تزریقی مدروکسی پروژسترون استات، ایمپلنت اتونورژسترل و IUDهایی که حاوی لونورژسترل هستند، می باشد

• مزایا: روش‌های فقط پروژسترون به طور سنتی به عنوان داروی پیشگیری از بارداری انتخابی برای مادران شیرده در نظر گرفته می‌شوند. مرکز CDC معیارهای صلاحیت پزشکی مبتنی بر شواهد را برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ایجاد کرده است، که بیان می‌کند برای زنان شیرده و غیر شیرده در دوره پس از زایمان، مزایای ضد بارداری فقط پروژسترون بیشتر است تا خطرات. در مقایسه با روش‌های غیرهورمونی، ضدبارداری‌های دارای پروژسترون هیچ اثر ثابت شده‌ای بر کیفیت یا حجم شیر انسان ندارند (جدول 1-17)

• زمان شروع. هیچ شواهد علمی شروع پیشگیری از بارداری فقط با پروژسترون را در اوایل دوره پس از زایمان ممنوع نمی کند. با این حال، کاهش معمولی پروژسترون 2 تا 3 روز از زایمان بخشی از فرآیند فیزیولوژیکی است که شیرسازی را آغاز می کند. بنابراین، نگرانی نظری وجود دارد که دادن پروژستین به مادر در چند روز اول قبل از استقرار شیرسازی می تواند در شیرسازی بهینه اختلال ایجاد کند. به دلیل تأخیر در بازگشت تخمک گذاری در همه زنان، در 3 هفته اول پس از زایمان، نیازی به پیشگیری از بارداری نیست و این تاخیر برای زنانی که به طور انحصاری شیر می دهند طولانی تر است. مراقبین بهداشتی باید پیشگیری از بارداری فقط با پروژسترون را 6 هفته پس از زایمان در زنانی که به طور انحصاری شیر می دهند و 3 هفته پس از زایمان در سایرین در نظر بگیرند. با این حال، ممکن است دلایل عملی برای شروع پیشگیری از بارداری در دوره بلافاصله پس از زایمان وجود داشته باشد، مانند عدم اطمینان در مورد فرصت های باز دیدهای بعدی و دسترسی به مراقبت های پیشگیری از بارداری.

داروهای ضد بارداری حاوی استروژن- پروژستین :

داروهای ضد بارداری حاوی استروژن- پروژسترون شامل قرص های روزانه، چسب های هفتگی، و حلقه های واژینال ماهانه و سالانه است.

• معایب: استفاده از داروهای ضد بارداری ترکیبی در زنان شیرده دارای معایب متعددی است. اولین عیب، که برای همه زنان پس از زایمان صدق می کند، سهم بالقوه جزء استروژن آن به حالت انعقادی پذیری دوره پس از زایمان (افزایش انعقادپذیری.م). علاوه بر این، استفاده از داروهای ضد بارداری حاوی استروژن در دوره پس از زایمان می تواند اثرات منفی بالقوه ای بر شیرسازی داشته باشد، از جمله کاهش تولید شیر که می تواند منجر به کاهش مدت شیردهی و افزایش نیاز به مصرف شیر کمکی شود. استروژن همچنین ممکن است به شیر منتقل شود (جدول 1-17 را ببینید).

• زمان سنجی: جدیدترین دستورالعمل های CDC بیان می کند که زنان نباید در 21 روز اول پس از زایمان از داروهای ضد بارداری ترکیبی هورمونی استفاده کنند زیرا خطر ترومبواMBOLی و ریدی غیرقابل قبول است. زنانی که هیچ فاکتور خطری ندارند ممکن است - فقط با احتیاط - از داروهای ترکیبی خوراکی در روزهای 21 تا 42 پس از زایمان استفاده کنند. محافظه کارانه ترین توصیه - یعنی به تعویق انداختن استفاده از داروهای ضد بارداری ترکیبی هورمونی تا حداقل 6 ماه پس از زایمان در زنان شیرده - عمدتاً از مطالعات قبلی در مورد داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی ناشی می شود که در آن از دوزهای بالاتر استروژن استفاده شده است. اکثر فرمولاسیون های امروزی دارای 35 میکروگرم یا کمتر استروژن هستند که برخی از آنها به 10 میکروگرم می رسد. در شرایطی که تأثیر نامطلوب دارو بر تولید شیر نگران کننده است، وگزینه هورمونی ترکیبی مورد نظر باشد استفاده از ترکیبی که کمترین استروژن را دارد و از طرفی شیرسازی به خوبی تثبیت شده باشد محتاطانه انجام شود. اگرچه داروهای ضد بارداری خوراکی پروژسترون برای زنان شیرده انتخابی است اگر شیردهی به خوبی تثبیت شده باشد و وضعیت تغذیه شیرخوار کنترل شود، می توان داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی را پس از 6 هفته از زایمان در نظر گرفت.

معیارهای طبی مناسب قابل قبول

CDC معیارهایی را برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در ایالات متحده منتشر کرده است و توصیه های خاصی را برای دوره پس از زایمان برای مادران شیرده و غیر شیرده ارائه می دهد. توجه

داشته باشید، توصیه‌ها بین IUD های هورمونی و غیر هورمونی تفاوتی قائل نمی‌شوند. علاوه بر این، توصیه‌ها برای استفاده از داروهای ضد بارداری ترکیبی هورمونی، زمان و عوامل خطر فردی مانند سن و خطر ترومبوآمبولی وریدی را در نظر می‌گیرند. این اطلاعات به عنوان یک برنامه قابل دانلود رایگان (برنامه پیشگیری از بارداری US MEC US SPR) در فروشگاه App Apple برای کاربران iOS و فروشگاه Google Play برای کاربران Android در دسترس است.

فصل 18 عوارض و موانع شیردهی

تخمین زده می شود که با انگیزه و حمایت کافی، اکثر مادران می توانند شیردهی طولانی مدت را شروع و حفظ کنند. حتی با وجود انگیزه و حمایت خانواده، کارفرما، جامعه و سیستم پزشکی، مادران با شرایط خاص پزشکی و روانی اجتماعی ممکن است به اهداف شیردهی خود نرسند. ندرتا، شیردهی به دلیل اندیکاسیون مادر یا نوزاد/شیرخوار توصیه نمی شود. برای ارائه راهنمایی های مناسب در مورد شیردهی، باید پزشکان تاریخچه قبلی شیردهی، سلامت پستان و سابقه جراحی و سابقه پزشکی را بررسی کنند و پستان ها را برحسب اندیکاسیون معاینه کنند.

شرایط فیزیکی :

اندازه سینه

اندازه سینه نشانگر موفقیت در شیردهی نیست. از آنجایی که بیشتر توده سینه بافت چربی است و نه بافت غده ای، سینه های کوچک که بلحاظ آناتومیک طبیعی هستند تقریباً همیشه دارای بافت غددی کافی برای تولید شیر کافی برای شیردهی هستند. با این حال، اندازه کوچک سینه ممکن است حجم شیری را که می تواند در سیستم غدد و مجاری خود ذخیره کند محدود باشد، که ممکن است نیاز به شیردهی مکرر برای تامین شیر کافی برای شیرخوار داشته باشد.

سینه های هیپوپلاستیک و استوانه ای

اگرچه شایع نیستند، اما رشد نادرست سینه، که گاهی اوقات با شکل استوانه مشخص می شود، با خطر بالای تولید ناکافی شیر همراه است. فاصله بین پستانی روی دیواره قفسه سینه معمولاً افزایش می یابد. هنگامی که در معاینه فیزیکی به این موضوع دقت شد، مشاوره قبل از زایمان با متخصص شیردهی می تواند به رفع چالش های احتمالی شیردهی کمک کند

بزرگ شدن سینه در دوران بارداری:

بزرگ شدن سینه در دوران بارداری عامل مهمی در موفقیت شیردهی است. اگر سینه ها در دوران بارداری بزرگ نشوند، تولید شیر ممکن است رخ ندهد و شیردهی انحصاری با شیر مادر ممکن است دشوار باشد. ممکن است عوامل هورمونی یا تشریحی علت باشد. صرف نظر از علت، کفایت تغذیه با شیر مادر، و به

ویژه اقدامات مربوط به مصرف کافی شیر، مانند وزن و رشد نوزاد، باید به دقت تحت نظر باشد (فصل 8).

آسیب سینه و جراحی سینه (BREAST):

چه به دلیل ضربه، ماموپلاستی کوچک کردن، ایمپلنت کردن یا برداشتن توده، آسیب سینه یا جراحی آن ممکن است دلیلی برای مشکلات شیردهی باشد. به طور کلی، باید شیردهی همچنان تشویق شود. کمک، نظارت و حمایت پزشکی اضافی باید در چند روز اول و بعد از آن برای اطمینان از تولید پایدار و موفق شیر ارائه شود. چالش های بالقوه در استقرار و شروع شیرسازی باید با مادر در میان گذاشته شود و تشویق و حمایت شود و به مشاور شیردهی با تجربه و تایید شده دسترسی داشته باشد.

ماموپلاستی کوچک کردن :

زنانی که تحت ماموپلاستی کاهش با تغییر موقعیت آرنول و نوک سینه ها قرار گرفته اند، اغلب در تولید کافی شیر مشکل دارند. شکاف اطراف آرنول ممکن است باعث قطع و مسدود شدن جریان شیر به داخل مجرای نوک پستان شوند و ممکن است عصب دهی هاله را مختل کنند. در این شرایط، موفقیت در شیردهی انحصاری نادر است. با این حال، ممکن است بدلیل کانالیزاسیون مجدد بتواند مقداری شیر تولید شود. در صورتی که نوک پستان و آرنول در حین جراحی روی ساقه خودش باقی بمانند، پیش آگهی شیردهی موفق بهبود می یابد. قبل از هر عمل جراحی پستان باید زنان با جراح سینه خود در مورد تأثیر آن بر شیردهی آینده مشورت کنند.

ماموپلاستی بزرگ کردن :

جراحی بزرگ کردن سینه با شیردهی موفقیت آمیز سازگار است، به خصوص اگر ایمپلنت پشت ماهیچه های سینه ای به دلایل صرفاً زیبایی قرار گرفته باشد. با این حال، ایمپلنت های بیش از حد بزرگ ممکن است بر ظرفیت سینه برای بزرگ شدن در طول شیرسازی تأثیر بگذارد و در نتیجه حجم شیری را که مادر می تواند ذخیره کند، محدود کند، همچنین جریان خون به بافت غدد پستانی را محدود کرده و در نتیجه تولید شیر را محدود می کند. دلایل زنان برای بزرگ کردن سینه ممکن است نیاز به توضیح داشته باشد. به عنوان مثال، بزرگ کردن سینه ممکن است برای شکل غیر طبیعی سینه یا عدم تقارن سینه انجام شده باشد، که ممکن است نشان دهنده ناکافی بودن بافت غده سینه برای حمایت از شیردهی باشد. تغییرات پستان در دوران بارداری و تولید شیر در دوره بلافاصله پس از زایمان باید به دقت کنترل شود.

: Lumpectomy

اگر برداشتن توده از پستان منجر به قطع یا برداشتن اعصاب و مجاری مهم شیر شده باشند ممکن است بر روی شیردهی تاثیر بگذارد. بزرگترین نگرانی، برش در اطراف محیط آرنول است. تولید شیر و افزایش وزن شیرخوار باید به دقت کنترل شود.

درمان قبلی سرطان سینه :

نشان داده نشده است که بارداری پس از درمان سرطان سینه عود سرطان را افزایش نمی دهد و ممکن است برای بقا مفید باشد. اگر زنی بخواهد بعد از زایمان بعدی شیر بدهد، معمولاً می تواند با استفاده از پستان سالم و در برخی موارد از هر دو پستان، اگر جراحی یا پرتودرمانی تداخلی نداشته باشد، این کار را انجام دهد. پرتودرمانی پس از برداشتن توده ممکن است منجر به شیرسازی ناکافی یا عدم وجود شیرسازی در سمت آسیب دیده شود. علاوه بر این، ممکن است نوزاد پستان سالم را ترجیح دهد، زیرا شیر در سمت تحت تاثیر رادیوتراپی ممکن است طعم متفاوت یا محتوای چربی متفاوتی داشته باشد. مادران باید تشویق شوند تا در مراحل اولیه درمان سرطان، اهداف تنظیم خانواده خود را با متخصص سرطان خود در میان بگذارند.

تروما و سوختگی:

اثر ضربه و سوختگی بافت پستان بر عملکرد شیرسازی به میزان آسیب مستقیم به مجاری و بافت غدد پستانی متفاوت است. حتی مادرانی که در دوران کودکی دچار سوختگی شدید قفسه سینه شده اند که نیاز به پیوند گسترده داشته اند، توانسته اند با موفقیت شیر دهند.

سوراخ کردن نوک پستان :

سابقه سوراخ شدن نوک پستان برای آویزان کردن جواهرات با مشکلات شیردهی همراه نبوده است، مگر اینکه عفونت یا اسکار وجود داشته باشد. آنچه به نوک سینه آویزان شده باید قبل از شیر دادن برداشته شوند تا از خطر خفگی شیرخوار جلوگیری شود. گاهی اوقات، ممکن است به طور مداوم شیر از مجاری بزرگتر تشکیل شده در نوک پستان نشت کنند.

موارد منع شیردهی (Contraindications)

خطر انتقال میکروارگانیزم ها از مادر به شیر نشان داده شده است. خطر برای شیرخوار بسته به ارگانیزم عفونی متفاوت است.

HIV در ایالات متحده، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) توصیه می‌کند که مادران مبتلا به HIV نباید به دلیل خطر انتقال عفونت به نوزاد یا شیرخوار نه شیر بدهند و نه شیرشان را اهدا کنند. به گفته CDC، حتی اگر مادرانی که با HIV زندگی می‌کنند داروهای ضد رتروویروسی (ARV) مصرف می‌کنند و بار ویروسی غیرقابل شناسایی داشته باشند، درمان ARV مادر و شیرخوار پس از زایمان برای از بین بردن کامل خطر انتقال از طریق شیردهی کافی نیست. یک نظرسنجی اخیر از پزشکان مراقبت‌های بهداشتی که از زنان مبتلا به HIV مراقبت می‌کنند، نشان داد که 75 درصد زنانی بودند که درخواست شیردهی کرده بودند، و 29 درصد زنانی که علیرغم توصیه‌های عدم شیردهی شیر داده بودند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده توصیه کرده است که زنان مبتلا به HIV که سؤالاتی در مورد شیردهی دارند، باید با یک متخصص HIV در مورد خطرات و مزایای شیردهی مشاوره مبتنی بر شواهد دریافت کنند و در صورت انتخاب شیردهی، باید به آنها توصیه شود که از روشهای با کاهش خطر برای به حداقل رساندن خطر انتقال HIV همراه باشند.

برخی از متخصصان ممکن است پروفیلاکسی را تا یک ماه پس از قطع شیردهی ادامه دهند. در آن سناریو، غربالگری منظم شیرخوار باید در طول شیردهی و تا 6 ماه پس از قطع تغذیه از سینه مادر ادامه یابد. در مقابل، در کشورهای کم درآمد/فقیر، که بیماری‌های عفونی و سوءتغذیه علل اصلی مرگ و میر شیرخواران هستند که در معرض HIV قرار دارند و آن‌هایی که در معرض ابتلا نیستند، خطرات سلامتی ناشی از عدم تغذیه با شیر مادر باید با خطر ابتلا به این بیماری سنجیده شود. در سال 2016، WHO توصیه‌های خود را برای شیردهی و زنان مبتلا به HIV به روز کرد. برای زنانی که در کشورهای کم درآمد زندگی می‌کنند، توصیه می‌شود تغذیه انحصاری از سینه مادر به مدت 6 ماه و ادامه شیردهی تا 24 ماه با درمان مداوم ضد رتروویروسی برای مادر و شیرخوار انجام شود. باید همه زنان به طور خاص در تغذیه مناسب نوزادان خود با استفاده از رویکرد بیمار محور و کاهش آسیب حمایت شوند. از شیر گرفتن باید به تدریج طی یک ماه اتفاق بیفتد. در این سناریو، باید پروفیلاکسی ARV (درمان ARV مادر یا پروفیلاکسی طولانی مدت شیرخوار) در طول شیردهی و دوره از شیر گرفتن انجام شود. به طور کلی، در صورتی که تغذیه جایگزین قابل قبول، امکان پذیر، مقرون به صرفه، پایدار و ایمن باشد، شیردهی در مادران آلوده به HIV ممنوع است.

:T-cell Lymphotropic Virus

به مادرانی که در ایالات متحده دارای ویروس T-لنفوتروپیک انسانی 1 (HTLV) یا HTLV-2 هستند، توصیه شود که نه شیر بفرزندشان بدهند و نه به بانک های شیر انسان شیرشان را اهدا کنند. شایان ذکر است، و باید در نظر داشت که در ژاپن، شیردهی در مادرانی که دارای عفونت های فعال با HTLV-1 و HTLV-2 هستند، آغاز می شود.

سل:

به دلیل نگرانی از انتقال سل از طریق تماس نزدیک با مادر، زنان مبتلا به سل ریوی فعال نباید نوزاد یا شیرخوار خود را (از سینه یا شیشه شیر بدهند، زنان نباید هیچ تماسی با نوزاد داشته باشند) تا زمانی که تحت درمان قرار گرفته . درمان آنتی بیوتیکی مناسب به مدت تقریباً 2 هفته و طبق تشخیص پزشک یا مسئول بهداشت عمومی دیگر مسری نیستند شیر بدهند. ارگانسیم وارد شیر نمی شود. بنابراین، مادران باید شیر خود را پمپاژ کنند تا فرد دیگری کودک را تغذیه کند. تا زمانی که شواهدی از ماستیت سلی که یک بیماری نادر است وجود نداشته باشد، می توان شیر دوشیده را به شیرخوار داد. اگر مادر تحت درمان سل ریوی فعال باشد، مانند رژیم ایزونیازید، ریفامپین و اتامبوتول، مقدار کمی ایزونیازید در شیر ترشح می شود. هیچ اثر شناخته شده ای از ایزونیازید ترشح شده بر شیرخوار وجود ندارد. نوزاد فقط در صورت مصرف ایزونیازید به مکمل پیریدوکسین نیاز دارد. در شرایطی که مادر مبتلا به سل ریوی فعال است، نوزاد باید تحت درمان با ایزونیازید باشد. هنگامی که زن مسری تلقی نشد، پس از 2 هفته درمان و نتایج منفی آزمایش خلط، دیگر نیازی به جداسازی مادر و شیرخوار نیست.

:Varicella-Zoster Virus

به نوزادان مادرانی که در حوالی زمان زایمان (5 روز قبل از تولد تا 2 روز پس از تولد) دچار آبله مرغان می شوند، باید ایمونوگلوبولین واریسلا زوستر داده شود و تا زمانی که ضایعات او (دلمه ببندند) پوسته ای شوند، از مادر جدا شوند. با این حال، شیر دوشیده مادر برای تغذیه نوزاد بی خطر است. از آنجایی که ترشح ویروس ضعیف شده واکسن واریسلا در شیر انسان مستند نشده است، اگر خطر مواجهه با ویروس طبیعی واریسلا زوستر بالا باشد، ممکن است واکسن آبله مرغان به مادران شیرده مستعد تزریق شود.

ویروس Herpes Simplex :

مادران مبتلا به ضایعات تبخال سینه نباید مستقیماً از سینه مبتلا شیر بدهند و باید ضایعات را بیوشانند تا از تماس با نوزاد یا شیرخوار جلوگیری شود. با این حال، مادران مبتلا به این ضایعات می‌توانند با خیال راحت از سینه سالم شیر بدهند. خود شیر ویروس را منتقل نمی‌کند. بنابراین، اگر در حین دوشیدن هیچ تماسی بین ضایعات سینه و شیردوش وجود نداشته باشد، می‌توان با خیال راحت از شیر برای تغذیه شیرخوار استفاده کرد. با این حال، اگر پمپ با ضایعات تبخال در تماس باشد، شیر باید دور ریخته شود. پمپاژ باید ادامه یابد تا تولید شیر حفظ و از احتقان و ماستیت جلوگیری شود. مادران مبتلا به تبخال تناسلی می‌توانند شیر بدهند ولی روش‌های صحیح شستن دست‌ها باید به شدت رعایت شود.

CMV:

سیتومگالوویروس (CMV) ممکن است در شیر مادران seropositive یافت شود. در نوزادان ترم و نوزادان سالم، بیماری علامت‌دار CMV در نتیجه انتقال از طریق شیر مادر غیر معمول است. نگرانی‌هایی وجود دارد که ممکن است نوزادان و شیرخواران نارس در معرض خطر بیشتری برای بیماری علامت‌دار باشند که به صورت سندرم‌های شبه سپسیس ظاهر شود. انجماد شیر دوشیده مادر ممکن است عفونی بودن CMV را کاهش دهد اما CMV را به طور قطع غیرفعال نمی‌کند. علاوه بر این، انجماد شیر مادر برای کاهش CMV بدون علامت ثابت شده، اما نه سندرم شبه سپسیس. بنابراین، منجمد کردن شیر مادر زنان مبتلا به CMV برای استفاده در نوزادان یا شیرخواران نارس توصیه نمی‌شود. پزشکان و خانواده‌های نوزادان نارس و خیلی کم‌وزن که در تصمیم‌گیری مشترک شرکت دارند، ممکن است مزایای شیر انسان را در مقابل خطرات عفونت CMV در نظر بگیرند. زنانی که در کمتر از هفته 32 بارداری نوزادی به دنیا می‌آورند می‌توانند از نظر CMV غربالگری شوند. می‌توان پاستوریزاسیون بروش Holder (62.5) درجه سانتیگراد [144.5 درجه فارنهایت] به مدت 30 دقیقه) و پاستوریزاسیون کوتاه مدت (72 درجه سانتیگراد [161.6 درجه فارنهایت] به مدت 5 ثانیه) را برای شیر زنان CMV مثبت با نوزاد خیلی کم‌وزن در نظر بگیرند زیرا به نظر می‌رسد این روش‌ها CMV را غیرفعال می‌کنند. توجه به این نکته ضروری است که پاستوریزاسیون کوتاه مدت ممکن است آسیب کمتری به ترکیبات مفید شیر انسان وارد کند. شواهد کافی برای حمایت از قطع شیر مادر به دلیل خطر انتقال CMV وجود ندارد.

هپاتیت B :

نوزادانی که از مادران آنتی ژن سطحی هپاتیت B مثبت متولد می شوند باید به طور معمول ایمونوگلوبولین هپاتیت B و واکسن هپاتیت B را کمی بعد از تولد (زود؟ short after birth) دریافت کنند و نگرانی های مربوط به انتقال از طریق شیردهی را از بین ببرند. نیازی به تأخیر در شروع شیردهی تا پس از ایمن سازی نوزاد نیست، زیرا شیردهی حتی قبل از در دسترس بودن واکسن منع مصرف نداشت.

هپاتیت C :

هم ویروس هپاتیت C و هم آنتی بادی هپاتیت C در شیر انسان شناسایی شده اند. با این حال، هیچ گزارشی مبنی بر ابتلای نوزادان یا شیرخواران به عفونت فعال هپاتیت C از طریق شیردهی وجود ندارد. عفونت هپاتیت C مادر منع مصرف شیردهی نیست. با این حال، اگر مادر در حین شیردهی دچار ترک خوردگی یا خونریزی نوک سینه شد، باید شیردهی مستقیم را متوقف کند و شیر خود را پمپ کرده و دور بریزد تا نوک سینه بهبود یابد.

آنفلوانزا (شامل H1N1 [آنفلوانزای خوکی]):

اگر مادری که پس از زایمان در بیمارستان بستری شده است مشکوک به ابتلا یا تایید آنفلوانزا باشد، CDC توصیه می کند که مراکز به طور موقت او را از نوزادش جدا کنند. با این حال، او همچنین باید تشویق شود که شیر دوشیده را برای نوزاد فراهم کند. پیشنهاد می شود تا زمانی که مادر بیش از 24 ساعت تب نداشته باشد و بتواند سرفه و ترشحات تنفسی خود را کنترل کند، ایزولاسیون ادامه یابد. شیردهی در طول درمان مادر با داروهای ضد ویروس آنفلوانزا بی خطر است. مادرانی که پس از مواجهه برای کاهش شدت آنفلوانزا تحت درمان ضد ویروسی پیشگیرانه قرار می گیرند، باید تشویق شوند تا زمانی که علائم آنفلوانزا مانند تب، سرفه یا گلودرد ندارند، به شیردهی ادامه دهند. واکسن آنفلوانزا ممکن است در زنان شیردهی که قبلا واکسینه نشده اند و در طول فصل آنفلوانزا شیر می دهند، ارائه شود.

عفونت های دیگر:

زنان مبتلا به بروسلوز درمان نشده تا زمانی که تحت درمان قرار نگرفته اند از شیردهی یا دادن شیر خودداری کنند، در حالی که زنان مبتلا به ویروس نیل غربی، ویروس زیکا و SARS-CoV-2 ممکن

است شیر بدهند در مورد اخیر، به مادران توصیه می شود در هنگام شیردهی مستقیم، بهداشت دست و استفاده از ماسک را رعایت کنند.

واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی:

واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) خطری برای نوزادان یا شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند ایجاد نمی کند، زیرا این ویروس غیرفعال شده است. بر اساس برچسب واکسن، واکنش‌های نامطلوب در شیرخواران مادرانی که واکسن HPV دریافت می‌کنند مشابه شیرخواران مادران غیر ایمن‌شده شیرده است، به استثنای افزایش بروز بیماری‌های حاد تنفسی. بنابراین، هنگام ارائه واکسن HPV به مادرانی که شیرخوارشان ممکن است در برابر بیماری‌های تنفسی آسیب‌پذیر باشد، مانند نوزادان نارس، شیرخواران مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی، و شیرخوارانی که مشکلات تنفسی مزمن دارند، با احتیاط باشند. (فصل 12). همه واکسن‌های دیگر، از جمله واکسن‌های کووید-19، بی‌خطر هستند و باید در مادرانی که شیر می‌دهند تشویق شوند. لطفاً برای به روز رسانی مداوم، به کتاب قرمز فعلی آکادمی اطفال آمریکا (<https://publications.aap.org/redbook>) مراجعه کنید.

Substance Use and Substance Use Disorder: مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد

همه مادران باردار باید از نظر مصرف و سوء مصرف مواد با استفاده از ابزار غربالگری معتبر غربالگری شوند. کسانی که نتایج غربالگری یا آزمایش مثبت دارند باید برای پشتیبانی و خدمات مناسب ارجاع داده شوند. مادران مبتلا به اختلال مصرف مواد، از جمله مواد افیونی و سایر داروها، باید در مورد خطرات شیردهی در حین استفاده فعال از موادی که ممکن است برای شیرخوار مضر باشد، مشاوره بگیرند. مادران باید تشویق شوند تا از شیر دادن خودداری کنند یا شیر خود را پمپ کنند و دور بریزند تا زمانی که دیگر از داروهایی که ممکن است بر شیرخوارشان تأثیر منفی بگذارد استفاده نکنند. مصرف کوکائین توسط مادر یک خطر بزرگ برای شیرخوار است (به فصل 16، مراجعه کنید).

الکل:

الکل یکی از محدود موادی است که توسط مادر شیرده مصرف می شود که می تواند غلظت بالایی در شیر انسان داشته باشد. پس از مصرف مقادیر زیاد الکل، نوزادان و شیرخواران ممکن است از شیر مادر امتناع کنند یا الگوی تغذیه خود را تغییر دهند. همچنین ممکن است خواب آلود شوند و خوب شیرنخورند. باید مادران در مورد خطرات صدمات بدنی به فرزندشان در هنگام مراقبت از او پس از مصرف بیش از حد

الکل اخطار بگیرند. از آنجایی که سطح الکل در شیر مادر تقریباً با سطح الکل خون موازی است، باید به مادران توصیه شود که مصرف الکل را در دوران شیردهی محدود کنند (ه فصل 16). مصرف متوسط الکل توسط مادر شیرده (حداکثر 1 نوشیدنی استاندارد در روز) برای شیرخوار مضر شناخته نشده است، به خصوص اگر مادر حداقل 2 ساعت پس از یک نوشیدن صبر کند یا 2 ساعت بعد بدو شد و بدهد especially if the mother waits at least 2 hours after a single drink before nursing or expressing . milk to be fed to the infant

حداکثر سطح الکل 30 تا 60 دقیقه پس از مصرف وارد شیر می شود. بنابراین، اگر مادر حداقل 2 ساعت بعد از یک نوشیدنی منتظر شیردهی یا دوشیدن شیر بماند، خطر ممکن است محدود شود، و مصرف را محدود کند، که 5 اونس شراب، 12 اونس آب جویا 1.5 اونس الکل تقطیر شده بیشتر نشود.. مصرف متوسط الکل توسط مادر شیرده (حداکثر 1 نوشیدنی استاندارد در روز) برای شیرخوار مضر شناخته نشده است، به خصوص اگر مادر حداقل 2 ساعت پس از یک نوشیدن شیر بدهد یا 2 ساعت بعد از خوردن برای شیرخوار بدو شد. (وقتی خداوند متعال مشروبات الکلی را منع فرماید و حرام باشد یک قطره اش هم مضرات است و در اسلام حتی نشستن بر سر سفره یا میزی که شراب باشد را جایز نمی دانند اما چون ترجمه است ناچاراً نوشته شد.م)

سیگار کشیدن و سیگار الکترونیکی :

متابولیت های دود سیگار در نوزادان و شیرخوارانی که در محیطی زندگی می کنند که در آن دخانیات دود می شود، یافت شده است. سیگار کشیدن مادر یک عامل خطر اصلی برای سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) است. در نتیجه، مادران باید در دوران بارداری و شیردهی از مصرف دخانیات منصرف شوند و با تشویق اطرافیان خود به پرهیز از استعمال دخانیات و به دنبال حضور در محیطی عاری از دود باشند. مادرانی که در دوران بارداری توانستند سیگار را ترک کنند یا مصرف سیگار خود را کاهش دهند، باید هشدار داده شود که استرس های ناشی از بچه دار شدن ممکن است منجر به شروع مجدد عادت سیگار کشیدن یا بازگشت تدریجی به الگوهای رفتاری قدیمی شود. با این حال، اگر مادری به سیگار کشیدن ادامه دهد، باید به خاطر خواص محافظتی شیر مادر، به خصوص در مورد بیماری های تنفسی و SIDS، به شیردهی تشویق شود. همیشه باید توصیه به خانه و محیط بدون دود شود. به مادران و سایر اطرافیان شیرخوار توصیه شود که در حضور نوزادان، شیرخواران و کودکان سیگار نکشند (فصل 16). استفاده از سیگارهای الکترونیکی هم ایمن نیست و یک روش ثابت شده برای ترک سیگار نیست (فصل 16)

حشیش: Cannabis

خطرات احتمالی قرار گرفتن نوزادان و شیرخواران در معرض حشیش و متابولیت های آن در اثر شیردهی نگران کننده است. مادران باید از خطرات احتمالی قرار گرفتن در معرض آن در دوران شیردهی مطلع شوند و باید تشویق شوند که از مصرف هر گونه محصولات cannabis در دوران شیردهی خودداری کنند. اگر مادر در مصرف حشیش اصرار داشته باشد، باید با استفاده از رویکرد کاهش آسیب، شیردهی را برای خواص محافظتی شیرش تشویق کرد (فصل 16).

Opiates مواد افیونی :

مادرانی که با درمان به کمک دارو و پرهیز از مواد افیونی غیرقانونی ترک کرده تثبیت شده و به ثبات رسیده و به ثبت رسیده اند، باید در شیر دادن به نوزادان و شیرخوار خود حمایت شوند. شیردهی در حین مصرف متادون بی خطر در نظر گرفته می شود. با این حال، ممکن است خطر تخدیر و سرکوب تنفسی را به همراه داشته باشد، به خصوص اگر نوزاد در داخل رحم در معرض متادون قرار نگرفته باشد. فقط مقادیر کمی از بوپرنورفین وارد شیر انسان می شود که هیچ گونه عوارض جانبی در نوزادان و شیرخواران مشاهده نمی شود. شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند نسبت به نوزادانی که شیرمادر نمی خورند به درمان کمتری برای سندرم ترک نیاز دارند و مدت درمان کوتاه تر است .

داروها:

اکثر داروها با شیردهی سازگار هستند - یا اگر سازگار نیستند، به احتمال زیاد یک داروی جایگزین وجود دارد و باید به جای آن در نظر گرفته شود (فصل 16). منابعی که سازگاری دارو با شیردهی را تضمین می کنند شامل داروهای دکتر توماس هیل و شیر مادر، مرکز خطر نوزاد در دانشگاه تگزاس (<https://www.infantrisk.com>) است. برگه اطلاعات دارویی MotherToBaby (<https://mothertobaby.org/fact-sheets>); و پیوست G این کتاب، "انتقال داروها و درمان ها به شیر مادر: به روز رسانی در مورد موضوعات انتخاب شده" است. (Resources that ensure medication compatibility with lactation include Dr Thomas Hale's Medications and Mother's Milk, Infant Risk Center at Texas Tech University (<https://www.infantrisk.com>); MotherToBaby medication fact sheets (<https://mothertobaby.org/fact-sheets>)).

Drugs and)org/fact-sheets); and Appendix G of this book, “The Transfer of Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics.

درمان سرطان:

مادران مبتلا به سرطان سینه یا سایر سرطان ها نباید درمان را به تأخیر بیندازند تا در نتیجه بتوانند به فرزندشان شیر بدهند. بسته به نوع درمان، مادری که تحت شیمی درمانی ضد متابولیت قرار می گیرد، ممکن است بتواند با پمپ کردن و دور ریختن شیر خود پس از هر درمان تا زمانی که ماده شیمیایی پاک شود، شیر دهد.

پرتودرمانی

به طور کلی با شیردهی سازگار است. با این حال، پرتودرمانی پستان ممکن است به طور قابل توجهی به بافت غده سینه آسیب برساند و برای عملکرد شیردهی پستان آسیب دیده در آینده مضر باشد (به بخش قبلی درمان سرطان پستان در ابتدای این فصل مراجعه کنید).

رادیوداروها

مادرانی که به آنها ایزوتوپ های رادیواکتیو درمانی داده می شود یا به طور تصادفی در معرض مواد رادیواکتیو قرار گرفته اند، تا زمانی که رادیواکتیویته در شیر وجود دارد، نباید شیر بدهند (فصل 16) و فصل 19).

موارد منع مصرف شیرمادر در نوزادان و شیرخواران:

شیرخواران مبتلا به گالاکتوزمی کلاسیک (کمبود UDP-گلوز-هگروز 1-فسفات یوریدیل ترانسفراز) نمی توانند شیر حاوی لاکتوز را بخورند. از آنجایی که لاکتوز کربوهیدرات اصلی شیر انسان و گاو است، نوزادان و شیرخواران مبتلا به گالاکتوزمی کلاسیک نباید از شیر مادر تغذیه کنند یا شیر خشک حاوی لاکتوز دریافت کنند. با این حال، در برخی از اشکال ژنتیکی خفیف تر گالاکتوزمی، شیردهی نسبی ممکن است امکان پذیر باشد.

در سایر بیماری های متابولیک مادرزادی نوزادان و شیرخواران ممکن است مقداری شیر انسان را بخورند، اما این توصیه به میزان پروتئین دریافتی مورد نظر و عوامل دیگر بستگی دارد. به عنوان مثال، فنیل کتونوری با ترکیبی از شیردهی نسبی و شیر خشک بدون فنیل آلانین مدیریت شده است. شیر انسان در

مقایسه با شیر خشک حاوی سطوح نسبتاً کمی فنیل آلانین است. بررسی اخیر داده‌های شیرخوارانی که با فنیل کتونوری از سینه مادر تغذیه می‌شوند، افزایش وزن بالاتر و سطح فنیل آلانین سرم پایین‌تری را در سال اول زندگی دارند تا آنها که محروم از شیرمادر هستند بنابراین شیردهی باید تشویق شود.

فصل 19

مسائل مربوط به تغذیه با شیرمادر در بلایا و حوادث و مصیبت ها

بلایا و مصیبت ها : چه طبیعی و چه ساخته شده توسط انسان، اغلب مردم را از غذا، آب تمیز، گرما و حرارت، سرپناه، پوشاک، دارو و سایر مایحتاج ضروری محروم می کند. نوزادان و شیرخواران از آسیب پذیرترین جمعیت ها هستند، زیرا برای تغذیه و ادامه حیات به بزرگسالان وابسته هستند. نیازها در طول تلاش برای بهبودی اوضاع متفاوت خواهد بود، اما تغذیه ایمن نوزادان و شیرخواران در اولویت است و باید مورد توجه باشد. دسترسی به آب آشامیدنی، ظروف تغذیه تمیز، و برق اغلب ممکن است در بلایا و فجایع محدود باشد، و لازم است مراقبت لازم به عمل آید که تغذیه شیرخواران بنحوی تنظیم شود که باعث حفظ سلامتشان شود. ممکنست مراقبین بخواهند تغذیه با شیر خشک را ادامه دهند یا ندهند اما اگر تغذیه مصنوعی را انتخاب کنند با توجه به شرایط بحران اقدامات احتیاطی بیشتری برای اطمینان از تغذیه ایمن نوزاد و شیرخوار لازم است. در این مواقع، شیر انسان به شدت توصیه می شود، زیرا تمیزترین و ایمن ترین راه را برای تغذیه نوزاد، شیرخوار و کودک خردسال در اکثر شرایط و موقعیتها فراهم می کند. تغذیه از سینه مادر مواد مغذی را بدون وابستگی و نیاز به منابع و وسایل اضافی فراهم می کند، بهداشتی است، نیازی به برق یا یخچال برای آماده سازی یا نگهداری ندارد، و در دمای مناسب، بدون نیاز به گرم کردن یا سرد کردن ارائه می شود. علاوه بر این، نوزاد یا شیرخوار را در تماس با مادر نگه می دارد که از قرار گرفتن در معرض هیپوترمی جلوگیری می کند. تغذیه از سینه مادر در برابر بیماری های عفونی، بخصوص اسهال و بیماری های تنفسی، محافظت می کند، چرا که نوزادان و شیرخواران در طول یک فاجعه و مصیبت بیشتر در معرض خطر قرار می گیرند، زیرا سیستم ایمنی آنها تکامل نیافته است، و به نحو موثری قادر به دفاع در مقابل عفونت های میکروبی نیستند. امنیت و گرمای حاصله توسط شیردهی برای مادران و شیرخواران در شرایط آشفته و درهم ریخته اضطراری و بحران بسیار مفید و مهم است. علاوه بر این، شیردهی به مادر این امکان را می دهد که علیرغم استرس و احساس درماندگی که ممکن است در طول یک فاجعه و مصیبت رخ دهد، به طور مستقل زندگی کودک خود را تامین کند. علاوه بر این نگرانی های فوری، استفاده از شیر خشک (فرموله) برای شیرخواران در بلایا معایب زیادی دارد. ممکن است در ابتدا در دسترس نباشد، یا ممکن است قبل از بهتر شدن اوضاع تمام شود و در دسترس نباشد. اشتباهات در آماده سازی شیر مصنوعی ممکن است در هر زمان رخ دهد، به خصوص در زمان هرج و مرج یک فاجعه. آبی که با

پودر شیر یا شیر تغلیظ شده مخلوط می شود ممکن است آلوده باشد و هیچ روشی برای استریل کردن شیر خشک، بطری ها یا سرشیشه ها وجود نداشته باشد و در نتیجه خطر ابتلا به اسهال و استفراغ را ایجاد کند. شیر مصنوعی نیاز به نگهداری و جابجایی مناسب در دماهای توصیه شده دارد تا از خراب شدن آن جلوگیری شود، در حالی که دمای موجود به آب و هوای غالب در منطقه فاجعه بستگی دارد. علاوه بر این، اگر برق در دسترس نباشد، فرمولای باز شده یا آماده شده را نمی توان با استفاده از یخچال نگهداری کرد.

سناریوهای بحران و بلایا استرس زا هستند و توزیع بی رویه شیر خشک در این موقعیت ها ممکن است به اشتباه، مادران را تحت تاثیر قرار دهد تا باور کنند که شیر خشک جایگزین بهتری نسبت به شیردهی است و اعتماد بنفس آنها را نسبت به توانشان برای تولید مقادیر کافی شیر برای فرزندشان تضعیف کند. ممکن است مادران شیرده دچار اضطراب یا احساسات دیگری شده باعث شود تغذیه مصنوعی را انتخاب کنند، که در شرایط بهداشتی نامناسب، روشی ایمن برای تغذیه شیرخوار نیست. ممکن است شیر خشک را انتخاب کنند زیرا به راحتی در دسترس است، زیرا نمی توانند آب کافی یا مایعات دیگر بنوشند تا شیر خود را حفظ کنند، یا به این دلیل که فکر میکنند کودکان شیر کافی دریافت نمی کند، اما زمانی که شیر خشک در شرایط بهداشتی نامناسب داده می شود، نوزادان یا شیرخواران در معرض خطر قرار می گیرند. لذا حمایت و تشویق به شیردهی مادران در شرایط بحران و بلایا بسیار حیاتی تر است. اگر مادران به شیر خشک متکی شوند، شیر مادرشان کاهش می یابد و اگر میزان شیر خشک ارائه شده به منطقه بحران کاهش یابد، شیرخوار در خطر خواهد بود. به همین دلیل و بیشتر، رسانه هایی که چنین فجایع و بلایا را پوشش می دهند باید برای ترویج تغذیه انحصاری از سینه مادر، از جمله پیام های اضطرابی دیگر، گزارش و پیام تهیه کنند و ارائه دهند.

علاوه بر این، در شرایط بحرانی و فاجعه بار شدیدتر که دریافت کمک به تاخیر می افتد، هدف از تامین رفاه و راحتی و تسکین نوزادان و شیرخواران و بهترین راه برای نجات شیرخواران آسیب پذیر باید حفظ رابطه تغذیه از سینه مادر باشد و باید به زنانی که شیردهی را متوقف کرده اند کمک کرد تا به شیردهی مجدد بازگردند (relactation;) (فصل 13). برای شیرخوارانی که با موفقیت از سینه مادر شیر می خورند، تامین غذا و آب تمیز برای مادر شیرده باید در اولویت باشد تا شیرخوار-این استراتژی است که هم به مادر و هم به شیرخوار کمک می کند، در حالی که به هیچ کدام آسیب نمی رساند. به خصوص اگر کمبود غذای کمکی و ایمن برای شیرخواران بزرگ تر از 6 ماه وجود داشته باشد، متخصصان مراقبت های بهداشتی می توانند به مادران اطمینان دهند که شیر آنها می تواند در غیاب سایر غذاها در سال اول و بعد از آن، سهم مهم

و قابل توجهی را در تغذیه کودک داشته باشد. شیر انسان غذایی کامل و بهترین منبع غذایی در بحران هاست . لازم به ذکر است که در شرایط بحران ، ارزیابی مادر شیرده باید شامل وضعیت هیدراتاسیون و تغذیه ایشان باشد.

Disaster Preparation: آماده سازی برای بلایا و بحران

آماده سازی در مورد بلایا و بحرانها برای نجات جانها و بازیابی و بهبود مؤثر اوضاع ضروری است. یک طرح آمادگی در برابر بلایا باید شامل استراتژی‌های حمایتی از شیردهی باشد تا اطمینان حاصل شود که مطمئن ترین و مؤثرترین روش برای تغذیه نوزادان و شیرخواران تدارک دیده شده است. توصیه می‌شود که راهبردهای حمایت از شیردهی و تغذیه ایمن توسط آژانس‌های امدادی، سازمان‌ها، پناهگاه‌ها و بیمارستان‌ها اتخاذ شود. برنامه های آمادگی برای بحران و بلایا باید شامل موارد زیر باشد:

- ارزیابی سریع تغذیه نوزادان، شیرخواران و کودکان خردسال، برای به دست آوردن اطلاعات کلیدی در مورد تعداد کودکانی که به تغذیه نیاز دارند و نیازهای تغذیه ای آنها. از ارائه غیر ضروری شیر خشک به مادران شیرده باید در حین انجام ارزیابی دقیق نیازهای تغذیه نوزاد، شیرخوار و خردسال خودداری شود.
- استراتژی هایی برای جلوگیری از جدایی مادران و شیرخواران در حین حمل و نقل، تخلیه و سرپناه، و همچنین نظارت، ردیابی، و طرح به هم پیوستن مجدد برای آنها که در شرایط بحران از هم جدا می شوند. برای مادران شیرده، جدایی می تواند خطر ابتلا به ماستیت را افزایش دهد.
- ایجاد مکانهای حفاظت شده برای مادران دارای نوزادان، شیرخواران و کودکان خردسال، که در صورت نیاز به مکان خصوصی و ایمن برای شیر دهی بتوانند راحت شیر بدهند.
- اگر مادر بخواهد بدوشد وسایلی چون ظروف و بطری ها و سرشیشه در فهرست لوازم تغذیه فوری شیرخوار قرار داشته باشد. دوشیدن با دست را می توان با موفقیت آموزش داد و برای تغذیه شیرخوارانی که نمی توانند مستقیماً از سینه مادرشان شیر دریافت کنند، استفاده کرد. شیردوش های دستی یا برقی در صورت لزوم استفاده شوند، و مطمئن شوید که بهداشت مناسب تجهیزات انجام شود. استفاده از وسایل تغذیه کمکی شیردهی (مکمل رسان) و پمپ های شیردوشی فقط در مواقعی باید مورد توجه قرار گیرد که استفاده از آنها حیاتی باشد و در جایی که امکان تمیز کردن کافی وجود دارد. اگر قرار است شیر برای ذخیره سازی دوشیده شود، باید یخچال کافی و ایمن در دسترس باشد.

• حضور متخصصان حمایت از شیردهی در جامعه برای کمک به مادران شیرده و رفع مشکلاتی که ممکن است برای تداوم شیردهی پس از بلایا و بحران ایجاد شود و نیز در صورت لزوم مهارت های تولید مجدد شیر و تکنیک های دوشیدن شیر را به آنها آموزش دهند. حتی زنانی که قبلاً شیر نمی دادند، می توانند سعی کنند با تحریک مناسب و با پیروی از استراتژی های تولید مجدد شیر، شیردهی را برقرار کنند (فصل 13). حفظ لچ و پوزیشن مناسب در حین شیردهی برای شروع موفقیت آمیز و تداوم شیردهی ضروری است و ممکن است نیاز به حمایت کننده متخصص در این امور داشته باشد. (آخر فصل)

• یک طرح آموزشی برای آژانس های امداد فوریت ها (یعنی همه کارکنان نظارتی، فنی و غیر فنی و داوطلبین) برای اطمینان از اجرای کافی استراتژی هایی است که به طور مناسب از شیردهی حمایت و محافظت می کند و لذا باید از متخصصان آگاه مراقبت های بهداشتی در بلایا برای حمایت از شیردهی استفاده کرد. این آموزش ها باید شامل روش های حمایتی مناسب از شیردهی، از جمله ارائه حمایت عاطفی مادران باردار یا شیرده باشد و همچنین آموزش نحوه برخورد با پدران و سایر اعضای خانواده که متوجه شوند چرا ادامه شیردهی برای مادر ضروری است. و این که باید مادر هیدراته باشد و تغذیه و حمایت مناسب دریافت کند. همچنین باید طرح آموزش به انتظارات فرهنگی و تجربیات شخصی کارکنان و داوطلبان بپردازد که حمایت از شیردهی انجام و موانع برطرف شود.

• داشتن استانداردهایی برای اطمینان از ذخیره و توزیع ایمن شیر خشک خریداری شده و اهدایی، برای شیرخوارانی که علیرغم بهترین تلاش ها، به آن نیاز دارند. تهیه و توزیع باید نیازهای غذایی ویژه آن دسته از شیرخوارانی را که با شیر خشک تغذیه می شوند در نظر بگیرد (مثلاً آنهایی که به شیرخشک رژیمی نیاز دارند). شیرمصنوعی آماده مصرف نسبت به سایر شیرمصنوعی پودری که نیاز به آب بطری یا تمیز برای درست کردن دارند ارجح است. در تغذیه مصنوعی علاوه بر ظروف نگهداری، بطری ها و سرشیشه های تمیز، به لوازم تمیزکننده نیز نیاز دارد (به عنوان مثال، آب، صابون، برس، سطح تمیز، دسترسی به سفید کننده یا گرما برای ضد عفونی کردن ظروف تغذیه و دست های والدین). همچنین برای تهیه، نگهداری و تمیز کردن اقلام به فضایی نیاز است که حمام نباشد، و اینها در یک پناگاه و سرپناه چالش برانگیز است. در شرایطی که دسترسی به آب تمیز وجود ندارد و بطری ها و سرشیشه ها درست تمیز نمی شوند، ممکن است لازم باشد فنجان های یکبار مصرف در دسترس باشند. داوطلبان امداد فوریت ها باید در مورد نحوه تغذیه ایمن به شیرخواران با فنجان آموزش ببینند.

حمایت تغذیه شیرخوار از سینه مادر در بلایا و مصیبت‌ها،

نقش متخصصان مراقبت‌های بهداشتی حتی مهم‌تر می‌شود، زیرا آنها باید بتوانند نیازهای نوظهور را شناسایی کرده و از اجرای استراتژی‌هایی برای حفظ شیر مادر به عنوان یک اقدام نجات‌دهنده برای نوزادان، شیرخواران و خردسالان حمایت کنند. در دوره بلافاصله پس از فاجعه، برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مهم است که از حفظ خانواده‌ها در کنار هم حمایت کنند. و برای مادران باردار و شیرده پناهگاه‌های امن آماده کند. این پناهگاه‌ها باید امنیت داشته باشد امکان مشاوره، تامین آب تمیز و غذا و همچنین محیطی امن برای شیردهی یا دوشیدن شیر فراهم کنند، از جمله فراهم کردن یک منطقه خصوصی یا راهی برای شیر دادن با حفظ حریم خصوصی در صورت تمایل مادر. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند با اختصاص فضاهای اداری و بیمارستانی یا با تشکیل این مناطق در داخل پناهگاه‌های دیگر در ایجاد چنین پناهگاه‌هایی کمک کنند. زنان باردار و مادران شیرده باید در بدو ورود به پناهگاه شناسایی شوند و از آموزش، اطمینان بخشی و حمایت برای حفظ و افزایش شیر خود برخوردار شوند. آنهایی که در طول یک بحران زایمان می‌کنند باید در مورد اهمیت شیردهی برای نجات زندگی یک انسان آگاه شوند و باید در شروع و ادامه تغذیه انحصاری از سینه مادر حمایت شوند. علاوه بر این، زنان شیرده باید در لیست اولویت آب تمیز و غذا قرار گیرند.

در پورتوریکو پس از طوفان ماریا در سال 2017، متخصصان زنان و زایمان فیلترهای آب را به زنان باردار و پس از زایمان باهدف ترویج تغذیه با شیر مادر و فراهم کردن منبع کافی آب آشامیدنی برای هیدراتاسیون، توزیع کردند. این یک تلاش مشترک بین کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان و وزارت بهداشت پورتوریکو بود. نام کمپین ابتکار اهدای آب برای شیر. این کمپین به عنوان الگویی برای سایر جوامع یا مناطق آسیب دیده از بلایا عمل می‌کند. (AAP (aap.paped@gmail.com تماس بگیرید.

باید مادران را مطمئن کرد که استرس باعث خشک شدن شیر آنها نمی‌شود و حتی زنانی که سوء تغذیه دارند نیز می‌توانند با موفقیت شیر بدهند. مادران شیرده باید تشویق شوند تا حد امکان به طور انحصاری فرزندشان را از سینه خود تغذیه کنند، به آنها آموزش داده شود که عرضه بهینه شیر انسان با تقاضای کودک حفظ می‌شود و با تغذیه مناسب و هیدراتاسیون بیشتر حمایت شوند. به مادرانی که به تازگی فرزندشان را از شیر گرفته‌اند (شیرخوار و کودک خردسال) باید آگاهی داد که امکان واقعی برای تولید مجدد شیر وجود دارد. زنانی که مایل به تولید مجدد شیر هستند باید به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی یا مشاوران شیردهی که در نحوه ایجاد شیردهی مجدد آگاه هستند معرفی کرد تا مواد لازم و برگه‌های اطلاعات لازم را در اختیارشان

بگذارند. در صورت جدا شدن مادر و شیرخوار و در دسترس نبودن شیردوش، باید نحوه دوشیدن شیر با دست را به مادران نشان داد تا تولید شیر قطع نشود و از ماستیت جلوگیری شود. کسانی که با دست شیر می‌دوشند باید دست‌هایشان تمیز و ضدعفونی شده باشد. این امر در هنگام استفاده از شیردوش یا تهیه شیر خشک نیز صدق می‌کند. در غیاب آب تمیز، ضدعفونی کردن دست ممکن است با استفاده از یک ضدعفونی کننده دست مبتنی بر الکل که حداقل 60 درصد الکل دارد، انجام شود. می‌توان زنان شیرده را طبق توصیه برای بزرگسالان و نوجوانان برای محافظت در برابر سرخک، اوریون، سرخجه، کزاز، دیفتری، سیاه سرفه، آنفولانزا، استرپتوکوک پنومونیه، مننگوکوک، هپاتیت A، هپاتیت B، آبله مرغان و فلج اطفال واکسینه کرد. آنتی‌بیوتیک‌ها و سایر داروها که در بحران در اختیار مردم قرار می‌گیرد معمولاً با شیردهی سازگاری دارند. به شدت توصیه می‌شود که مادران برای محافظت از نوزادان و شیرخواران خود بر علیه آنفولانزا واکسینه شوند چون شیرخواران نمی‌توانند تا سن 6 ماهگی واکسینه شوند.

اگرچه مقدار کمی diethyltoluamide وارد شیر انسان می‌شود، اما اگر برای استفاده به عنوان دافع حشرات استفاده می‌شود، بهتر است میزان در معرض قرار گرفتن مادر شیرده محدود شود. فقط روی لباس و پوست در معرض مثل دست و صورت استفاده شود و هرگز در ناحیه سینه استفاده نشود و در صورت توصیه به استفاده از ضد آفتاب، قبل از دافع حشرات استفاده شود.

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید از گزینه‌های تغذیه بهینه و مطلوب برای (الف) شیرخواران یتیم و شیرخوارانی که از مادرشان جدا شده‌اند و (ب) کسانی که مادرانشان نمی‌توانند شیردهی کنند، حمایت کنند. هنگامی که شیر خود مادر در دسترس نیست، بهترین گزینه بعدی شیر اهدایی مادران دیگر است. اگرچه شیر پاستوریزه اهدایی از یک بانک شیر رسمی ترجیح داده می‌شود، اما باید به صورت منجمد به منطقه فاجعه منتقل و تا آماده شدن برای تغذیه شیرخوار در یخچال نگهداری شود. ماهیت یک فاجعه این است که این گزینه اغلب در روزهای اولیه وجود ندارد، بنابراین استفاده از شیر پاستوریزه اهداکننده احتمالاً تا فرآیند بازیابی و بهبود اوضاع منطقه بحران گزینه ای نخواهد بود. بسته به ماهیت، دامنه و مکان فاجعه، چارچوب زمانی می‌تواند بسیار متغیر باشد. گزینه دیگر، اهدای غیررسمی شیر انسان نامیده می‌شود - یعنی دایه (wet nursing)، که یا مستقیماً به شیرخوار دیگر شیر می‌دهد، یا شیردوشیده را به آنها که می‌خواهند می‌دهد که بلافاصله با استفاده از فنجان‌های یکبار مصرف یا بطری و سرشیشه تمیز به شیرخوار داده می‌شود.

در صورت استفاده از اهدای غیررسمی شیر انسان، والدین یا شخص مسئول شیرخوار باید از خطرات و مزایای تغذیه شیر غیر پاستوریزه به شیرخوار مطلع شود. مزیت اهدای غیررسمی شیر انسان نسبت به شیر

خشک این است که ممکن است به راحتی در دسترس باشد. نیازی به مخلوط کردن با آب ندارد که ممکن است غیربهداشتی باشد. و فاکتورهای محافظتی تغذیه ای و ایمنولوژیک را فراهم می کند که در طول بلایا و بحران برای شیرخوار بسیار مهم است. ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه با شیر انسان می تواند مرگ و میر و بیماری شیرخواران را در یک بحران کاهش دهد. اگر نیاز به تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی وجود دارد، باید متخصصان مراقبت های بهداشتی حاضر در محل شیر مصنوعی آماده به مصرف را توصیه کنند. تهیه شیراز فرمولای تغلیظ شده یا پودر شیر باید در مکانی تمیز، بهداشتی و بدون آلودگی که برای این منظور اختصاص داده شده است انجام شود و تنها در صورت موجود بودن آب بطری یا جوشیده استفاده شود. آبی که با قرص های ید یا کلر تصفیه شده است، نباید استفاده شود و باید به عنوان آخرین راه حل استفاده شود، زیرا در هنگام استفاده از این روش های ضد عفونی، خطر خطا در غلظت این مواد در آب وجود دارد. شیوه ها و منابع تغذیه شیرخواران باید در طول بحران نظارت و ارزیابی شود. مادرانی که از شیرخوار خود جدا مانده اند باید تشویق شوند و در دوشیدن شیرشان کمک شوند تا تولید شیر خود را حفظ کنند، از ماستیت جلوگیری کنند، و احتمالاً به عنوان اهداکننده شیر انسان به سایر شیرخواران تا زمانی که دوباره به شیرخوار خود ملحق شوند، خدمت کنند. تمام ملاحظات که قبلاً در استفاده از شیر اهداکننده مطرح شد اعمال می شود. از آنجایی که اوضاع محیط پناگاه بتدریج در طول زمان تثبیت می شود، اولویت باید وجود یخچال و حمل شیر پاستوریزه انسانی و تهیه غذای کمی مناسب برای شیرخواران و کودکان بزرگتر از 6 ماه باشد. همین ملاحظات در مورد خانواده هایی در منطقه که در پناهگاه نیستند (مثلاً آنهایی که در خانه هستند) نیز اعمال می شود.

Relactation: ((شیردهی یا تولید شیر مجدد-از سرگیری شیردهی یا تولید شیر):

برای برخی از مادران و شیرخواران، از سرگیری شیردهی پس از قطع آن امکان پذیر است (فصل 13). مراحل تولید شیر شامل تشویق مادر برای شروع تماس پوست به پوست و مکیدن مکرر توسط نوزاد یا شیرخوار، اغلب به طور مداوم تا هر 2 ساعت یک بار است. در صورتی که امکانات تمیز کردن وسایل به روش بهداشتی وجود داشته باشد، ترجیحاً باید شیرکمی با یک دستگاه کمک شیردهی از طریق سینه مادر به شیرخوار داده شود (SNS)، شیر مادر اغلب به تدریج طی چند روز تا چند هفته افزایش یافته، باید شیرکمی کاهش یابد. علائم تولید شیر عبارتند از: افزایش اندازه یا پری سینه، کاهش مصرف شیرکمی توسط شیرخوار، سیری و رضایتمندی کودک پس از تغذیه از سینه، و تغییر مدفوع به فرم نرم تر و رنگ زردتر. ارزیابی دقیق وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون نوزاد یا شیرخوار توسط مادر و متخصصان مراقبت

های بهداشتی در این فرآیند بسیار مهم است. اگر شیرخوار بتازگی از شیر گرفته شده، اگر مادر هنوز گهگاهی شیر می‌دهد، یا اگر شیرخوار کوچک تر از 6 ماه باشد، تولید مجدد شیر موفقیت آمیزتر است. با این حال، دستیابی به تولید مجدد برای شیرخواران مسن تر و القای شیرسازی در خانم هایی که قبلاً هرگز شیر نداده اند نیز امکان پذیر است. شرایط لازم برای این پیامدها، داشتن یک مادر با انگیزه بالا، تحریک سینه ها و حمایت مداوم است (فصل 13). صد و پنجاه زن پس از فاجعه طوفان ماریا که اکثر نقاط جزیره برق را از دست دادند و ماه ها در دسترسی به آب لوله کشی و سایر نیازهای اولیه مشکل داشتند، تحت هدایت La Leche League بین المللی با موفقیت به شیردهی مجدد پرداختند. موفقیت این زنان در رابطه باتولید مجدد شیر نشان دهنده اثربخشی حمایت از مادران و شجاعت و انگیزه آنها برای دستیابی به آن است.

همه گیری COVID-19

در اواخر سال 2019 یک بیماری تنفسی جدید به نام COVID-19 در ووهان چین ظاهر شد. COVID-19 توسط SARS-CoV-2 ایجاد می شود، یک ویروس کرونا شبیه به سندرم حاد تنفسی شدید (SARS) و Middle East respiratory syndrome، که هر دو از خفاش ها منشا می گیرند. تا ماه می 2020، بیش از 500 میلیون مورد و 81 میلیون مرگ در سراسر جهان وجود داشت که بیش از 80 میلیون مبتلا و تقریباً 1 میلیون مرگ در ایالات متحده وجود داشت. این ویروس بیشتر با بیماری شدید تنفسی در بزرگسالان همراه بود، به خصوص افراد مسن تر و آنها که بیماری زمینه ای داشتند. کودکان، که 22 درصد از جمعیت ایالات متحده را تشکیل می دهند، 19 درصد موارد کووید-19 را تشکیل می دهند، اما تنها 3 درصد از بستری شدن در بیمارستان و 0.1 درصد از مرگ و میرها را تشکیل می دهند. کودکان همچنین ممکن است به سندرم multisystem inflammatory syndrome همراه با تب، شواهد آزمایشگاهی التهاب، و درگیری ارگان های چند سیستمی (قلبی، کلیوی، تنفسی، خونی، گوارشی، پوستی یا عصبی) و شواهدی مبنی بر عفونت فعلی یا اخیر SARS-CoV-2 یا مواجهه با فردی که ظرف 4 هفته قبل از شروع علائم مشکوک یا تایید شده است که به COVID-19 مبتلا شده است. برای شرح درمان ها و تأثیر آنها بر شیردهی به فصل 16، داروها و شیردهی مراجعه کنید.

ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و تغذیه با شیر انسان و کمک به مادران در شروع و جاری ساختن شیرشان از اهداف ضروری برای بهبود سلامت نوزادان و شیرخواران در طول همه گیری است. شیر انسان آنتی بادی و سایر عوامل ضد عفونی و ضد التهابی را فراهم می کند، بدون اینکه شواهد مستقیمی مبنی بر انتقال SARS-CoV-2 به نوزادان یا شیرخواران وجود داشته باشد، بنابراین شیردهی توصیه می شود.

AAP مراقبت پوست به پوست، هم اتاقی مادر و نوزاد و تغذیه از سینه مادر را توصیه می کند. به مادران نوزادان بستری در بخش NICU توصیه می شود در صورتی که وضعیت عفونت، حضور آنها در NICU را ممنوع کند، شیرشان را برای نوزادان خود پمپ کنند. مادرانی که مشکوک به عفونت یا دچار عفونت SARS-CoV-2 هستند، باید در دوران شیردهی یا مراقبت از نوزاد خود، بهداشت دست ها را رعایت کرده و از ماسک استفاده کنند. این اقدامات احتیاطی باید پس از ترخیص ادامه یابد تا زمانی که مادر دیگر عفونی نباشد. حمایت از شیردهی از طریق تله مدیسین و مراقبت حضوری برای مادران توصیه می شود. AAP در <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19> راهنمایی هایی را برای حمایت از حفظ شیردهی پس از ترخیص از بیمارستان در بین مادران مشکوک یا تایید شده عفونت SARS-CoV-2 ارائه کرده است.

تشعشع Radiation اتمی :

هنگامی که یک نشت یا انفجار اتمی در محل راکتور هسته ای رخ دهد، ممکن است پرتوهای یونیزان و مواد رادیواکتیو آزاد شوند. هنگامی که در نزدیکترین منطقه، جایی که سوختگی ناشی از تشعشع و اثرات فوری تهدید کننده زندگی رخ می دهد (یعنی قرار گرفتن در معرض تشعشع خارجی)، نگرانی برای خوردن غذا، شیر و آب است زیرا آلوده شده اند. و قرار گرفتن در معرض آلودگی خارجی شامل لباس و پوست؛ و آلودگی داخلی با استنشاق هوای آلوده با مواد هسته ای فرار یا گرد و غبار یا ذرات آلوده که رخ می دهد. (Once out of the closest zone, where radiation burns and immediate life-threatening effects occur (ie, external radiation exposure), the concern becomes the ingestion of contaminated food, milk, and water; exposure to external contamination of clothes and skin; and internal contamination by inhalation of contaminated air with volatile radionuclides or contaminated dust or particles.

نیز، ممکن است افراد از طریق زخم های باز دچار آلودگی داخلی شوند. در بحران هسته ای قبلی، مانند چرنوبیل در سال 1986 و فوکوشیما در سال 2011، انواع مواد رادیواکتیو در حوادث راکتور هسته ای آزاد شدند که باعث آلودگی هوا و زمین شدند. از جمله ید رادیواکتیو (RAI) و سزیم رادیواکتیو (RAC) بودند. نیمه عمر ید رادیواکتیو 8.09 روز و RAC ها 30.17 سال است. تأثیری که تابش ممکن است بر سلامتی افراد در معرض قرار داشته باشد به میزان پرتو جذب شده توسط بدن (دز)، نوع تابش و چگونگی و مدت زمان قرار گرفتن فرد در معرض آن بستگی دارد. جمعیت هایی که در معرض دوزهای بالای تابش

قرار می گیرند، بسته به سطح قرار گرفتن در معرض اشعه، می توانند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان در آینده باشند. کودکان در معرض خطر بیشتری برای اثرات سلامتی ناشی از قرار گرفتن در معرض اشعه قرار دارند، زیرا رشد ارگانها و بافت هایشان سریع تر و طول عمرشان بیشتر است لذا بیشتر در معرض ابتلا به سرطان قرار دارند. مطالعات اپیدمیولوژیک تأثیر حادثه چرنوبیل نشان می دهد که 60 درصد موارد سرطان تیروئید در کودکان 0 تا 4 ساله در معرض تشعشعات نسبت داده می شود. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که غده تیروئید به شدت در برابر اثرات سرطان زا RAI حساس است و در مقایسه با جمعیت های در معرض خطر با جمعیت های بدون مواجهه، شیوع بیشتری دارد. کودکان به ویژه آسیب پذیر هستند زیرا ذرات "سنگین" به سرعت به زمین می افتند و در منطقه ای که شیرخواران و کودکان کوچک زندگی می کنند مستقر می شوند. از آنجایی که کودکان minute ventilation rates بالاتری نسبت به بزرگسالان دارند، در معرض خطر بیشتری برای تنفس بیشتر ذرات آئروسل هستند.

مادران شیرده که در نزدیکی ناحیه انفجار هستند ممکن است در معرض تشعشعات و آلودگی های داخلی قرار گیرند و مواد رادیواکتیو می توانند از طریق شیر انسان به شیرخواران منتقل شوند. CDC امریکا توصیه می کند که مادران شیرده به طور موقت شیردهی را متوقف کنند و از شیریه که قبل از قرار گرفتن در معرض اشعه دوشیده و ذخیره کرده اند یا شیر خشک استفاده کنند تا زمانی که مادر ارزیابی و درمان شود. ظرف محتوی شیر مصنوعی و لوازم تغذیه باید با یک پارچه مرطوب یا حوله تمیز، تمیز شوند. اگر منبع غذایی دیگری برای شیرخوار در دسترس نیست، مادر باید به شیردهی ادامه دهد و به او آموزش داده شود که قبل از شیردهی نوک سینه و سینه های خود را با صابون و آب گرم کاملاً بشوید و به آرامی اطراف و دور دهان شیرخوار را پاک کند.

اگر مادر شیرده به طور موقت شیردهی را قطع کند، شیر خود را پمپ کرده و آن را دور بریزد تا تولید شیر خود را حفظ کند و از ماستیت جلوگیری کند تا زمانی که شروع مجدد شیردهی بی خطر باشد. برحسب نوع مواد رادیواکتیو که مادر و شیرخوار در معرض آن قرار دارند، درمان های پزشکی برای محدود کردن یا از بین بردن آلودگی داخلی موجود است. درمان ها شامل یدور پتاسیم (KI)، آبی پروس و diethylenetriamine pentaacetic acid است. در صورت لزوم، درمان باید در اسرع وقت برای افزایش اثربخشی آن در حذف آلودگی داخلی و کاهش اثرات رادیوایزوتوپ اعمال شود. ید رادیواکتیو به طور فعال به شیر پستانداران اعم از انسان و گاو منتقل می شود و این منابع تغذیه خطرات بالقوه ای را برای این جمعیت آسیب پذیر ایجاد می کند. اگر از آب آلوده برای مخلوط کردن شیر خشک برای شیرخواران

استفاده شود، به عنوان منبع دیگری می تواند باعث قرار گرفتن در معرض تشعشعات داخلی باشد. ید رادیواکتیو به سرعت وارد غده تیروئید می شود و در نهایت می تواند باعث سرطان تیروئید شود. یدور پتاسیم در تیروئید تجمع می یابد و جذب RAI را برای 24 ساعت آینده مسدود می کند. ولی RAI را از وارد شدن به بدن مانع نمی شوند و نمی تواند اثرات ناشی از RAI را پس از تحت تاثیر قرار دادن تیروئید معکوس کند. از سایر قسمت های بدن در برابر RAI محافظت نمی کند. همچنین از بدن در برابر سایر عناصر رادیواکتیو محافظت نمی کند.

از آنجایی که نوزادان و شیرخواران پس از قرار گرفتن در معرض RAI بیشترین خطر ابتلا به سرطان تیروئید را دارند، CDC توصیه می کند که آنها یک دوز KI دریافت کنند. این شامل نوزادان و شیرخواران تغذیه کننده از سینه مادر می شود. همچنین زنان شیرده، اگر از طریق داخلی به RAI آلوده شده باشند (یا احتمالاً آلودگی داخلی دارند) باید فقط یک دوز KI را مصرف کنند. آنها باید برای دریافت سایر اقدامات حفاظتی در اولویت قرار گیرند. سازمان غذا و داروی ایالات متحده دوزهای زیر را برای آلودگی داخلی یا آلودگی احتمالی با RAI توصیه می کند: 16 میلی گرم تک دوز برای نوزادان تغذیه شونده از سینه مادر و محروم از سینه مادر تا 1 ماهگی و 32 میلی گرم تک دوز برای همه شیرخواران و کودکان بین 1 ماه تا 3 سال. زنان شیرده باید دوز 130 میلی گرم بزرگسالان را مصرف کنند. ممکن است توصیه های بیشتری توسط مقامات بهداشت عمومی یا مدیریت بحران؛ بسته به تداوم خطر در معرض بودن، داده شود. تجویز بیش از 1 دوز KI به نوزادان خطر ابتلا به کم کاری تیروئید را افزایش می دهد. از آنجایی که پنجره مدیریت موثر KI ظرف 4 ساعت است، بیانیه سیاست AAP 2018 توصیه می کند که دولت های محلی ذخایری در دسترس داشته باشند که در صورت نیاز بتوانند توزیع کنند. یدور پتاسیم فقط در صورت قرار گرفتن در معرض RAI مفید است، زیرا در برابر سایر موارد محافظت نمی کند.

آبی پروس با به دام انداختن آنها در روده و دفع آنها در مدفوع، زمان ماندن RAC و تالیوم در بدن را کاهش می دهد و در نتیجه مدت زمان قرار گرفتن بدن در معرض تشعشعات را محدود می کند. Diethylenetriamine pentaacetic acid به پلوتونیوم، آمریکیم و کوریم رادیواکتیو متصل می شود و مدت زمان لازم برای خروج این ایزوتوپ های رادیواکتیو از بدن را کاهش می دهد. این داروها نمی توانند از ورود ایزوتوپ های رادیواکتیو به بدن جلوگیری کنند. آنها با کاهش جذب بدن و جلوگیری از تجمع در اندام های داخلی عمل می کنند. زمان اثربخشی این داروها متفاوت است، اما هر چه زودتر مصرف شوند، اثربخشی بیشتری دارند. این داروها را می توان برای همه نوزادان، شیرخواران و کودکان کمتر از

12 سال تجویز کرد و زنان شیرده در صورت قرار گرفتن در معرض رادیواکتیویته خاصی که دارو برای آنها تجویز شده است، می توانند از دوزهای توصیه شده پیروی کنند (breastfeeding women may follow the recommended doses if exposed to the specific radionuclides for which the medication is indicated). هر دارو برای یک ماده رادیواکتیو خاص مورد هدف قرار می گیرد و بر روی سایر داروها حداقل یا بدون تأثیر است.

عملکرد تیروئید نوزاد یا شیرخوار باید تحت نظر باشد و در صورت بروز کم کاری تیروئید، هورمون درمانی تجویز شود. از آنجایی که نوزادان و شیرخواران به خصوص در برابر تشعشعات آسیب پذیر هستند، آنها باید همراه با مادران خود در اولویت خروج از منطقه و کنترل مواد غذایی باشند. اگر KI در دسترس نباشد و شیر خشک از نوع آماده به مصرف سالم برای تغذیه بی خطر در دسترس باشد، باید به عنوان یک راه حل موقت تا زمانی که KI در دسترس قرار گیرد یا تا زمانی که مقامات بهداشت عمومی دوباره شیردهی را بی خطر اعلام کنند، ارائه شود. اگر این تصمیم گرفته شود، مادران باید در دوشیدن شیر خود برای حفظ شیر خود تا زمانی که شیرخوار بتواند تغذیه از سینه مادر را از سر بگیرد، حمایت شود. اگر هیچ منبع غذایی دیگری برای شیرخوار در دسترس نیست، مادر باید پس از شستن کامل نوک سینه ها و سینه ها با آب گرم و صابون و پاک کردن آرام اطراف و دور دهان شیرخوار به شیردهی ادامه دهد.

تغذیه شیرخوار در بلایا و بحران ها و فوریت ها - تغذیه از سینه مادر و سایر انتخاب ها

In a Natural Disaster or Public Health Emergency در یک بلایای طبیعی یا بحران بهداشت

عمومی

- ممکن است آب آشامیدنی تمیز یا محیطی استریل وجود نداشته باشد.
- ممکن است اطمینان از تمیز کردن و استریل کردن ظروف تغذیه غیرممکن باشد.
- تمیزترین و ایمن ترین غذا برای یک شیرخوار در بلایا یا شرایط بحران ، شیر انسان است.
- از نظر تغذیه ای کامل است.
- بدون وابستگی به منابع تغذیه (که قرار است بیاید یا توزیع شود) و به راحتی در دسترس است.
- در برابر بیماری ها به ویژه اسهال و عفونت های تنفسی محافظت می کند.
- پاسخ ایمنی شیرخوار را تقویت می کند.
- دمای مناسب دارد و به جلوگیری از هیپوترمی کمک می کند.

• ترشح هورمون در دوران شیردهی به کاهش استرس و اضطراب مادر کمک می کند.

معایب استفاده از فرمولا (شیرمصنوعی) در هنگام بلایا یا بحران

• ممکن است منابع فرمولا موجود نباشد.

• اگر با آب ناخالص تهیه شود یا در ظروف استریل نشده نگهداری شود، یا اگر در یخچال نباشد، ممکن است آلوده شود.

• ممکن است اشتباهاتی در تهیه آن رخ دهد.

پزشکان اطفال می توانند برای حمایت از شیردهی در هنگام فاجعه یا بلایا و بحران اقدام کنند.

1. خانواده ها را کنار هم نگه دارند.

2. پناهگاه های امن برای مادران باردار و شیرده تامین کنند. این پناهگاه ها باید امکانات امنیت، مشاوره، آب و غذا را فراهم کنند. متخصصان اطفال می توانند با استفاده از دفاتر، بیمارستان ها یا سایر سرپناه ها کمک کنند.

3. به مادران اطمینان داده شود که شیر انسان می تواند در غیاب غذاهای کمکی ایمن در سال اول زندگی و بعد از آن به کمک قابل توجهی به تغذیه کند و سهم مهمی در تغذیه داشته باشد.

4. به مادران جدید کمک شود تا ظرف یک ساعت از تولد نوزاد شیردهی را شروع کنند، تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای حدود 6 ماه ادامه داده و شیردهی برای حداقل یک سال و بیشتر تشویق شود.

5. در خلال بحران و بلایا، قبل از اینکه بخواهند کودک را از شیر بگیرند مشوق بحث توأم با تفکر با خانواده باشید.

6. از طریق ارزیابی وضعیت هیدراتاسیون و تغذیه شیرخوار و مادر، از شیردهی حمایت کنید. در صورت غیر طبیعی بودن، دفعات شیر خوردن را برای شیرخوار و حمایت تغذیه ای را برای مادر افزایش دهید. برای تمام زنان باردار و شیرده باید غذای اضافی ارائه شود.

7. در شرایطی که شیر خود مادر در دسترس نباشد، بهترین گزینه شیر پاستوریزه اهدایی است. در حالی که شیر پاستوریزه اهدایی از یک بانک شیر رسمی ترجیح داده می شود، اغلب در هنگام فاجعه و بلایا و بحران در دسترس نیست. اگر شیرمصنوعی داده می شود، نوع استاندارد آماده برای تغذیه را توصیه کنید. تنها در صورتی از فرمولای غلیظ یا پودری استفاده کنید که از تامین آب سالم اطمینان حاصل شود.

8. برای شیرخواران یتیم از غذای بهینه و مطلوب استفاده کنید، از جمله شیر انسانی اهدایی حمایت کنید.

9. زنان شیرده را می توان طبق توصیه برای بزرگسالان و نوجوانان واکسینه کرد.

10. در صورت بروز یک بیماری همه گیر، باید از جدیدترین توصیه های CDC یا راهنمای آکادمی اطفال آمریکا (AAP) در مورد شیردهی استفاده کرد.

11. اگر قرار گرفتن در معرض اشعه رادیواکتیو یک نگرانی است.

الف: هنگامی که خطر قرار گرفتن در معرض ید رادیواکتیو موقتی است، اگر یدور پتاسیم (KI) به مادر و شیرخوار ظرف 4 ساعت از آلودگی داده شود، می توانند به شیردهی ادامه دهند.

ب: باید مادر و شیرخوار برای دریافت اقدامات حفاظتی مانند خارج کردن از محل در اولویت قرار گیرند.

ج: مادران باید به طور موقت شیردهی را متوقف کنند و از شیر دوشیده که از قبل از حادثه داشته اند یا شیر خشک آماده به مصرف مخصوص شیرخوار استفاده کنند تا زمانی که مادر و شیرخوار بتوانند با KI درمان شوند. فرمولای پودری یا شیرکنسانتره فقط در صورتی باید استفاده شود که آبی از عاری از تشعشع باشد.

د: اگر منبع غذایی دیگری برای شیرخوار در دسترس نیست، مادر باید پس از شستن کامل نوک پستان و سینه با آب گرم و صابون و پاک کردن آرام اطراف و دور دهان شیرخوار به شیردهی ادامه دهد.

ه. در صورت توصیه مقامات بهداشتی محلی یا زمانی که مادر و شیرخوار به محیط عاری از معرض تشعشعات منتقل شده اند، تغذیه با شیر مادر می تواند از سر گرفته شود

12. برای اطلاعات بیشتر در مورد اقدامات احتیاطی برای زنان شیرده مربوط به بیماری ها، ایمن سازی

ها و درمان های خاص به <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922> مراجعه کنید. داروها و شیردهی مهم است که به مادران اطمینان داده شود که اکثر داروها از جمله آنتی بیوتیک ها با شیردهی سازگاری دارند.

13. از ترویج، حفظ و حمایت از شیردهی با آژانس های امدادی و کارگران حمایت کنید. شیوه ها و منابع تغذیه شیرخواران باید به طور مستمر ارزیابی، هماهنگ و نظارت شود

استراتژی کلیدی: افزایش میزان فعلی شیردهی در ایالات متحده برای بهینه سازی تغذیه شیرخواران در هنگام وقوع فاجعه اساسی است.

Breastfeeding Facts حقایق شیردهی

1. مادران در مواقع استرس جسمی و عاطفی به شیردهی (شیرسازی) ادامه می دهند اما به حمایت نیاز دارند.
 2. زنان دچار سوءتغذیه و زنان مبتلا به بیماری های طبی می توانند شیر بدهند.
 3. تولید و عرضه بهینه شیر انسان توسط مکیدن شیرخوار بر حسب میلش و برداشت شیر حفظ می شود.
 4. برای برخی از مادران و شیرخواران ، پس از قطع شیردهی، امکان از سر گرفتن شیردهی و تولید شیر وجود دارد. برای اینکار
- الف: تماس پوست به پوست و مکیدن مکرر را (هر 2 ساعت یکبار) تشویق کنید
- ب: تولید شیر به تدریج طی چند روز تا چند هفته افزایش می یابد و نیاز به شیر کمکی نیز باید کاهش یابد.
- ج ارزیابی دقیق وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون شیرخوار بسیار مهم است.
- د تولید کامل شیر با سن پائین تر شیرخوار سریعتر ایجاد می شود.
- ه. مادران در این فرآیند نیاز به تشویق دارند.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد تغذیه نوزاد در هنگام بلایا و تکنیک تولید مجدد شیر، لطفاً از www.ennonline.net Emergency Nutrition Network (ENN) دیدن کنید

الگوریتم تغذیه ای

مادر و شیرخوار باهم هستند: مادر قبل از بحران شیر می داده-شیردهی خوبست-پس ادامه و حمایت از ادامه - ولی اگر قطع شده یا کم شده حمایت از شیردهی مجدد یا شیراوری مجدد-واگر قبل از بحران شیر نمی داده و امکان تولید شیر وجود دارد حمایت برای تولید -واگر ممکن نیست شیراهدایی انسان

اگر مادر و شیرخوار باهم نیستند: و شیرسازی ممکن نیست شیراهدایی واگر موجود نیست شیر مصنوعی آماده برای مصرف

ضمیمه A آکادمی اطفال امریکا. سیاستها و خط مشی برای سلامت کودکان و مراقبت آنها و بهبود سلامت آنها

تغذیه از سینه مادر و استفاده از شیرانسان

تغذیه از سینه مادر و شیر انسان استانداردهای طبیعی برای تغذیه شیرخوار و غذا است. مزایای کوتاه مدت و بلند مدت پزشکی و neurodevelopmental تغذیه از سینه مادر، باعث شده که تغذیه از سینه مادر یا تامین شیر انسان را به یک ضرورت برای سلامت عمومی تبدیل کند. آکادمی اطفال آمریکا (AAP) تغذیه انحصاری از سینه مادر را برای تقریباً 6 ماه اول عمر توصیه می کند. علاوه بر این، AAP از ادامه تغذیه از سینه مادر، همراه با غذاهای کمکی مناسب که در حدود 6 ماهگی شروع می شوند، تا زمانی که مادر و کودک به مدت 2 سال یا بیشتر بخواهند ادامه دهند، پشتیبانی می کند. این توصیه ها با توصیه های سازمان جهانی بهداشت (WHO) مطابقت دارد. موارد منع مصرف پزشکی برای شیردهی نادر است. AAP توصیه می کند که بیمارستان ها یا مراکز زایمان، شیوه های مراقبت از زایمان را برای بهبود شروع، طول مدت و شیردهی انحصاری انجام دهند. CDC و کمیسیون مشترک بر شیوه های تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های ایالات متحده نظارت می کنند. متخصصان اطفال به عنوان حامیان شیردهی نقش مهمی در بیمارستان ها، شیوه های آن ها و جوامع بازی می کنند و بنابراین، باید در مورد فواید شیردهی برای مادران و کودکان و مدیریت شیردهی آموزش ببینند.

از زمان انتشار بیانیه خط مشی قبلی AAP در مورد تغذیه از سینه مادر و استفاده از شیر انسان، تحقیقات و بررسی های سیستماتیک این نتیجه را تقویت می کند که شیردهی و شیر انسان استانداردهای هنجاری برای تغذیه شیرخوار و غذا و تغذیه هستند. بیش از 80 درصد از زنان شیردهی را در ایالات متحده آغاز می کنند، و قوانین فدرال و ایالتی از حق زن برای شیردهی و همچنین از حق شیردهی در ملاء عام و ادامه شیردهی یا دوشیدن شیر در محل کار حمایت می کند. برای تغذیه با شیر مادر، شیردهی به عنوان یک هنجار فرهنگی در ایالات متحده ایجاد شده است. علاوه بر این، تغذیه از سینه مادر، یا تامین شیر انسان، باید استاندارد مرجعی در نظر گرفته شود که تمام اشکال تغذیه شیرخوار از منظر بیولوژیکی، پزشکی و علمی با آن مقایسه می شود. این بیانیه خط مشی توصیه های مربوط به شیردهی را به روز رسانی می کند و به عنوان مرجعی برای سایر خط مشی ها و انتشارات AAP که به تغذیه شیرخوار از سینه مادر و تغذیه شیرخوار می پردازند، عمل می کند. یک گزارش فنی همراه شواهد مبنایی را برای توصیه ها فراهم می کند.

این بیانیه به تغذیه شیرخوار از منظر بهداشت عمومی می پردازد. تصمیمات تغذیه ای فراتر از ارائه غذا است. شیردهی به خودی خود بسیار بیشتر و فراتر از تغذیه ای است که برای کودک در حال رشد ارائه می شود، بلکه رابطه بین والدین و کودک است. هدف این سیاست حمایت از سلامت و تغذیه مطلوب کودک و مادر و حمایت از والدین در دستیابی به اهداف شیردهی است. تصمیمات فردی در مورد تغذیه خانواده باید توسط خانواده با راهنمایی پزشک اطفال اتخاذ شود.

اپیدمیولوژی: متوسط نرخ ملی شروع تغذیه از سینه مادر برای کل جمعیت ایالات متحده، بر اساس داده های مربوط به گروه تولد در بررسی ملی ایمن سازی CDC در سال 2018، 83.9٪ است. شیردهی، ونه شیردهی انحصاری. شاخص های 2020 Healthy People برای شروع هر گونه شیردهی (واقعی 83.9٪)، شیردهی انحصاری از سینه مادر تا 3 ماهگی (46.3٪)، تغذیه انحصاری از سینه مادر تا 6 ماهگی (25.8٪) و هر مقدار شیردهی در 12 ماهگی (35.0) برآورده شده یا از آن فراتر رفته است. (%، اما نه برای نرخ 6 ماهه شیردهی (56.7%) (جدول 1 را ببینید). علاوه بر این، 19.4 درصد از شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند، در 48 ساعت اول پس از تولد، شیر خشک دریافت می کنند. اهداف Healthy People 2030 برای تغذیه با شیر مادر عبارتند از افزایش نسبت شیرخوارانی که به مدت 6 ماه به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می شوند به 42.4% و افزایش نسبت شیرخوارانی که به مدت 12 ماه به تغذیه از سینه مادر ادامه می دهند به 54.1% است.

عدالت و برابری: نرخ کلی شیردهی تفاوت های اجتماعی و فرهنگی و جمعیت شناختی قابل توجهی را مبهم می کند. به عنوان مثال، نرخ شروع شیردهی برای جمعیت های سفیدپوست و اسپانیایی تبار غیر اسپانیایی بسیار بیشتر از جمعیت سیاهپوست غیر اسپانیایی تبار یا سیاهپوست آمریکایی آفریقایی تبار است، با نرخ شروع آسیایی غیر اسپانیایی بالاترین (شکل 1 و 2) بود. هیچیک از اهداف افراد سالم 2020 برای تغذیه با شیر مادر برای مادران و شیرخواران سیاهپوست غیر اسپانیایی در میان گروه تولد 2018 مشاهده نشد. تفاوت های مشابهی نیز در میان مادران با درآمد پایین (شرکت کنندگان در برنامه WIC)، زنان جوان تر (کمتر از 20 سال) و کسانی که تحصیلات دبیرستانی یا کمتر دارند دیده شد. این نابرابری ها نشان دهنده یک مسئله نابرابری قابل توجه است که تأثیر نامتناسبی بر جمعیت سیاه پوست غیر اسپانیایی دارد. سوگیری ضمنی، تعصب ساختاری و نژادپرستی ساختاری باید برای از بین بردن نابرابری ها در شیردهی و بهبود سلامت و رفاه همه کودکان و خانواده ها مورد توجه قرار گیرد. تخمین زده شده است که تغذیه غیرمطلوب از سینه مادر در یک جمعیت سیاه پوست غیر اسپانیایی در مقایسه با یک جمعیت سفید پوست غیر اسپانیایی

با 1.7 برابر بیشتر اتیت حاد میانی، 3.3 برابر انتروکولیت نکروزان و 2.2 برابر مرگ و میر کودکان همراه است. یک نمونه ملی نشان داد که تغذیه از سینه مادر با کاهش 21 درصدی خطر مرگ پس از نوزادی برای همه شیرخواران و 31 درصد کاهش خطر برای شیرخواران سیاه پوست همراه است. برای تمام تولدهای ایالات متحده در سال 2017 مشخص شد که هر گونه شیردهی به شیرخواران سیاه پوست غیر اسپانیایی با 17 درصد کاهش مرگ و میر شیرخواران (7-364 روز)، کاهش 29٪ در مرگ و میر نوزادان (27-7 روز)، و 13٪ کاهش در مرگ و میر پس از نوزادی (28-364 روز) همراه است. در میان گروه هایی که میزان شیردهی کمتری دارند. به عنوان مثال، اجرای ده اقدام شیردهی موفق از سوی WHO و یونیسف، اختلاف را در شروع تغذیه پستانی 9/6٪ کاهش داده است. علاوه بر این، یک بررسی سیستماتیک توسط آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت های بهداشتی به این نتیجه رسید که برای زنان ثبت نام شده در WIC، مداخلات پشتیبانی همتایان ارائه شده توسط آژانس های WIC نرخ شروع و مدت شیردهی را بهبود می بخشد.

تغذیه انحصاری از سینه مادر EXCLUSIVE BREASTFEEDING

AAP تغذیه انحصاری از سینه مادر را برای 6 ماه توصیه می کند. این توصیه با دستورالعمل های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان، آکادمی پزشکان خانواده آمریکا، و انجمن اطفال کانادا هماهنگ است. شیر انسان دارای ترکیبات منحصر به فرد، با عوامل ضد میکروبی، ضد التهابی، تنظیم کننده ایمنی و لکوسیت های زنده است. که به رشد سیستم ایمنی کودک کمک می کند. مطالعات و متآنالیزها ارتباط 6 ماهه تغذیه انحصاری از سینه مادر را با کاهش میزان عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی، اسهال شدید، اوتیت میانی و چاقی نشان داده (جدول 2) است. پروژه بارداری و تولد تا 24 ماهگی وزارت کشاورزی ایالات متحده به این نتیجه رسید که غذاهای کمکی که زودتر از 6 ماهگی شروع می شوند هیچ فایده ای برای شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود از نظر رشد یا وضعیت آهن ندارد، اما ممکن است با افزایش خطر اضافه وزن یا چاقی همراه باشد، به خصوص اگر قبل از 4 ماهگی شروع شود. پانل سازمان ایمنی غذای اروپا در مورد تغذیه، غذاهای جدید و آلرژن های غذایی به این نتیجه رسید که بیشتر شیرخواران تا حدود 6 ماهگی به دلایل تغذیه ای به غذای کمکی نیاز ندارند

مدت شیردهی:

AAP از ادامه تغذیه از سینه مادر، همراه با غذاهای کمکی مناسب که در حدود 6 ماه شروع می‌شوند، تا دو سال یا بیشتر که مورد نظر مادر شیرخوار هستند، پشتیبانی می‌کند. مطالعات و متآنالیزها همچنین تأثیر تغذیه از سینه مادر بیش از 12 ماه را بر سلامت مادر در کاهش میزان دیابت نوع 2، پرفشاری خون، سرطان سینه و سرطان تخمدان تأیید کرده اند (جدول 2). مادرانی که تصمیم به شیردهی بعد از سال اول دارند نیاز به حمایت دارند. آنها اغلب احساس می‌کنند که در انتخاب خود مورد تمسخر یا بیگانگی قرار گرفته اند و رفتار شیردهی خود را پنهان می‌کنند تا قضاوت و اظهار نظرهای ناخواسته را به حداقل برسانند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تنها نیمی از مادرانی که در یک سال گذشته شیر می‌دهند، تصمیم خود را با پرسنل مراقبت‌های اولیه کودکان خود در میان می‌گذارند. 38 درصد از زنانی که گزارش دادند که پرسنل مراقبت‌های اولیه آنها از شیردهی در سال اول حمایت نمی‌کردند، تصمیم گرفتند پرسنل مراقبت‌های اولیه کودکان خود را تغییر دهند. تغذیه انحصاری از سینه مادر برای حدود 6 ماه یک توصیه مبتنی بر شواهد است. در یک موقعیت مشاوره فردی، پزشکان اطفال و خانواده‌ها می‌توانند در مورد خواسته‌های خانواده و تنوع فرهنگی صحبت کنند. متخصصان اطفال می‌توانند اهمیت تغذیه انحصاری از سینه مادر را بیان کنند و اطمینان حاصل کنند که مادران و خانواده‌ها به طور کامل در مورد تصمیمات خود مطلع هستند و در عین حال در گفتگوهای بدون قضاوت در مورد اهداف شخصی خانواده برای شیردهی شرکت کنند. تغذیه انحصاری یا هر گونه شیردهی با وجود بهترین نیت همیشه امکان پذیر نیست و این مادران و خانواده‌ها برای غلبه بر ناامیدی که ممکن است با مشکلات شیردهی همراه باشد به حمایت ویژه‌ای نیاز داشته باشند.

پیامدها:

داده‌های گسترده تأیید می‌کند که بسیاری از اختلالات حاد و مزمن اطفال، مانند ایتیت میانی، بیماری اسهالی حاد، بیماری‌های تنفسی تحتانی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)، بیماری التهابی روده، لوسمی دوران کودکی، دیابت، چاقی، آسم و درماتیت آتوپیک در کودکانی که در دوران شیرخوارگی از شیر مادر تغذیه می‌کردند، کمتر اتفاق می‌افتد. برخی از این پیامدها ممکن است ثانویه به ترکیب بیولوژیکی منحصر به فرد شیر انسان باشد. مادرانی که شیر می‌دهند، خطر ابتلا به دیابت نوع 2، سرطان سینه، تخمدان و آندومتر؛ و فشار خون، را کاهش می‌دهند. (جدول 2 و 3).

موارد منع تغذیه از سینه مادر:

گالاکتوزمی کلاسیک در شیرخوار، منع مصرف مطلق برای شیر است. مادران در ایالات متحده در صورت ابتلا به عفونت HIV، ویروس لنفوتروپیک سلول T انسانی نوع I یا نوع II، نباید شیر بدهند یا شیر دوشیده را به شیرخوار بدهند. نیز بروسلوز درمان نشده و بیماری ابولای مشکوک یا تایید شده. موادی مانند مواد افیونی (اپیوئید) غیرقانونی، کوکائین و فن سیکلیدین به دلیل تأثیر بالقوه آنها بر تکامل عصبی- رفتاری طولانی مدت شیرخوار، منع مصرف شیردهی محسوب می شوند. در بیشتر موارد، ترجیح داده می شود که مادرانی که قبل از تولد از مواد افیونی استفاده می کنند، شیردهی را شروع کنند و شیردهی انحصاری را برای کاهش تأثیر ترک احتمالی بر نوزاد تازه متولد شده انجام دهند. برخی از نوزادان تازه متولد شده نیز ممکن است نیاز به درمان دارویی داشته باشند، اما اقامت در اتاق مادر و ادامه شیردهی مطلوب است. هم مادر و هم نوزاد باید در طول مدت بستری در بیمارستان و در محیط سرپایی از نظر علائم و نشانه های ترک و افزایش وزن مناسب شیرخوار تحت نظر باشند

ملاحظات خاص:

بیماری های عفونی: اکثر بیماری های عفونی مادر با شیردهی سازگاری دارند. شواهد فعلی در مورد پاتوژن های نوظهور، مانند سندرم حاد تنفسی-2 و شیردهی، از AAP در دسترس است. در بیشتر موارد، شیر مادر آنتی بادی ها و محافظت را فراهم می کند، بدون اینکه شواهد مستقیمی مبنی بر اینکه ویروس باعث ایجاد عفونت در شیرخواران شود موجود باشد. بهداشت دست و پوشاندن بینی و دهان با ماسک در زمانی که مادر آلوده مستقیماً شیر می دهد توصیه می شود. باید از راهنمایی های به روز شده از AAP و CDC استفاده شود. مادرانی که مبتلا به بروسلوز درمان نشده هستند، به طور موقت نباید شیر بدهند و نباید شیر دوشیده را بدهند. زنانی که ضایعات هرپس فعال روی پستان دارند باید از شیردهی یا استفاده از شیر دوشیده از سینه آسیب دیده تا زمانی که ضایعات برطرف نشده است خودداری کنند، اما زمانی که ضایعات روی سینه آسیب دیده به طور کامل پوشانده می شود، ممکن است از سینه سالم شیر بدهند. زنان آلوده به ویروس نیل غربی می توانند شیر بدهند. نوزادان متولد شده از زنانی که آنتی ژن سطحی هپاتیت B مثبت هستند باید دوز اولیه واکسن وایمون گلوبولین هپاتیت B را طی 12 ساعت از تولد دریافت کنند. نیازی به تاخیر در شروع شیردهی تا پس از ایمن سازی شیرخوار نیست. اگرچه ویروس هپاتیت C را می توان در شیر مادر تشخیص داد، انتقال ویروس هپاتیت C از طریق شیر مادر مستند نشده است، بنابراین نه AAP و نه CDC عفونت ویروس هپاتیت C مادر را منع شیردهی نمی دانند. مادران مبتلا به هپاتیت C که نوک سینه های ترک

خورده یا خونریزی دارند باید تا زمان بهبودنوک سینه از شیر دادن به شیرخوار یا ارائه شیردوشیده خودداری کنند

ماستیت در یک سوم زنان پس از زایمان رخ می دهد. به مادران مبتلا به ماستیت توصیه می شود که به شیردهی ادامه دهند. تغذیه منظم یا دوشیدن شیر، مکمل سایر درمان ها است. ممکن است آنتی بیوتیک تجویز شود. تقریباً 10 درصد موارد به آبنه پستان تبدیل می شود که نیاز به تخلیه چرک دارد. تا زمانی که دهان شیرخوار با چرک تماس نداشته باشد، شیردهی می تواند در سمت آسیب دیده ادامه یابد. هماهنگی با پزشک توصیه می شود

در صورتی که مادران شیرده واکسن آنفولانزا را در دوران بارداری دریافت نکرده باشند یا در حال وارد شدن به فصل آنفولانزا هستند واکسیناسیون آنفولانزا توصیه می شود.

مشورت بایک متخصص بیماری های عفونی اطفال یا استفاده از کتاب قرمز AAP: برای توصیه های فعلی در مورد تغذیه با شیر مادر و بیماری های عفونی انجام شود.

مصرف ماری جوانا:

داده های فعلی برای ارزیابی اثرات قرار گرفتن شیرخواران در معرض مصرف ماری جوانا توسط مادر در دوران شیردهی کافی نیست. در نتیجه، مصرف ماری جوانا توسط مادر در دوران شیردهی ممنوع است. از آنجایی که خطرات احتمالی قرار گرفتن شیرخوار در معرض متابولیت های ماری جوانا ناشناخته است، زنان باید از خطر بالقوه قرار گرفتن در معرض آن در دوران شیردهی مطلع شوند و تشویق شوند که از مصرف هر گونه فرآورده ماری جوانا خودداری کنند و از قرار گرفتن در معرض دود ماری جوانا خودداری کنند.

استفاده از الکل:

غلظت الکل شیر مادر تقریباً موازی با غلظت الکل خون است و بالاترین سطح آن در شیر 30 تا 60 دقیقه پس از مصرف الکل رخ می دهد. مصرف متوسط الکل توسط مادر شیرده (حداکثر 1 نوشیدنی استاندارد در روز) برای شیرخوار مضر نیست. به خصوص اگر مادر حداقل 2 ساعت بعد از یک نوشیدن قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر صبر کند و بعد شیر بدهد. به نظر نمی رسد مصرف متوسط الکل بر مدت شیردهی تأثیر بگذارد. (مصرف الکل بر رفلکس جهش شیر هم اثر می گذارد. بدلیل حرام بودنش در شرع مقدس توصیه

اسلام حتی ننشستن بر سفره شراب است و تحقیقات می گوید اطرافیان مادر هم اگر بنوشند اثرات مضرش بر مادر شیرده ظاهر می شود.م)

استفاده از دخانیات:

مادران شیرده باید به شدت تشویق شوند تا سیگار را ترک کنند و قرار گرفتن در معرض دود دست دوم را به حداقل برسانند. سیگار کشیدن، یا استفاده از محصولات نیکوتینی، با کاهش تولید شیر و شیردهی کوتاه تر همراه است. بعلاوه در معرض دود آنها بودن خطر SIDS، اسم و سایر بیماری های تنفسی را می افزاید. اگر پس از مشاوره، مادر شیرده سیگار یا سیگار الکترونیک و بیپ را انتخاب می کند، باید به او توصیه شود که سیگار کشیدن خود را به حداقل برساند، هرگز در هنگام شیردهی سیگار نکشد و در خانه یا ماشین سیگار نکشد. برای به حداقل رساندن انتقال نیکوتین و سایر فرآورده های جانبی به شیرخوار، بهتر است مادر بلافاصله پس از شیردهی سیگار بکشد یا بیپ کند. می تواند در دوران شیردهی از محصولات ترک نیکوتین استفاده کند.

داروهای مادر:

اکثر داروهایی که زنان شیرده ممکن است مصرف کنند با شیردهی سازگاری دارند. برای تعداد محدودی منع مصرف وجود دارد و معمولاً می توان جایگزین مناسبی برای آن یافت. جامع ترین منبع اطلاعات در مورد ایمنی داروهای مادر هنگام شیردهی مادر، پایگاه داده داروها و شیردهی (LactMed) است که توسط کتابخانه ملی پزشکی و مؤسسه ملی بهداشت منتشر شده و به صورت آنلاین در دسترس است (به سایر مراجع دارویی در جدول 4 مراجعه کنید).

روشها و اقدامات رادیولوژی:

طبق توصیه کالج آمریکایی رادیولوژی، تجویز روتین گادولینیوم یا ماده حاجب یددار منع مصرف شیردهی نیست. مقدار بسیار کمی ماده حاجب وارد شیر مادر می شود و کمتر از 1% از ماده حاجب خورده شده توسط دستگاه گوارش شیرخوار جذب می شود. برای جذب خالص $>0.0004\%$ از دوز داخل وریدی گادولینیوم و $>0.01\%$ از دوز داخل وریدی کمتر است یددار که به صورت سیستمیک جذب می شود. مادری که این موارد را دریافت می کند لزومی ندارد شیردهی را متوقف یا بدو شدوبریزد.

حمایت بیمارستانی :

AAP یافته‌های آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را تأیید می‌کند که طرح بیمارستان دوستدار کودک شروع و مدت شیردهی را افزایش می‌دهد. اگرچه آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است مهم باشد، اما به عنوان یک اقدام واحد برای افزایش شروع شیردهی کافی نیست. اقدامات برای بهبود میزان شیردهی شامل مراقبت پوست به پوست از مادر و نوزاد پس از تولد برای نوزادانی که هم از طریق واژینال و هم از طریق سزارین به دنیا می‌آیند می‌باشد. تماس زودهنگام پوست با پوست خطر هیپوگلیسمی را کاهش می‌دهد. اجرای اقدامات بیمارستانی حمایت‌کننده از شیردهی، از جمله شیردهی در اولین ساعت پس از تولد، شیردهی انحصاری، هم‌اتاقی، شیردهی برحسب تقاضا، اجتناب از پستانک، و اطلاع در مورد حمایت از شیردهی پس از ترخیص، زنان را قادر می‌سازد تا در برآورده کردن تمایلات دوران بارداری خود برای تغذیه انحصاری از سینه خود موفق‌تر باشند. داده‌های گردآوری شده توسط CDC در تغذیه و مراقبت شیرخواران از داده‌های تغذیه شیرخوار و شیوه‌های زایمان در بیش از 1300 بیمارستان ایالات متحده نشان داد که نمرات بالاتری در اجرای روش‌های حمایتی تغذیه با شیر مادر به دست آمده است. شیوه‌های مراقبت از زایمان با نرخ بالاتری از شیردهی انحصاری در زمان ترخیص از بیمارستان و با هر نوع و انحصاری شیردهی در 8 هفته پس از زایمان همراه بوده است. و نیز اقدامات حمایتی همراه بهبود شروع شیردهی و مدت زمان شیردهی بوده است. تغذیه مکرر بر حسب خواست شیرخوار، حداقل 8 تا 10 بار در 24 ساعت، موجب کاهش از دست دادن وزن نوزاد، نیاز به شیرکمی و خطر هیپربیلی روبینمی قابل توجه بالینی می‌شود. هم‌اتاقی مداوم و تغذیه مکرر انحصاری از سینه مادر توصیه دیگر است. پزشکان از توصیه شیرکمی خودداری کنند، مگر اینکه ابتدا تکنیک شیردهی درست و دفعات مکرر شیردهی انجام شده باشد یا زمانی که مصرف شیرکمی از نظر پزشکی ضروری باشد. اقدامات مراقبت از زایمان نشان داده شده است که شروع تغذیه پستانی، طول مدت شیردهی و تغذیه انحصار از سینه مادر را افزایش می‌دهد شامل ده اقدام WHO برای شیردهی موفق که توسط CDC بررسی شده است. می‌توان از نظرسنجی‌ها برای توسعه شیوه‌ها و سیاست‌هایی استفاده کرد که حمایت از بیماران زایمان کرده را تقویت می‌کند. تاخیر در استحمام نوزاد تا 12 ساعت پس از تولد امکان تماس پوست به پوست بدون وقفه را فراهم می‌کند و نشان داده شده است که میزان شیردهی انحصاری در بیمارستان را بهبود می‌بخشد. AAP توصیه ای در مورد حمام کردن نوزاد ارائه نمی‌دهد، مگر در موارد عفونت HIV مادر، عفونت ویروس هپاتیت B یا C، هرپس سیمپلکس یا سایر عفونت‌هایی که از طریق خون یا سایر مایعات بدن منتقل می‌شوند. این راهنمایی

بر اساس نظر کارشناسان است. آموزش رسمی کارکنان بیمارستان باید بر به روز رسانی دانش و تکنیک های حمایت از شیردهی متمرکز باشد. باید بر مزایای بی شمار تغذیه انحصاری با شیر مادر تاکید کرد و بر نقش کارکنان در کاهش نابرابری و بی عدالتی ها و ارائه مراقبت های فرهنگی شایسته تاکید کرد.

خواب ایمن SAFE SLEEP:

AAP توصیه هایی را برای پیشگیری از SIDS یا مرگ ناگهانی و غیرقابل توجه شیرخوار و همچنین خواب ایمن و مراقبت پوست به پوست صادر کرده است. این توصیه ها راهنمایی دقیقی برای حمایت از مادران شیرده ارائه می کنند و در عین حال از مرگ غم انگیز شیرخواران به دلیل خواب غیرایمن جلوگیری می کنند. AAP تغذیه از سینه مادر را به عنوان یک استراتژی برای کاهش خطر SIDS یا مرگ ناگهانی و غیرقابل توضیح شیرخوار توصیه می کند.

استقرار تغذیه از سینه مادر:

بیشتر مادران در روز سوم تا چهارم پس از زایمان، لاکتوژنز II یا تولید شیر زیاد تر را تجربه می کنند. مراقبت و تماس زودهنگام پوست به پوست و تغذیه مکرر از سینه مادر این انتقال از قطرات آغوز به شیرفراوان را تسهیل می کند. عوامل خطر برای تاخیر در لاکتوژنز II عبارتند از چاقی مادر، سندرم تخمدان پلی کیستیک، دیابت مادر، فشار خون بالا در بارداری، زایمان زودرس، سزارین و عوارض حین زایمان مانند از دست دادن بیش از حد خون. چاقی مادر، به همراه دیابت و سزارین می تواند استقرار شیرسازی را مختل کند. علائم انتقال فیزیولوژیک به لاکتوژنز II، مانند پری پستان یا حساس شدن سینه، نشأت قابل مشاهده شیر، و بلع مکرر شیرخوار، باید همراه با الگوهای دفع و مسیر وزنی نوزاد رذیابی شوند. حداقل هر 8 تا 12 ساعت یک بار در طول بستری شدن مادر و نوزاد، از جمله یک بار در 8 ساعت قبل از ترخیص از بیمارستان، توصیه می شود که یک متخصص آموزش دیده در ارزیابی رسمی تغذیه از سینه مادر، ارزیابی اثربخشی شیردهی را انجام دهد و ثبت کند.

تغذیه از سینه مادر و شیر انسان برای نوزادان با وزن تولد بسیار کم:

AAP راهنمایی بالینی برای حمایت تغذیه از سینه مادر و استفاده از شیر انسان در نوزادان با وزن بسیار کم هنگام تولد (VLBW) ارائه کرده است. شیردوشیده مادر در NICU مزایای سلامتی کوتاه مدت و بلندمدت از جمله کاهش انتروکولیت نکروزان، سپسیس دیررس، بیماری مزمن ریوی، رتینوپاتی نارس و بهبود Neuro development را فراهم می کند. شیر دوشیده شده مادر باید به عنوان درمان دارویی در

نظر گرفته شود، که با دوزهای بالاتر همراه با حداکثر فواید سلامتی است. متخصصان اطفال می توانند بر اهمیت دوشیدن زودهنگام و مکرر شیر برای مادران نوزادان VLBW تاکید کنند. AAP شیر پاستوریزه انسانی اهدایی را در زمانی که شیر مادر در دسترس نیست یا منع مصرف دارد توصیه می کند. غنی سازی شیر مادر یا شیر اهدایی با فورتیفایر های گاوی یا انسانی مشتق از شیر انسان باید برای بهینه سازی رشد در نوزاد VLBW در نظر گرفته شود.

LATE PRETERM AND EARLY TERM INFANTS نوزادان اواخر نارس و اوایل ترم:

نوزادان متولد شده بین هفته های 34 تا 36 بارداری، و نوزادان زودرس، متولد شده در هفته های 37 تا 38 بارداری، میزان کمتر تغذیه پستانی را نسبت به نوزادان ترم بخود اختصاص می دهند. عواملی که ممکن است منجر به مشکلات تغذیه پستانی شوند، عبارتند از تاخیر در شروع شیرسازی، نابالغی نوزاد، کاهش تخلیه موثر شیراز سینه مادر و جدا شدن نوزاد از مادر. دریافت ناکافی شیر انسان در روزهای اول پس از تولد می تواند به بستری شدن طولانی تر در بیمارستان و میزان بالاتر بستری مجدد در بیمارستان منجر شود. اگر شیر کمکی لازم شود، ترجیحاً باید شیر دوشیده مادر یا شیر پاستوریزه انسانی در صورت موجود بودن باشد، زیرا استفاده از شیر خشک می تواند منجر به افزایش تغذیه انحصاری با شیر خشک در هنگام ترخیص شود. اشتراک غیر رسمی شیر انسان می تواند با خطرات بیماری های عفونی و همچنین آلاینده ها همراه باشد.

HYPERBILIRUBINEMIA هیپر بیلی روبینمی :

نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می کنند، میانگین غلظت بیلی روبین بالاتری دارند. اعتقاد بر این است که این امر فیزیولوژیک است، و شواهدی وجود دارد که بیلی روبین در نوزادان مفید است، زیرا یک آنتی اکسیدان قوی است. با این حال، مصرف ناکافی شیر در شیرخواری که تغذیه انحصاری از سینه مادر دارد در روزهای اول زندگی، می تواند با هیپر بیلی روبینمی پاتولوژیک همراه باشد. یک مطالعه نشان داده است که کاهش دفعات تغذیه از سینه مادر، به ویژه کمتر یا مساوی 7 بار در روز، با غلظت بیلی روبین بالاتر همراه است، در حالی که تغذیه از سینه مادر بتعداد 9 تا 10 بار در روز با غلظت بیلی روبین کمتری همراه است. اگر شیر کمکی لازم شود شیر دوشیده مادر باشد. تغذیه با آغوز باعث افزایش مدفوع در نوزاد می شود که باعث افزایش دفع بیلی روبین در مدفوع می شود. نیاز به فتوتراپی در یک نوزاد سالم بدون علائم کم آبی و/یا دریافت ناکافی، نشانه ای برای دادن شیر خشک نیست، مگر اینکه غلظت بیلی روبین به سطوح

تعویض خون نزدیک شود. نوزادانی که نیاز به فتوتراپی دارند از نزدیک بودن به مادر برای تسهیل تغذیه مبتنی بر نشانه خواستن و حمایت اضافی برای شیردهی سود می‌برند. برخی از نوزادانی که از سینه مادر تغذیه می‌شوند، زردی شیر مادر را تجربه می‌کنند، که یک وضعیت خوش‌خیم است که ممکن است تا 3 ماهگی ادامه یابد. درمان خاصی لازم نیست.

ADOPTION OR SURROGACY فرزندخواندگی یا رحم اجاره ای:

شیردهی در موارد فرزندخواندگی یا رحم اجاره ای امکان پذیر است، اما اگر قرار باشد این اتفاق بیفتد، به طور مطلوب نیاز به آمادگی قبلی از طریق تحریک هورمونی و همچنین سیگنال دهی به سینه ها از طریق پمپ کردن قبل از زایمان دارد. امکان تولید شیر بطور نسبی وجود دارد. می توان از شیر دوشیده یا شیر پاستوریزه اهدایی، در صورت در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن، و همچنین شیر خشک از طریق استفاده از سیستم مکمل رسان از طریق پستان استفاده کرد. ارجاع به متخصص طب شیردهی باید تشویق شود.

INFANTS BORN TO GENDER-DIVERSE FAMILIES نوزادان متولد شده در خانواده

هایی با جنسیت متفاوت :

کودکان دارای والدینی که دارای تنوع جنسیتی هستند ممکن است به دلیل محدودیت های اجتماعی و بیولوژیکی کمتر به شیر انسان دسترسی داشته باشند. در سراسر این سند از تغذیه پستانی استفاده می شود. با این حال، کلمه "شیردهی از سینه مادر" ممکن است برای والدینی که از نظر جنسیت متفاوت هستند، تحریک کننده و کمتر دقیق باشد، که ممکن است اصطلاح "chestfeeding" را ترجیح دهند، که بیشتر شامل شیردهی در زمینه آناتومی های فیزیولوژیکی مختلف است.

مکمل های ویتامین و مواد معدنی:

ویتامین K1 عضلانی (فیتونادیون)، با دوز 0.5 تا 1.0 میلی گرم، باید به طور معمول برای همه نوزادان در روز اول زندگی تجویز شود تا خطر خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K کاهش یابد. می توان تا بعد از اولین شیردهی از سینه آن را به تعویق انداخت. ویتامین K خوراکی توصیه نمی شود، زیرا دوز خوراکی به طور متغیر جذب می شود و ممکن است غلظت یا ذخیره کافی را فراهم نکند. کمبود یا ناکافی بودن ویتامین D و راشیتیس در همه شیرخواران در نتیجه کاهش قرار گرفتن در معرض نور خورشید به دلیل تغییر در سبک زندگی، عادات لباس پوشیدن و استفاده از ضد آفتاب های موضعی افزایش یافته است. برای

نگهداری غلظت کافی ویتامین D سرم باید همه شیرخوارانی که کمتر از 28 اونس شیرمصنوعی در روز مصرف می کنند بطور روتین روزانه 400 واحد ویتامین D مصرف کنند که از روز ترخیص از بیمارستان تجویز و تا پایان شیردهی ادامه یابد. این توصیه برای تغذیه انحصاری و نسبی از سینه مادر کاربرد دارد. یک استراتژی جایگزین برای مصرف مکمل ویتامین D برای شیرخوار تجویز 6400 واحد ویتامین D در مادر شیرده است. AAP توصیه هایی را برای مکمل آهن برای شیرخواران منتشر کرده است. با این حال، مطالعات بیشتری مورد نیاز است، چون نشان داده شده است که بستن تاخیری بند ناف باعث افزایش ذخایر آهن در نوزادان ترم سالم می شود. نوزادان نارس باید باید مولتی ویتامین و آهن خوراکی دریافت و ادامه یابد تا زمانی که آنها یک رژیم غذایی کاملاً مختلط مصرف کنند و رشد و وضعیت خونی آنها عادی شود.

تغذیه تکمیلی

AAP تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای حدود 6 ماه توصیه می کند. غذای کمکی جامد باید در حدود 6 ماهگی برای اکثر شیرخواران شروع شود. غذاهای غنی از پروتئین، آهن و روی، مانند گوشت های آسیاب شده، مرغ یا ماهی آسیاب شده، گزینه های مناسبی برای تکمیل رژیم غذایی شیر مادر هستند. رژیم غذایی خانواده به تدریج با اصلاح و تغییر بافت و اجتناب از قند و چربی اضافه شروع می شود. گروهی از کارشناسان توصیه کرده اند در شیرخوارانی که بلحاظ آلرژی به بادام زمینی پرخطر هستند بدلیل آگزمای شدید و/یا حساسیت به تخم مرغ، بادام زمینی در 4-6 ماهگی شروع شود؛ اما برای شیرخواران با ریسک متوسط یا کم تا 6 ماهگی شروع نشود.

نقش پزشک اطفال:

AAP آگاه است که برای موفقیت زنان در دستیابی به اهداف توصیه شده شیردهی، تغییرات اجتماعی قابل توجهی لازم است. پزشکان اطفال می توانند نقش مهمی در رهبری و حمایت از تغییرات اجتماعی ایفا کنند که تغذیه انحصاری و مستقیم از سینه مادر را امکان پذیر کند، مانند مرخصی زایمان با حقوق تضمین شده، برنامه کاری قابل انعطاف، از جمله کار در خانه (دورکاری)، و مراقبت از کودک در محل کار. مداخلاتی مانند مشوق های WIC و سیاست های زیست محیطی ممکن است فرصت هایی را برای غلبه بر موانع ساختاری شیردهی فراهم کند. نقش مهمی که پزشکان اطفال ایفا می کنند با مراجعه به نظارت بهداشتی توصیه شده طی 48 تا 72 ساعت پس از ترخیص از بیمارستان یا در سن 3 تا 5 روزگی برجسته می شود. بسیاری از مشکلات شیردهی ممکن است بین 4 تا 7 روز پس از تولد ایجاد شود. متخصص اطفال باید

بتواند اثربخشی شیردهی را ارزیابی کند، مشکلات رایج را مدیریت کند و راهنمایی برای حفظ تولید شیر در صورت نیاز به شیرکمی و ارجاع مناسب انجام دهد. متخصصان اطفال در موقعیت ایده آلی قرار دارند تا به عنوان مربیان شیردهی خدمت کنند و این نقش را صرفاً به کارکنان یا داوطلبان پزشکی و غیرپزشکی محول نمی کنند. ارتباط مستقیم پزشکان اطفال با خانواده ها و بیان این که تغذیه شیرخوار از سینه مادر یک اولویت پزشکی و بهداشتی است می تواند شروع، مدت زمان و انحصاری بودن تغذیه از سینه مادر را افزایش دهد. همکاری با متخصصین زنان و مامایی می تواند مراقبت کلی از شیرخوار و مادر را بهبود بخشد. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در ارائه به روزترین اطلاعات و توصیه ها نقش ایفا می کنند تا والدین اطلاعاتی در مورد شیردهی داشته باشند که برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد تغذیه نیاز دارند. AAP نشان داده است که چگونه عملکرد مطب پزشک متخصص اطفال می تواند به عنوان الگویی برای نحوه حمایت از شیردهی در محل کار باشد (جدول 5) از جمله تسهیلات برای کارکنان شیرده خود. علاوه بر این، متخصص اطفال می تواند با همه اعضای تیم مراقبت های بهداشتی همکاری کند تا حداکثر تأثیر را داشته باشد. متخصصان اطفال می توانند با متخصصان شیردهی همکاری کنند یا کارکنان مطب را آموزش دهند تا مشاوره موثر در زمینه شیردهی ارائه دهند.

توصیه های کلیدی

1. AAP تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای حدود 6 ماه، با ارائه غذای کمکی در حدود 6 ماهگی توصیه می کند، و در صورت تمایل متقابل مادر و کودک، از ادامه شیردهی تا 2 سال یا بیشتر حمایت می کند.
2. AAP توصیه می کند که بیمارستان ها یا مراکز زایمان، شیوه های مراقبت از زایمان را بنحوی اجرا کنند که شروع شیردهی، مدت شیردهی و تغذیه انحصاری از سینه مادر را بهبود بخشد، مانند 10 اقدام WHO برای شیردهی موفق، همانطور که توسط CDC نظارت می شود.
3. پزشکان اطفال باید اطلاعاتی را ارائه دهند تا والدین بتوانند تصمیم آگاهانه ای برای تغذیه شیرخوار بگیرند. تصمیم والدین برای تغذیه باید به طور کامل، بدون فشار یا احساس گناه توسط هیچ یک از اعضای تیم مراقبت بهداشتی حمایت شود.
4. والدینی که از آنها فرزندی متولد شده باید از طریق شروع زودهنگام تماس پوست به پوست و شیردهی مکرر باحضور متخصص شیردهی ماهر که به راحتی در مراکز مراقبت از زایمان در دسترس است، برای تغذیه شیرخوار از سینه مادر حمایت شوند.

5. پزشکان اطفال تشویق می شوند تا از منابع فعلی مانند LactMed برای ارائه راهنمایی استفاده کنند و از ایجاد اختلال در شیردهی غیر ضروری، حتی به طور موقت اجتناب کنند، زیرا اکثر شرایط مادر، داروها و واکسیناسیون ها با شیردهی سازگاری دارند.

6. متخصصان اطفال باید در مورد مزایای سلامتی تغذیه با شیر مادر و مدیریت شیردهی آگاه باشند و در ارائه مراقبت های فرهنگی سازگار با شیردهی، ماهر باشند. متخصصان اطفال می توانند سیاست ها و شیوه های حمایتی از شیردهی را در مطب خود اجرا کنند و آماده مشارکت با منابع جامعه برای بهبود حمایت از شیردهی باشند. متخصصان اطفال می توانند همکاری با متخصصان شیردهی را برای حمایت از والدین و کودکان شیرده در نظر بگیرند.

7. متخصصان اطفال در حمایت از سیاست های حساس اجتماعی و فرهنگی که از خانواده های شیرده حمایت می کند و می توانند برای رفع نابرابری در ارائه مراقبت در مطب، بیمارستان و جامعه تلاش کنند تا تفاوت ها در شیردهی را از بین ببرند، ایفای نقش می کنند. 8. پزشکان اطفال می توانند به والدینی که نوزادان نارس برایشان متولد شده و برای سایر شیرخواران آسیب پذیر کمک کنند تا با همکاری کارکنان بیمارستان برای تسهیل در تولید فراوان شیر، از دوشیدن زودهنگام و مکرر شیر، شیر خود را به طور کامل تامین کنند. هنگامی که شیر مادر در دسترس نیست یا به عنوان مکمل شیر مادر، شیر پاستوریزه اهدایی برای نوزادان VLBW توصیه می شود.

9. سیاست هایی که از شیردهی محافظت می کند، از جمله مرخصی زایمان با حقوق عمومی، حق یک زن برای شیر دادن در جامعه، پوشش بیمه ای برای حمایت از شیردهی و پمپ های شیردوشی، مراقبت از کودک در محل کار. زمان استراحت در محل کار با مکانی تمیز و خصوصی برای دوشیدن شیر، حق تغذیه با شیر دوشیده، و حق شیردهی در مراکز مراقبت از کودک و اتاق های شیردهی در محل تحصیل، همگی برای حمایت از خانواده ها در تداوم شیردهی ضروری هستند.

10. میزان تغذیه با شیر مادر کشوری تا سن 2 سالگی باید ردیابی شود و داده ها بر اساس نابرابری های شناخته شده تغذیه با شیر مادر توسط زیرساخت های بهداشت عمومی کشور طبقه بندی شود. این داده ها باید بر اساس نژاد، قومیت، و جمعیت شناسی اقتصادی-اجتماعی برای نابرابری های شناخته شده شیردهی توسط ایالت ها، بخش های بهداشت محلی، بیمارستان ها و عملکرد پزشکان کودکان طبقه بندی شوند، زیرا این داده ها کمک می کنند تا مناطقی که نیاز به بهبود دارند مطلع شوند.

لطفا از جداول و نمودارهای این فصل در فایل اصلی ص 323--332 استفاده فرمایید

ضمیمه B

شیرانسانی اهداکنندگان برای شیرخوار پرخطر: آماده سازی، ایمنی و گزینه های استفاده در ایالات متحده

استفاده از شیر انسان اهداشده برای شیرخواران پرخطر، در درجه اول برای نوزادانی که با وزن کمتر از 1500 گرم متولد می شوند یا آنها که اختلالات روده ای شدید دارند، در حال افزایش است. شیر پاستوریزه اهدایی ممکن است در شرایطی در نظر گرفته شود که در آن شیر مادر کافی نیست. استفاده از شیر پاستوریزه اهدایی زمانی بی خطر است که اقدامات مناسب برای غربالگری اهداکنندگان و جمع آوری، ذخیره و پاستوریزه کردن شیر و سپس توزیع آن از طریق بانک های استقرار یافته شیر انسان انجام شود. استفاده از شیر اهدایی غیر پاستوریزه و سایر اشکال اشتراک گذاری مستقیم، از طریق اینترنت یا غیررسمی شیر انسان این سطح ایمنی را شامل نمی شود و توصیه نمی شود. مهم است که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مورد خطرات آلودگی باکتریایی یا ویروسی شیر غیرپاستوریزه و احتمال قرار گرفتن در معرض دارو ها، مواد مخدر یا دارو های گیاهی موجود در شیر انسان، به خانواده ها یی که شیر را به اشتراک می گذارند مشاوره بدهند. در حال حاضر، استفاده از شیر اهدایی پاستوریزه به دلیل در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن آن محدود شده است. توسعه سیاست عمومی برای بهبود و گسترش دسترسی به شیر پاستوریزه اهدایی، از جمله سیاست هایی که از بهبود حمایت مالی دولتی و خصوصی برای بانک های شیر انسان و استفاده از شیر اهداکننده حمایت می کند باید صورت گیرد.

مقدمه: شیر انسان برای سلامت همه نوزادان مفید است، اما برای شیرخواران پرخطر، به ویژه آنهایی که با وزن بسیار کم هنگام تولد (>1500 گرم) متولد می شوند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شیر اهدایی انسان می تواند بعنوان مکمل شیر مادر در صورت لزوم مفید باشد. شواهدی برای حمایت استفاده از شیر اهدایی انسان بررسی شده است، و مطالعات اخیر از مزایای سلامتی استفاده از آن در نوزادان با وزن تولد کمتر از 1500 گرم، به خصوص در کاهش میزان انتروکولیت نکروزان حمایت می کند. بانک های شیر انسان یک رویکرد مطمئن و موثر برای تهیه، پاستوریزه کردن و توزیع شیرانسان برای NICU ها و سایر مراکز دارند. اما دسترسی به اهدا کنندگان در آمریکا از نظر عرضه، هزینه و توزیع محدود است. به دلیل این محدودیت ها، برخی از والدین تصمیم گرفته اند که شیر انسان را که پاستوریزه نشده یا توسط یک بانک شیر استقرار نیافته اداره می شود با یکدیگر مبادله کنند (شیر اشتراکی). این گزارش گزینه های آماده سازی، ایمنی و استفاده برای شیر اهدایی انسانی در ایالات متحده را بررسی می کند

تهیه شیر انسان از اهداکنندگان ، پاستوریزه کردن و توزیع

تعداد بانک های شیر انسان در ایالات متحده در حال افزایش است. در حال حاضر، 20 بانک اهداکننده شیر در ایالات متحده و 4 بانک در کانادا وجود دارد که شیر را به عنوان بخشی از یک سازمان حرفه ای برای حامیان بانکداری غیرانتفاعی شیر انسان، انجمن بانکداری شیر انسانی آمریکای شمالی (HMBANA) پاستوریزه می کنند. موارد دیگر در مراحل مختلف برنامه ریزی و توسعه هستند ([www. hmbana. org](http://www.hmbana.org)). علاوه بر این، چندین بانک تجاری (انتفاعی) شیر انسان، شیر انسان را جمع آوری، پاستوریزه و توزیع می کنند اما مجموعه HMBANA نیستند. HMBANA سیاست‌هایی را برای جمع‌آوری شیر اهداکننده، و همچنین بانک‌های تجاری شیر انسان وضع کرده است. اینها درنشریه 1، و 2 و در سیاست‌هایی که معمولاً در وب سایت های بانک های شیر منفرد یافت می شوند، توضیح داده شده است. دستورالعمل‌های اهداکنندگان شامل تکمیل غربالگری سلامت، آزمایش سرولوژیک خون و دستورالعمل‌های دقیق در مورد جمع‌آوری، نگهداری و ارسال شیر است. در مقابل، اشتراک مستقیم شیر یا سایر اشکال جمع آوری و توزیع شیر در غربالگری اهداکنندگان و روش ذخیره و جابجایی بسیار متغیر است.

پاستوریزه کردن :

چندین روش ممکن است برای پاستوریزه کردن شیر اهدایی انسان استفاده شود. و این موارد به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. روش پاستوریزاسیون هولدر از حرارت دادن در دمای 62.5 درجه سانتی گراد به مدت 30 دقیقه استفاده می کند و روش اولیه مورد استفاده بانک های شیر HMBANA است. یکی از بانک های تجاری شیر، Medolac Laboratories، از سیستم پاستوریزاسیون حرارتی متفاوتی استفاده می کند.

توزیع در ایالات متحده و کانادا: اکثر شیرهای اهدایی توسط بانک های شیر در NICUها توزیع می شود. هر بانک شیر و/یا مرکز فرآوری، خط‌مشی‌هایی از جمله دستورالعمل‌های مربوط به هزینه برای این توزیع دارد. توزیع شیر اهدایی ممکن است در برخی شرایط تابع دستورالعمل‌های فدرال یا ایالتی باشد، اما در زمان انتشار این مقاله، هیچ محدودیتی برای استفاده از شیر پاستوریزه انسانی در هیچ ایالتی در آمریکا وجود ندارد. شیر انسانی اهداشده منجمد با استفاده از دستورالعمل‌های حمل و نقل تعیین شده توسط بانک‌های شیر توزیع می‌شود. بیمارستان‌های دریافت‌کننده راهنمایی‌هایی در رابطه با دما و سایر شرایط نگهداری

شیر ارائه می‌کنند، و این ممکن است مضمون مقررات ایالتی و محلی باشد. بیمارستان‌هایی که از شیر منجمد انسانی استفاده می‌کنند باید فریزرهایی با تنظیم مناسب و روش‌های دیگر برای نگهداری داشته باشند.

SAFETY/ایمنی شیر :

شیر انسان یک محصول بیولوژیکی است. بنابراین، چه از مادر خود شیرخوار و چه از مادر اهداکننده، همیشه نگرانی در مورد آلودگی وجود خواهد داشت. آلاینده‌های احتمالی عوامل عفونی، از جمله باکتری‌ها و ویروس‌ها، و آلودگی با مواد دیگر، به ویژه اجزای سمی در محیط (مانند آفت‌کش‌ها، جیوه، داروها، مواد مخدر یا علفی‌ها) هستند. اگر چه شرح دقیق هر یک از این موارد خارج از حوصله این بیانیه است، فرآیندهای مورد استفاده در پاستوریزه کردن شیر اهدایی انسان در حذف آلاینده‌های عفونی و ویروسی بسیار مؤثر است. بانک‌های شیر انسان در رویکرد خود برای غربالگری باکتریایی شیر ورودی متفاوت هستند، اما کشت‌های باکتریولوژیک پس از پاستوریزاسیون به طور معمول انجام می‌شود. داده‌های منتشر شده سطح بسیار کم یا غیرقابل اندازه‌گیری آلودگی عفونی را نشان داده‌اند. ممکن است به خانواده‌ها و مراقبان این اطمینان خاطر داده شود که در زمان انتشار این نشریه، هیچ موردی گزارش نشده است که شیر پاستوریزه انسان باعث عفونت با ویروس‌های هپاتیت یا اچ‌آی‌وی شود و احتمال وقوع این نوع عفونت در نوزادی که شیر اهدایی داده شده باشد فوق‌العاده کم است. با توجه به آلاینده‌های غیر عفونی، اگرچه حذف کامل این آلاینده‌ها دشوار است، فرآیند مخلوط کردن با شیر اهداکنندگان، احتمال اینکه این آلاینده‌ها نشان‌دهنده خطر قابل توجهی بخاطر در معرض قرار گرفتن باشند، بسیار بعید است. یک استثناء در این مورد، پروتئین شیر گاو است که در شیر مادرانی که لبنیات را در رژیم غذایی خود دارند، وجود دارد. اخیراً آلودگی شیر انسان خریداری شده از طریق اینترنت با شیر گاو (تا رقت 10% شیر انسان) گزارش شده است. در مقابل، اشتراک مستقیم شیر بدون پاستوریزاسیون، شیرخواران را در معرض طیف وسیعی از خطرات احتمالی، از جمله آلودگی باکتریایی و انتقال ویروسی، از جمله سیتومگالوویروس، ویروس‌های هپاتیت، و HIV قرار می‌دهد. غربالگری فردی توسط برخی از گروه‌های مبتنی بر اینترنت انجام می‌شود که اشتراک‌گذاری مستقیم شیر را سازماندهی می‌کنند، اما این موارد نه به طور مداوم اعمال می‌شوند و نه مستند شده‌اند. علاوه بر این، حتی با آزمایش سرولوژیک خون، عوارض عفونی همچنان یک خطر قابل توجه در شیر غیر پاستوریزه است. از آنجا که اشتراک مستقیم شیر اغلب با استفاده از شیر یک مادر اهداکننده انجام می‌شود، سایر آلاینده‌ها، مانند داروها یا مواد مخدر، ممکن است مولدخطر بیشتر باشند تا شیر مخلوط شده. مشخص نیست که پرداخت هزینه شیر به زنان چه تأثیری بر این خطرات دارد.

مسائل مربوط به رشد: مطالعات اولیه در مورد استفاده از شیر اهدایی برای نوزادان نارس کوچک رشد نسبتاً کندی را نشان داد. مطالعات جدید تر نتایج رشد بهبود یافته را نشان دادند، که ممکن است هم به در دسترس بودن بیشتر شیر اهدایی با مواد مغذی بالاتر و هم به استراتژی های پرکاربرد برای فورتیفای کردن شیر اهدایی نسبت داده شود. با این حال، این مطالعات کوهورت گذشته نگر هستند و مطالعات بیشتری مورد نیاز است. استراتژی های تقویت شیر انسانی اهدایی شامل فورتیفایر های تجاری مبتنی بر شیر انسان و پروتئین های شیر گاو است. نشان داده شده است که هر دو نوع تقویت کننده منجر به رشد مناسب می شوند و استفاده از شیر اهدایی انسانی بر اساس نگرانی های رشد در اکثر نوزادان پرخطر نیازی به محدود شدن ندارد. پایش رشد همیشه برای شیرخواران بسیار مهم است و غنی سازی شیر انسان برای همه نوزادان با وزن بسیار کم تولد مورد نیاز است.

از دست دادن مواد مغذی و خواص ضد التهابی: فرآیند پاستوریزه کردن سلول ها، مانند نوتروفیل ها و سلول های بنیادی را از بین می برد و بر درشت مغذی ها و عوامل ضدالتهابی تأثیر می گذارد. علاوه بر این، پاستوریزاسیون می تواند سویه های باکتریایی با خواص پروبیوتیک را از بین ببرد. شواهد قابل توجهی برای توصیف این ضررها در دسترس است. اجزای بیواکتیو شیر انسان، از جمله لاکتوفرین و ایمونوگلوبولین ها، با پاستوریزه کردن به میزان قابل توجهی کاهش می یابد، اما تأثیر بسیار کمتری بر مواد مغذی درشت یا ریزمغذی از جمله ویتامین ها دارد. به طور کلی، مزایایی چون بهبود تحمل تغذیه و نتایج بالینی از این مفهوم حمایت می کند که از دست دادن برخی از مواد مغذی اجزای بیواکتیو نباید استفاده از شیر پاستوریزه را محدود کند. شیر اهدایی انسانی ممکن است محتوای پروتئین و انرژی کمتری نسبت به شیر مادران نوزادان نارس داشته باشد، علاوه بر این، فعالیت لیپاز وابسته به املاح صفراوی از دست رفته، که ممکن است استراتژی های فورتیفیکاسیون و رشد را تحت تأثیر قرار دهد. روش های استریل سازی جایگزین برای حفظ خواص بیواکتیو ذاتی و کاهش هزینه تهیه شیر اهداکننده نیاز به بررسی دارد.

هدف اصلی برای نوزادان با وزن بسیار کم، تهیه شیر خود مادر است، با شیر انسانی اهدایی به عنوان پل گذر یا پشتیبان تا زمانی که شیر مادر در دسترس باشد یا حجم آن افزایش یابد. تشویق و کمک به مادران برای پمپاژ یا دوشیدن و تامین شیر خودمادر در صورت امکان و با حداکثر حجم ممکن، بسیار مهم است. اگرچه استفاده از شیر انسانی اهدایی باعث کاهش دفعات یا حجم شیر مادر خودشان به بیماران NICU نشده است، اما، هوشیاری و آموزش در مورد برتری شیر مادر خودشان نسبت به شیر اهدایی مورد نیاز است.

استفاده:

نوزادان کمتر از 1500 گرم وزن هنگام تولد

عرضه شیر اهدایی انسانی در امریکا و کانادا کمتر از حد مطلوب است. اگرچه هدف از تهیه شیر اهدایی بعنوان شیر کمکی برای کمبودشیر مادر خودشان برای تمام نوزادان نارس شرح داده شده است، این هدف ممکن است برای یک دوره زمانی قابل دستیابی نباشد. بنابراین، اولویت با نوزادان با وزن تولد کمتر از 1500 گرم است. اطلاعات نسبتاً کمی در مورد اینکه آیا این شامل نوزادان کوچک برای سن حاملگی می شود یانه ، مانند آنهایی که در هنگام تولد بیشتر از 32 تا 33 هفته بعد از قاعدگی هستند و وزن آنها کمتر از 1500 گرم است در دسترس است. اما، به طور کلی، راهنمای اولیه برای اولویت بندی مصرف شیر اهدایی ، وزن هنگام تولد است، نه سن حاملگی،

هیچ دستورالعمل روشنی برای قطع مصرف شیر انسان در نوزادی با وزن تولد کمتر از 1500 گرم در زمانی که حجم شیر مادرش کافی نیست وجود ندارد. طیف وسیعی از سنین 32 تا 36 هفته پس از فاعدگی معمولاً در ایالات متحده استفاده می شود، زیرا این محدوده بالاترین دوره خطر را برای انتروکولیت نکروران پوشش می دهد. تحقیقات بیشتری برای روشن شدن زمان مطلوب قطع شیر انسانی مورد نیاز است. باید تغذیه از سینه مادر در طول بستری در بیمارستان برای این شیرخواران تشویق شود تا احتمال شیردهی موفق پس از ترخیص از بیمارستان افزایش یابد.

سایر بیماری های روده ای

اطلاعات کمتری در مورد استفاده از شیر انسانی اهدایی در سایر نوزادان پرخطر، از جمله نوزادان مبتلا به نقص دیواره شکم، مانند گاستروشیزیس یا امفالوسل، و سایر شرایط، مانند بیماری مادرزادی قلبی، در دسترس است. با این وجود، برخی از نوزادان مبتلا به این شرایط یا سایر اختلالات نوزادان ممکن است به دلیل تأثیر مستقیم بر رشد روده یا بهبود تحمل تغذیه، از شیر انسانی اهدایی بهره مند شوند. در این موارد ممکنست ، پرداخت کنندگان انتظار داشته باشند قبل از پرداخت هزینه شیر انسان در بیمارستان یا خانه، مستنداتی مبنی بر عدم تحمل شیر خشک های مخصوص و ضرورت پزشکی برای شیر انسان داشته باشند.

توزیع سرپایی (خانه) در مقابل توزیع بیمارستانی :

اکثریت قریب به اتفاق شیر اهدایی انسانی که از بانک های شیر HMBANA توزیع می شود برای استفاده داخلی در بیماران NICU در بیمارستان ها توزیع می شود. با این حال، در برخی موارد، شیر انسانی اهداشده ممکن است برای مصارف خانگی از بانک های شیر HMBANA تهیه شود. در موارد عرضه محدود، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، مانند متخصصین اطفال و متخصصین نوزادان، می توانند با هم همکاری کنند تا اولویت این استفاده را نسبت به نیازهای NICU محلی ایجاد کنند. باید متخصص اطفال/متخصص بالینی نوزادان به طور کلی در سفارش و نظارت بر استفاده از شیر اهدایی در هر محیط سرپایی مشارکت داشته باشد. مستندات واضح در مورد دلیل استفاده از شیر انسان در خانه مورد توصیه است.

سایر مسائل مربوط به سیاست بازپرداخت هزینه: Cost Reimbursement

یک محدودیت عمده در استفاده از شیر اهدایی، هزینه ارائه این شیر به بیمارستان ها یا خانواده ها است. بازپرداخت شیر اهدایی بین ایالت ها و اغلب بین منابع پرداخت متغیر است. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند سیاست های بیمارستانی و محلی برای افزایش در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن شیر انسانی اهدایی بر اساس شواهد تولید و حمایت کنند. منابع آکادمی اطفال آمریکا و سایر گروه ها نیز می توانند به کسانی که در مراقبت از نوزادان درگیر هستند در این بحث کمک کنند. استفاده از شیر انسانی اهدایی در شیرخواران پرخطر مناسب و سازگار با مراقبت های خوب بهداشتی برای این شیرخواران است. باید سیاستهای دسترسی نوزادان پرخطر به شیر انسانی اهدایی بر اساس نیازهای پزشکی مستند باشد، نه وضعیت مالی. مقررات فدرال و ایالتی بانک های شیر و اشتراک شیر اهدایی در مورد مسائل حقوقی و مقررات بانک های شیر انسان در سطح ایالتی و ملی وجود دارد. دستورالعمل های فدرال یا ایالتی در رابطه با آماده سازی، حمل و نقل و انتقال شیر انسان و همچنین بهره برداری از بانک های شیر انسان مورد نیاز است و بهتر است از طریق مقررات رسمی توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده با نظارت مرکز کنترل بیماری ها انجام شود. خانواده های نوزادان پرخطر باید به طور کامل در جریان تحقیقات در مورد مزایای استفاده از شیر انسان برای کاهش خطرات عوارضی مانند انتروکولیت نکروزان قرار گیرند. این بحث ممکن است شامل هشدارهای مناسب در مورد خطرات مربوط به عوارض عفونی اشتراک گذاری یا توزیع شیر انسان در خارج از بانک های شیر انسان باشد. متخصصین نوزادان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از سیاست های افشای کامل خطرات و مزایای مربوط به اشتراک مستقیم یا

غیررسمی شیرانسانی غیر پاستوریزه حمایت کنند. بیمارستان ها باید استانداردهایی را ایجاد کنند که تمام شیر انسانی که به شیرخواران داده می شود استانداردهای مناسب برای تهیه و توزیع و پاستوریزاسیون را داشته باشند.

خلاصه نکات کلیدی

1. اگرچه شیر خود مادر همیشه ترجیح داده می شود، اما زمانی که شیر مادر در دسترس نیست یا مادر نمی تواند شیر بدهد، می توان از شیر اهدایی انسانی برای شیرخواران پرخطر استفاده کرد. اولویت باید به ارائه شیر انسان به نوزادان کمتر از 1500 گرم هنگام تولد باشد

2. اهداکنندگان شیر انسان باید با استفاده از روش هایی مانند روش هایی که در حال حاضر توسط بانک های شیر HMBANA یا سایر بانک های تجاری تاسیس شده شیر استفاده می شود، شناسایی و غربالگری شوند.

3. شیر اهدایی باید بر اساس استانداردهای پذیرفته شده پاستوریزه شود. تست پس از پاستوریزاسیون باید طبق دستورالعمل های کنترل کیفیت داخلی انجام شود.

4. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید خانواده ها را از اشتراک مستقیم شیر انسان یا خرید شیر انسان از اینترنت به دلیل افزایش خطرات آلودگی باکتریایی یا ویروسی شیر غیرپاستوریزه و احتمال قرار گرفتن در معرض داروها، موادمخدر یا موارد دیگر از جمله پروتئین شیر گاو. منع کنند.

5. استفاده از شیر اهدایی انسان که مناسب شیرخواران پرخطر است نباید با توانایی پرداخت فرد محدود شود. سیاست هایی برای دسترسی شیرخواران پرخطر به شیر اهدایی انسانی بر اساس نیازهای پزشکی مستند، نه مالی، مورد نیاز است

به جداول و منابع مراجعه شود

ضمیمه C موانع شیردهی: حمایت از شروع و تداوم تغذیه از سینه مادر

ACOG COMMITTEE OPINION Number 821 (Replaces Committee Opinion 570, August 2013)

چکیده: تغذیه از سینه مادر فواید مادری، شیرخواری و اجتماعی دارد. با این حال، بسیاری از والدین موانعی را برای دستیابی به اهداف شیردهی خود تجربه می کنند که منجر به کاهش میزان شروع و ادامه شیردهی می شود. علیرغم تلاش ها برای افزایش میزان شروع و ادامه شیردهی، نابرابری ها همچنان ادامه دارد. عواملی که بر تمایل و توانایی فرد برای شیردهی تأثیر می گذارد، متفاوت است و شامل ملاحظات فردی والدین، تأثیرات پزشک؛ موانع بیمارستانی؛ عوامل اجتماعی، مانند محل کار و سیاست های مرخصی والدین؛ دسترسی به پشتیبانی شیردهی؛ و حمایت اجتماعی از اهداف شیردهی آنها می باشد. یک رویکرد چند رشته ای که شامل جامعه، خانواده، والدین و متخصصان مراقبت های بهداشتی می شود، حمایت از والدین را تقویت می کند و به آنها کمک می کند تا به اهداف تغذیه شیرخوار از سینه مادر خود دست یابند.

توصیه ها :

کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (ACOG) توصیه های زیر را برای حمایت از شروع و ادامه شیردهی ارائه می کند: این کتلج از تصمیم گیری آگاهانه افراد در مورد شیردهی، فارغ از تأثیرات تجاری، اجبار و سوگیری حمایت می کند. والدین این حق را دارند که در مورد شیردهی یا عدم تغذیه با شیر مادر اطلاعات خود را انتخاب کنند. برای آن دسته از والدینی که مایل به شیردهی هستند، متخصص زنان و زایمان باید از یک رویکرد چند رشته ای استفاده کند که شامل پزشکان، حمایت از شیردهی جامعه، اعضای خانواده، کارفرمایان و ارائه دهندگان مراقبت از کودک می شود تا به والدین کمک کنند تا بر موانع غلبه کنند و مزایای شیردهی را برای خود و شیرخوارشان به دست آورند. کالج زنان و زایمان آمریکا توصیه می کند که پزشکان به والدین در مورد مزایا و مکانیسم های تغذیه با شیر مادر آموزش دهند و پزشکان، کارکنان پرستاری و سازمان های کمکی دولتی را تشویق کنند تا از تغییرات سیاستی که تغذیه با شیر مادر را تسهیل می کند، از جمله برنامه های شیردهی، چه در بیمارستان ها و چه در جامعه حمایت کنند. برای بهره مندی والد-کودک، از جمله ارتقای فرصت شیردهی، ACOG مرخصی والدین با حقوق را با حفظ مزایای کامل و 100٪ حقوق، برای حداقل 6 هفته توصیه می کند. متخصص زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی باید قویاً از سیاست هایی حمایت کنند که شیردهی را امکان پذیر می کند،

از جمله مرخصی با حقوق والدین و زمان استراحت برای مادران شاغل برای دوشیدن شیر در محل کار. باید پزشکان در مورد موانع شیردهی که ممکن است والدین برای دستیابی به اهداف شیردهی خود با آنها مواجه شوند، صحبت کنند. مزایای تغذیه از سینه مادر و نیز آموزش، مشاوره و راهبردهای حمایتی به بیمار باید در طول دانشکده پزشکی و آموزش دستیاران در رشته های زنان و زایمان، پزشکی خانواده و اطفال مورد تاکید قرار گیرد. آموزش مداوم همچنین باید برای همه پزشکان و کارکنان بیمارستان که درگیر زایمان هستند ترویج شود.

بیانیه هدف :

فواید شیردهی برای مادر و شیرخواره خوبی به اثبات رسیده است. با این حال، بسیاری از والدین موانعی را برای دستیابی به اهداف شیردهی خود تجربه می کنند که منجر به کاهش میزان شروع و ادامه شیردهی می شود. عواملی که بر تمایل و توانایی فرد برای شیردهی تأثیر می گذارد، متفاوت است و شامل ملاحظات فردی والدین، تأثیر پزشک بر موانع بیمارستانی، عوامل اجتماعی، مانند محل کار و سیاست های مرخصی والدین؛ دسترسی به پشتیبانی شیردهی؛ و حمایت اجتماعی از اهداف شیردهی آنها. متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی باید والدین را از مزایای شیردهی آگاه کنند و از شیردهی برای والدینی که مایل به دنبال کردن آن هستند حمایت کنند. برای آن دسته از والدینی که مایل به شیردهی هستند، متخصص زنان و زایمان باید از یک رویکرد چند رشته ای استفاده کند که شامل پزشکان، حمایت از شیردهی جامعه، اعضای خانواده، کارفرمایان و ارائه دهندگان مراقبت از کودک می شود تا به والدین کمک کنند تا بر موانع غلبه کنند و مزایای شیردهی را برای خود و فرزندشان به دست آورند. کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان از متخصصین زنان و زایمان و سایرینی که از افراد در تصمیمات شیردهی خود حمایت می کنند می خواهد از سیاست هایی حمایت کنند که حمایت از شیردهی را افزایش می دهد. گروه کاری متخصص تغذیه با شیر مادر کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان و کمیته عملکردی مامایی اسنادی را تهیه کرده اند که به بسیاری از جنبه های شیردهی می پردازد (به مجموعه ابزار تغذیه با شیر مادر ACOG و سایر منابع تغذیه با شیر مادر ACOG در www.acog.org/en/Topics/Breastfeeding مراجعه کنید). بنابراین، این سند بر موانع شیردهی که والدین با آن مواجه هستند و راهکارهایی برای کمک به آنها در دستیابی به اهداف شیردهی خود تمرکز خواهد کرد.

زمینه و پیشینه :

ارزش تغذیه از سینه مادر هم برای والدین و هم برای شیرخوار بی چون و چرا است (کادر 1). به طور کلی، میزان ملی شروع شیردهی 84.1٪ است، که هدف 81.9٪ افراد سالم در سال 2020 را برآورده می کند. با این حال، تفاوت های قابل توجهی در شروع شیردهی در بسیاری از متغیرها وجود دارد، از جمله نژاد (جدول 1)، درآمد (76.6٪ برای زنانی که در کمتر از 100٪ سطح فقر فدرال زندگی می کنند)، مشارکت در برنامه های کمک های فدرال (77٪ برای زنان در کشور). برنامه تغذیه مکمل ویژه [WIC]، وضعیت تحصیلی مادر (75.6٪ برای زنان دارای دیپلم دبیرستان یا GED)، و سن (74٪ برای زنان کمتر از 20 سال). علاوه بر این، اگرچه نرخ شروع در حال افزایش است، نرخ ادامه آن افزایش نمی یابد، که نشان می دهد حمایت بیشتری برای کمک به والدین برای دستیابی به اهداف شیردهی خود مورد نیاز است. موانع شیردهی در همه سطوح وجود دارد، از موانع اجتماعی و ساختاری، مانند سیاست های مرخصی ناکافی والدین، ناراحتی خاص پزشکی یا عدم آگاهی در مورد نحوه حمایت از همه والدین شیرده. سیاست هایی که از حق یک زن و فرزندش برای شیر دادن در جامعه محافظت می کند و با دوشیدن شیر، مانند پوشش بیمه برای پمپ های شیر، مرخصی زایمان با حقوق، مراقبت از کودک در محل کار، زمان استراحت برای دوشیدن شیر، و یک مکان تمیز و خصوصی برای دوشیدن شیر، برای تداوم شیردهی ضروری است. متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی در موقعیت منحصر به فردی برای بررسی مزایای پزشکی و غیرپزشکی شیردهی با والدین و خانواده ها در طول مراقبت های دوران بارداری هستند. کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان از تصمیم گیری آگاهانه هر فرد در مورد شیردهی، فارغ از تأثیرات تجاری، اجبار و سوگیری حمایت می کند. والدین حق انتخاب آگاهانه خود را در مورد شیر دادن یا عدم شیردهی دارند. شناخت و رفع موانع خاص برای شروع و یا ادامه شیردهی می تواند در کمک به والدین در دستیابی به اهداف شیردهی خود مؤثر باشد

موانع شیردهی در بیمارستان ها:

بیمارستان ها از طریق اجرای برنامه های حمایت از شیردهی می توانند تأثیر مثبتی بر شیردهی والدینی که تمایل به شیردهی دارند داشته باشند. در سال 1991، WHO و یونیسف طرح بیمارستان دوستدار کودک را برای ایجاد انگیزه در تسهیلات ارائه مراقبت های زایمانی برای اجرای ده اقدام برای شیردهی موفق راه اندازی کردند (<https://www.who.int/activities/promoting>). بیمارستان های دوستدار کودک 10 اقدام شیردهی موفق). هر چه والدین در طول مراقبت از ده اقدام بیشتر در معرض «اقدام ها» قرار گیرند،

احتمال بیشتری وجود دارد که والدین شیردهی را شروع کرده و ادامه دهند. علاوه بر این، اجرای 10 اقدام دوستدار کودک با کاهش شکاف با توجه به نابرابری های نژادی و شروع و انحصار شیردهی همراه بوده است. بیمارستان ها باید از ده اقدام و تصمیم گیری مشترک برای کمک به والدین در اهداف شیردهی خود، بدون اجبار حمایت کنند. اولین گام مراقبت از ده اقدام به تبلیغات جایگزین های شیر مادر (فرمولا) در محیط های مراقبت های بهداشتی می پردازد. تلاش های بازاریابی شرکت هایی که شیر مصنوعی تولید می کنند، این باور را تقویت می کنند که تغذیه با شیر خشک یک هنجار است یا باید باشد. رابطه معکوس قوی بین تغذیه با شیر مادر و بازاریابی شیر مصنوعی از طریق اقلام تبلیغاتی منجر به ایجاد آئین نامه بازاریابی جایگزین های شیر مادر توسط سازمان جهانی بهداشت شد که در کنار سایر الزامات، تصریح می کند که «امکانات سیستم های مراقبت بهداشتی نباید برای نمایش و تبلیغ این محصولات استفاده شود. در محدوده این کد، برای پلاکاردها یا پوسترهای مربوط به چنین محصولاتی، یا برای توزیع مواد ارائه شده توسط سازنده یا توزیع کننده» متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی باید بدانند که تبلیغات در مطب یا بیمارستان و توزیع بسته های هدیه با شیر خشک به والدین شیرده معمولاً یک عامل بازدارنده برای ادامه شیردهی است.

بنابراین، متخصصان مراقبت های بهداشتی باید به دنبال جایگزین های آموزشی غیرتجاری یا بسته های هدیه بدون اقلام مرتبط با سلامت باشند. مراقبت ده اقدام نه تنها به بازاریابی جایگزین های شیر مادر می پردازد، بلکه اهمیت حمایت از شیردهی در بیمارستان و همچنین ادامه کمک پس از ترخیص از بیمارستان را برجسته می کند. مشاوران شیردهی باید در بیمارستان و پس از ترخیص در دسترس والدین باشند. اگرچه قانون محافظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (ACA) حمایت از شیردهی را بدون اشتراک هزینه پوشش می دهد، این عمل هنوز به دلیل مسائل مربوط به مجوز دولتی یا بیمه یا هر دو، در اکثر جوامع به طور کامل اجرا نشده است. بنابراین، هزینه های پرداختی از جیب خدمات شیردهی برای بسیاری از والدین بسیار گران شده است. علاوه بر این، گنجاندن ویزیت های شیردهی در هزینه کلی بارداری، توانایی متخصصان مراقبت های زنان و زایمان را برای ارائه خدمات پس از زایمان در صورت عدم وجود عفونت پستان یا سایر تشخیص های خاص محدود کرده است. برای پرداختن به میزان پایین تر تغذیه با شیر مادر در گروه های حاشیه ای که در WIC شرکت می کنند، برنامه ها و کمپین هایی برای افزایش میزان شیردهی در شرکت کنندگان معرفی شده اند، از جمله یک برنامه قوی مشاوره با همسالان برای کمک به مادرشیرخوار. در نتیجه، از سال 2010 تا 2018، افزایش 5.7 درصدی در تعداد شیرخواران تغذیه شونده

از سینه مادر در برنامه WIC گزارش شده است. این با کاهش نرخ اشتراک بسته های غذایی WIC که شامل شیر خشک بود و افزایش اشتراک بسته های شیردهی انحصاری همراه بود.

گاهی اوقات شیردهی مطلوب است اما ممکن نیست. باید پزشکان با بانک های اهداکننده شیر انسان، که منبع شیر پاستوریزه شده انسانی را ارائه می دهند، آشنا باشند. اهداکنندگان غربالگری شده اند و دستورالعمل های جمع آوری، ذخیره سازی و توزیع وجود دارد. نشان داده شده است که شیر اهدایی انسان به ویژه برای شیرخواران پرخطر، از جمله نوزادان نارس و با وزن بسیار کم هنگام تولد (کمتر از 1500 گرم) مهم است. انجمن بانکداری شیر انسانی آمریکای شمالی یک سازمان حرفه ای و غیرانتفاعی متشکل از 27 بانک اهداکننده شیر در ایالات متحده و کانادا است که اهدا و دریافت شیر انسان را تسهیل می کند، که پزشکان و والدین می توانند به آن دسترسی داشته باشند (www.hmbana.org). با این حال، تامین، هزینه و توزیع همچنان موانع مهمی برای تامین شیر اهدایی به نوزادان پرخطر باقی مانده است

این موانع ممکن است باعث شود برخی از خانواده ها به دنبال شیر انسان باشند که توسط یک بانک تاسیس شده شیر اداره نمی شود (اشتراک گذاری غیررسمی شیر)، روشی که به دلیل افزایش خطرات آلودگی باکتریایی یا ویروسی و همچنین امکان قرار گرفتن در معرض داروها، مواد اعتیاد آور و سایر مواد زمانی که شیر و اهداکنندگان به طور مناسب غربالگری نمی شوند بوجود می آید. برخی از ایالت ها قانونی را تصویب کرده اند که به Medicaid اجازه می دهد شیر اهدایی را برای نوزادان پرخطر پوشش دهد. خط مشی هایی که استفاده از شیر اهدایی بر اساس نیازهای پزشکی شیرخوار، بدون توجه به وضعیت بیمه، حمایت می کنند، باید توسط متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی ارائه شوند

موانع اجتماعی برای شیردهی

عوامل اجتماعی و ساختاری تعیین کننده سلامت می توانند تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی والدین، از جمله تمایل یا توانایی آنها برای شیردهی داشته باشند. تجربه نژاد پرستانه یک فرد در جهان می تواند تا حد زیادی بر توانایی آنها برای رسیدن به اهداف شیردهی خود تأثیر بگذارد. عوامل تاریخی، مانند بازاریابی غارتگرانه شیر مصنوعی در دهه 1950، ممکن است در تصمیمات شیردهی که توسط والدین سیاه پوست آمریکایی گرفته می شود، نقش داشته باشد. افراد رنگین پوست بیشتر در مناطقی زندگی می کنند که منابع کمتری دارند، جایی که دسترسی به حمایت از شیردهی کمتر از مناطق با منابع خوب در دسترس است. تحقیقات همچنین ارتباط بین تجربه نژادپرستی و تبعیض در محیط شغلی و شانس کمتر شیردهی را در 3 تا

5 ماهگی نشان داده است. نابرابری های نژادی ساختاری منجر به این می شود که والدین رنگین پوست به طور نامتناسبی تحت تأثیر موانع مشترک اکثر افرادی که تمایل به شیر دادن دارند، مانند سیاست های مرخصی ناکافی والدین قرار می گیرند. منابعی برای حمایت از خانواده های رنگین پوست و شناسایی راه حل هایی برای غلبه بر نابرابری ها در شیردهی در دسترس هستند (باکس 2).

سرخپوستان آمریکا و بومیان آلاسکا نیز نرخ شیردهی کمتر از میانگین ملی دارند، اما مکتوبات رفتار تغذیه در مقایسه با سایر گروه های نژادی و قومی محدود است. مطالعات نشان داده اند که شبکه های اجتماعی می توانند تأثیر مثبتی بر میزان شیردهی در بین افراد بومی داشته باشند. دولت های بومی نیز در آموزش افراد در مورد اهمیت تغذیه از سینه مادر نقش دارند. چندین ائتلاف فعال وجود دارد، مانند ائتلاف بومیان آمریکای شیردهی و اشنگتن و ائتلاف نااهو (Breastfeeding (24). تمام سیزده بیمارستان خدمات بهداشتی هند که مراقبت های زایمان را ارائه می دهند، ده مرحله را اجرا کرده اند، که تعهد خدمات بهداشتی به تشویق شیردهی را تقویت می کند.

فقدان یا ناکافی بودن سیاست های مرخصی والدین ممکن است تأثیر مخربی بر شیردهی در والدینی که به سر کار باز می گردند داشته باشد. بسیاری از افرادی که درآمد کمتری دارند، میزان شیردهی پایینی دارند زیرا احتمال بیشتری دارد که به زودی پس از زایمان به سر کار بازگردند و در موقعیت هایی استخدام می شوند که شیردهی در محل کار را دشوارتر از افراد با درآمد بالاتر می کنند. یک گزارش در سال 2018 از کالج حقوقی هاستینگز کالیفرنیا نشان داد که تبعیض شیردهی بسیار گسترده است، و اثرات شدیدی به ویژه برای کارگران با دستمزد کم، که احتمالاً افراد رنگین پوست هستند، دارد. تغییر خط مشی می تواند تأثیر مفیدی بر شیردهی در محل کار داشته باشد. به عنوان مثال، سیاست های مرخصی خانواده با حقوق در سراسر ایالت در کالیفرنیا و نیوجرسی با افزایش میزان شیردهی انحصاری همراه است. ACA از شیردهی به طرق مختلف پشتیبانی می کند. اول، دسترسی به پشتیبانی و مشاوره شیردهی را الزامی می کند و لوازم شیردهی مانند شیردوش برقی را بدون اشتراک هزینه ارائه می دهد. علاوه بر این، از طریق اصلاحیه ای در قانون استانداردهای کار منصفانه که به عنوان "زمان استراحت برای مادران شیرده" شناخته می شود، ACA از کارفرمایان می خواهد که زمان استراحت معقول و یک مکان خصوصی، به غیر از حمام، برای شیردوشی مادران شیرده در طول روز کاری برای سال اول شیرخوار فراهم کنند. علیرغم این الزام، گزارش 2018 کالج حقوقی هاستینگز کالیفرنیا نشان می دهد که بیش از 25 میلیون کارگر

در سن باروری در ایالات متحده بدون حمایت کافی برای تغذیه شیرخوار از سینه مادر در حین کار باقی مانده اند

متأسفانه، همه افراد از اصلاحیه قانون استانداردهای کار منصفانه سود نمی برند. کارفرمایانی که کمتر از 50 کارمند دارند، در صورتی که بتوانند نشان دهند که رعایت حال آنها باعث ایجاد مشقت های ناروا می شود، می توانند برای معافیت درخواست دهند. علاوه بر این، بسیاری از حقوق بگیران از این قانون مستثنی هستند و اگر قصد دوشیدن شیر در محل کار را دارند، باید مذاکره و وکالت خود را انجام دهند. آگاهی از حقوق آنها در رابطه با شیردهی ممکن است با بازگشت والدین به سر کار مفید باشد. www.abetterbalance.org و www.worklifelaw.org (www.abetterbalance.org) و کالج هاستینگز دانشگاه کالیفرنیا از مرکز حقوقی قانون زندگی کاری (worklifelaw.org) نمونه هایی از سازمان هایی هستند که به مبارزه با تبعیض در محل کار بر اساس وضعیت بارداری و خانواده اختصاص داده شده اند. منابع اختصاصی ایالتی که به مادران شیرده درباره قوانین شیردهی ایالتی و محلی اطلاع می دهند، در وبسایت های فردی موجود هستند.

ثابت شده است که مرخصی والدین با حقوق باعث افزایش شروع و حفظ شیردهی می شود. حمایت قوی از مرخصی استحقاقی والدین در سراسر سازمان های ملی، از جمله انجمن پزشکی مادر-جنین (12 هفته توصیه می شود) و آکادمی اطفال آمریکا (12 هفته توصیه می شود) به اتفاق آرا است. ACOG برای بهره مندی والدین-کودک، از جمله ارتقای فرصت شیردهی، مرخصی والدین با حقوق را با حفظ مزایای کامل و 100% حقوق، برای حداقل 6 هفته توصیه می کند. متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی باید قویاً از سیاست هایی حمایت کنند که شیردهی را امکان پذیر می کند، از جمله مرخصی با حقوق والدین و زمان استراحت برای همه افراد برای دوشیدن شیر در محل کار

سایر موانع شیردهی:

باید پزشکان بطور صریح و با میل به بحث درباره موانع شیردهی که والدین ممکن است برای کمک به آنها در دستیابی به اهداف شیردهی خود با آن مواجه شوند بپردازند. با اذعان به چالش های موجود در شیردهی، مشکلاتی که بسیاری از والدین در دوران شیردهی تجربه می کنند، و درک اینکه این تجربیات عوامل خطر افسردگی پس از زایمان هستند، بسیار مهم است. علاوه بر این، مهم است که حمایت از شیردهی اجباری نباشد و به تصمیم آگاهانه والدین در مورد شیر دادن یا عدم آن احترام گذاشته شود.

مواع پزشكان:

دانش پزشك از منابع براي تشويق شيردهي مهم است. كالج آمريكايي متخصصين زنان و زايمان منابع پزشك را در «نقش پزشك در تغذيه با شير انسان» در www.acog.org/education-and-events/publications/the-physicians-role-in-human-milk-feeding فهرست مي كند. منابع جامعه، از جمله كلاس هاي شيردهي قبل از تولد، مشاوران شيردهي، پزشكان ويزيت كننده در منزل و گروه هاي حمايتي محلي و ملي آگاه باشند. مداخلات بهداشت از راه دور، از جمله پيام هاي متني و پشتيباني تعاملي مبتني بر وب، نويدبخش تداوم شيردهي است. يادگيري اين منابع در طول مراقبت هاي دوران بارداري براي والدين مفيد است. همه پزشكان، اعضاي خانواده و ارائه دهندگان مراقبت از كودك كه با مراقبت از بيماران باردار و پس از زايمان و شيرخواران آنها درگير هستند، مي توانند از شروع و ادامه شيردهي حمايت كنند. مزايای تغذيه با شير مادر و نيز آموزش، مشاوره و راهبردهاي حمايتي به بيمار، بايد در طول دانشكده پزشكي و آموزش دستياران در رشته هاي زنان و زايمان، پزشكي خانواده و اطفال مورد تاكيد قرار گيرد. آموزش مداوم همچنين بايد براي همه پزشكان و كاركنان بيمارستان كه درگير زايمان هستند ترويج شود.

والدين با سابقه تروماي رواني قبلي يا در حال حاضر:

متخصصان زنان و زايمان و ساير متخصصان مراقبت هاي بهداشتي بايد از تاثيري كه سابقه تروما (رواني) مي تواند بر سلامت فرد و تعامل با سيستم مراقبت هاي بهداشتي از جمله تمايل آنها به شيردهي داشته باشد آگاه باشند. اصول مراقبت از تروماهنگام مشاوره در مورد شيردهي بايد استفاده شود. آزار جسمي در دوران بارداري با قطع زودهنگام شيردهي انحصاري مرتبط است. به طور مشابه، خشونت رواني همسر، اجتناب از شيردهي را افزايش مي دهد. بيماران با سابقه تروماي جنسي ممكن است ترجيح دهند از شيردهي خودداري كنند، اما آنهايي كه اين كار را انجام مي دهند اغلب ارتباطات بدني مثبت در حين شيردهي و احساس توانمندی را با انتخاب خود گزارش مي دهند.

مواع براي بيماران با مسائل پيچيده پزشكي

بيماراني كه مشكلات پزشكي پيچيدهاي دارند نسبت به بيماران بدون شرايط پزشكي با نرخ هاي پايين تر و مدت کوتاه تري شير مي دهند. در دوران بارداري، پزشكان بايد بيماران مبتلا به بيماري هاي همراه را شناسايي كنند، قصد بيمار براي شير دادن را ارزيابي كنند و اطمينان حاصل كنند كه هيچ گونه منع مصرفي

برای شیردهی وجود ندارد. اگرچه تصمیم به شیردهی تحت تأثیر عوامل بسیاری است، برنامه هایی که به بیمارانی که حاملگی ها و زایمان های پیچیده پزشکی دارند کمک می کند ممکن است میزان شیردهی را در این جمعیت بهبود بخشد. اکثر داروها با شیردهی سازگاری دارند. با این حال، بیمارانی که در دوران بارداری یا پس از زایمان یا هر دو به دارو نیاز دارند، ممکن است به دلیل نگرانی های مربوط به مواجهه شیرخوار با دارو از طریق شیردهی، در شیردهی یا مصرف داروهای تجویز شده مردد باشند. پزشکان باید با پایگاه داده داروها و شیردهی به نام LactMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922) آشنا باشند، که اطلاعات جامعی در مورد دفع داروها در شیر مادر، از جمله پیشنهاداتی برای داروهای جایگزین در مواردی که یک داروی خاص منع مصرف دارد ارائه می کند.

Barriers for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ+) Parents

جامعه LGBTQ+ از نظر قومی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی متنوع است و اطلاعات کمی در رابطه با حمایت از شیردهی برای والدین LGBTQ+ وجود دارد. تحقیقات عموماً بر روی افراد لزبین سفیدپوست و همجنسگرا متمرکز شده اند و ممکن است منعکس کننده تجربیات همه افراد LGBTQ+ نباشد. بیمارانی LGBTQ+ ممکن است با چالش های منحصر به فردی با شیردهی مواجه شوند، مانند مشاوره و القای شیردهی. مردان تراجنسیتی که شیردهی را انتخاب می کنند، که به آن «chestfeed» نیز گفته می شود، در صورت انجام عمل جراحی کوچک کردن قفسه سینه ممکن است در تامین شیر دچار مشکل شوند. زنان تراجنسیتی که مایل به شیردهی هستند ممکن است با ترکیبی از داروها و پمپاژ سینه شیرتولید کنند. برای مردان تراجنسیتی، تصمیم به عدم شیردهی ممکن است ناشی از بدشکلی بدن، و تصمیم برای از سرگیری درمان با تستوسترون بلافاصله پس از بارداری باشد، که شیردهی را سرکوب می کند. پزشکان باید از منابعی مانند La Leche League International، آکادمی پزشکی شیردهی، و کمیته تغذیه با شیرمادر ایالات متحده، که اطلاعات و پشتیبانی را برای افراد LGBTQ+ که انتخاب می کنند شیردهی را دنبال کنند، ارائه می دهند.

اختلال مصرف مواد و شیردهی (اعتیاد)

اختلال مصرف مواد نباید به عنوان منع مصرف قطعی شیردهی در نظر گرفته شود. مثلاً، بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد اپیوئید که در درمان با کمک دارو پایدار هستند و فاقد سایر موارد منع مصرف هستند، باید به شیردهی تشویق شوند. از طرف دیگر، بیمارانی که به طور فعال از مواد غیرقانونی مانند متامفتامین یا کوکائین استفاده می‌کنند، نباید شیر بدهند. بسیاری از والدین مبتلا به اختلال مصرف مواد دارای عفونت همزمان هپاتیت C هستند که منع مصرف شیردهی نیست، مگر اینکه نوک سینه‌ها ترک خورده و خونریزی داشته باشند. در حالی که نوک سینه‌ها در حال بهبود هستند، والدین باید شیر را پمپ کرده و دور بریزند تا پوست نوک پستان بهبود یابد و شیردهی با خیال راحت از سر گرفته شود. به والدینی که در مرحله بهبودی هستند باید توصیه شود که اگر می‌خواهند شیردهی را با پمپاژ تا زمانی که شیرشان ایمن تر شود حفظ کنند، باید تشویق شوند که این کار را انجام دهند. متخصص زنان و زایمان باید آماده بحث در مورد این مسائل ایمنی با بیماران خود باشند و در صورت لزوم توصیه کنند. اگرچه مصرف ماری جوانا در حال رایج تر شدن است، اطلاعات مربوط به اثرات آن بر نوزادان محدود است و مصرف ماری جوانا در دوران شیردهی به شدت ممنوع است. با این حال، انتخاب شیر دادن به شیرخوار در این شرایط منع مصرف مطلق ندارد. باید پزشکان از راهبردهای کاهش آسیب بدون اعمال محدودیت‌های خودسرانه استفاده کنند.

والدین زندانی و شیردهی:

کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان و کمیسیون ملی اصلاح مراقبت‌های بهداشتی از چنین برنامه‌هایی حمایت می‌کنند. حتی زمانی که قاعده و نظام‌ها موجود است، در انتقال شیر مادر به پرستار شیرخوار، در دسترس نبودن مشاور شیردهی برای والدین در حبس، فقدان حریم خصوصی کافی، و مشکلات روانی جدایی از فرزند چالش‌های موجود هستند. متخصصان زنان و زایمان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند تسهیل‌کننده خدمات حمایتی شیردهی برای والدین زندانی، به ویژه زمانی که والدین در بیمارستان بستری هستند، با آموزش کارکنان زندان و بازدیدگاه در مورد مزایای شیردهی برای مادر و کودک و حمایت از قانون برای چنین برنامه‌هایی باشند.

حمایت اجتماعی برای تغذیه شیرخوار از سینه مادر:

فقدان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز می‌تواند مانعی برای دستیابی به اهداف شیردهی باشد. جمعیت‌شناسی همسر مثل نژاد، تحصیلات، و قرار گرفتن در معرض تغذیه با شیر مادر با نگرش‌هایی در مورد

شیردهی مرتبط است که می تواند بر تصمیم به شیردهی تأثیر بگذارد. نشان داده شده است که آموزش به طرف مقابل باعث بهبود میزان شیردهی می شود. نمونه‌ای از یک سازمان اجتماعی که به طور خاص بر روی پدران آمریکایی آفریقایی‌تبار متمرکز شده است، باشعار دسترسی برادران ما در همه جا است (ROBE؛ breastfeedingrope.org). هدف آنها آموزش، تجهیز و توانمندسازی مردان در مورد تغذیه شیرخواران از سینه مادر است که باعث افزایش میزان شیردهی مادران و کاهش نرخ مرگ و میر شیرخواران در جامعه آفریقایی آمریکایی می شود. همچنین نشان داده شده است که برنامه های حمایت از هم‌تایان شروع شیردهی و مدت آن و تغذیه انحصاری با شیرمادر را افزایش داده است.

والدین نوجوان و شیردهی

والدین نوجوان در مقایسه با والدین مسن تر از 20 سال (82.4 تا 85.2%) احتمال شیردهی کمتری به فرزندان خود دارند (74%). در بین نوجوانان، عواملی مانند تأثیر شیردهی مادر بر روابط اجتماعی و صمیمی و در دسترس بودن حمایت اجتماعی تأثیر بسزایی در تصمیم به شیردهی دارد. همچنین نوجوانان با موانع دیگری برای شیردهی روبرو هستند، از جمله آموزش ناکافی در مورد اهمیت شیردهی، عدم حمایت برای شروع و ادامه شیردهی، و فقدان امکانات مدرسه یا محل کار برای شیردهی یا پمپاژ شیر. جامعه مامایی و اطفال باید والدین نوجوان و جوانی را که تمایل به شیردهی دارند تشویق کنند و سیستم‌های حمایتی بیشتر مانند برنامه‌های رسمی برای والدین و گروه‌های حمایتی را ارائه دهند. همچنین نشان داده شده است که اجرای 10 اقدام شروع و ادامه شیردهی را در این گروه افزایش می دهد.

خلاصه

شیر مادر بعنوان بهترین منبع تغذیه برای شیرخواران شناخته شده است. تغذیه از سینه مادر فوایدی برای مادر، شیرخوار و فواید اجتماعی دارد. علیرغم تلاش‌ها برای افزایش میزان شروع و ادامه شیردهی، نابرابری‌ها همچنان ادامه دارد. کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان توصیه می کند که پزشکان به والدین در مورد مزایا و مکانیسم های تغذیه از سینه مادر آموزش دهند و پزشکان، پرسنل پرستاری، و سازمان های کمک دولتی را تشویق کنند تا از تغییرات سیاستی که تغذیه از سینه مادر را تسهیل می کند، از جمله برنامه های شیردهی، هم در بیمارستان ها و هم در جامعه حمایت کنند. تصمیم گیری مشترک بین والدین و متخصصان مراقبت های بهداشتی برای به حداقل رساندن خطر اجبار ضروری است. یک رویکرد

چند رشته ای که شامل جامعه، خانواده، والدین و متخصصان مراقبت های بهداشتی می شود، حمایت از والدین را تقویت می کند و به آنها کمک می کند تا به اهداف تغذیه با شیر مادر خود دست یابند.

به جداول و منابع کتاب نیز مراجعه شود

به جای 685 756 ACOG COMMITTEE OPINION Number

Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice

حمایت مطلوب از شیردهی مادران بعنوان قسمتی از عملکرد زنان و مامایی

چکیده: متخصصین زنان و زایمان به عنوان متخصصان بهداشت باروری و مدافعان سلامت زنان که در ارتباط با سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مامایی و اطفال کار می کنند، به طور منحصر به فردی موقعیت دارند تا زنان را قادر به دستیابی به اهداف تغذیه شیرخواران خود کنند. سیاست ها و شیوه های مراقبت از زایمان که از شیردهی حمایت می کنند در سطح ملی در حال بهبود هستند. با این حال، کار بیشتری لازم است تا اطمینان حاصل شود که همه زنان از حمایت مطلوب شیردهی در طول مراقبت های دوران بارداری، در طول دوران بستری پس از زایمان و دوران بعد از زایمان برخوردار می شوند. توانمندسازی زنان برای تغذیه شیرخوار از سینه و با شیرخودشان یک اولویت بهداشت عمومی است زیرا در سطح جمعیت، قطع شیردهی با پیامدهای نامطلوب سلامتی برای مادر و فرزندش همراه است، از جمله خطر ابتلا به سرطان سینه، سرطان تخمدان، دیابت، فشار خون بالا و بیماری قلبی برای مادر. و خطرات بیشتر برای شیرخواران شامل بیماری های عفونی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، و بیماری متابولیک. موارد منع مصرف شیردهی اندک است. بیشتر داروها و واکسن ها برای استفاده در دوران شیردهی، به استثنای معدودی، بی خطر هستند. تغذیه از سینه مادر مزایای پزشکی، اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی را به همراه دارد. با این حال، هر زن برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد تغذیه شیرخوار واجد شرایط منحصر به فرد است. متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید در مورد مزایای طبی و غیرپزشکی شیردهی با زنان و خانواده ها صحبت کنند. از آنجایی که شیردهی بخشی جدایی ناپذیر از فیزیولوژی تولید مثل است، همه متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید مهارت های خود را در راهنمایی آینده نگر (فرا راه)، حمایت از فیزیولوژی طبیعی شیردهی و مدیریت عوارض شایع تغذیه از سینه مادر توسعه دهند و حفظ کنند. متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از زنان حمایت کنند و سیاست هایی را تشویق کنند که زنان را قادر می سازد تا شیردهی را در زندگی روزمره خود و در محل کار ادغام کنند. این نظر کمیته تجدید نظر شده است تا شامل راهنمایی های اضافی برای متخصصان زنان و زایمان و سایر

ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باشد تا زنان را در شرایط منحصر به فرد بهتر قادر به دستیابی به اهداف شیردهی خود کنند.

توصیه ها کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان توصیه های زیر را ارائه می کند:

آموزش

مدیریت بالینی شیردهی جزء اصلی مراقبت های بهداشتی باروری است. از آنجایی که شیردهی بخشی جدایی ناپذیر از فیزیولوژی تولید مثل است، همه متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید مهارت های خود را در راهنمایی آینده نگر، حمایت از فیزیولوژی طبیعی شیردهی و مدیریت عوارض شایع شیردهی توسعه دهند و حفظ کنند.

حمایت از زنان شیرده :

زنان بطور قوی تشویق می شوند که فرزندشان را از سینه خود شیر بدهند و کالج آمریکایی زنان و زایمان از حق هر خانمی برای شیر دادن حمایت می کند. شیردهی انحصاری 6 ماه اول زندگی شیرخوار را توصیه می کند با ادامه تغذیه از سینه مادر به همراه غذاهای کمکی در طول سال اول زندگی شیرخوار یا طولانی تر، به دلخواه مادر و فرزند. توصیه و تشویق متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های مامایی برای کمک به زنان برای تصمیم گیری آگاهانه برای تغذیه شیرخوار بسیار مهم است و باید از اجبار، فشار یا تأثیر غیر ضروری فارغ باشد. متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از تصمیم آگاهانه هر مادر در مورد شروع یا ادامه شیردهی حمایت کنند و تشخیص دهند که او واجد شرایط منحصر به فرد برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه مخلوط یا شیر خشک برای او و فرزندش مطلوب و بهینه است یا خیر، حمایت کنند. هنگام گرفتن شرح حال زنان و مامایی، باید متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان به طور خاص در مورد هر گونه جراحی پستان، مدت زمان شیردهی قبلی و مشکلات قبلی شیردهی بپرسند. شیردهی یک گزینه برای زنانی است که تحت ماستکتومی دوطرفه و بازسازی سینه قرار گرفته تا از طریق SNS شیر بدهد. زنانی که مشکلات شیردهی را تجربه می کنند در معرض خطر بیشتری برای افسردگی پس از زایمان قرار دارند و باید غربالگری، درمان و ارجاع مناسب صورت گیرد. اکثر داروها و واکسن ها برای استفاده در دوران شیردهی بی خطر هستند. پزشکان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید برای اطلاعات به روز در مورد داروهای فردی از منابع فارماکولوژی شیردهی مشاوره

بگیرند زیرا توصیه های نامناسب اغلب می تواند باعث شود زنان شیردهی را بی دلیل قطع کنند. متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از زنانی که نوزادان نارس به دنیا آورده اند و سایر نوزادان آسیب پذیر را حمایت کنند تا با ارائه راهنمایی های آینده نگر و همکاری با کارکنان بیمارستان برای برقراری جریان کامل و کافی شیر در صورت امکان، دوشیدن زود هنگام و مکرر شیر با شروع ظرف 1 ساعت پس از زایمان شیر خود را تامین کنند.

خط مشی و سیاست:

متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از زنان حمایت کنند و سیاست هایی را تشویق کنند که زنان را قادر می سازد تا شیردهی را در زندگی روزمره خود و در محل کار ادغام کنند. باید 10 اقدام برای شیردهی موفق "WHO در مراقبت های زایمان ادغام شود تا احتمال اینکه یک زن شیردهی را آغاز کند و ادامه دهد و به اهداف شخصی خود در شیردهی دست یابد، افزایش یابد. سیاست هایی که از حق زن و فرزندش برای شیر دادن در اجتماع محافظت می کند و پوشش بیمه برای استفاده از شیردوش برقی برای دوشیدن، مرخصی زایمان با حقوق، مراقبت از کودک در محل، کار، فرصت دوشیدن در زمان استراحت، و مکان تمیز و خصوصی. برای دوشیدن شیر، در جهت تداوم شیردهی ضروری است.

مقدمه:

اگرچه اکثر زنان در ایالات متحده شیردهی را آغاز می کنند، بیش از نیمی از آنها زودتر از زمانی که می خواهند فرزند را از شیر می گیرند. علاوه بر این، تفاوت های قابل توجهی در شروع و طول مدت شیردهی وجود دارد که بر سلامت جمعیت تأثیر می گذارد. به عنوان مثال، در نمونه ای از شیرخواران متولد بین سال های 2010 و 2013، 17.2 درصد تفاوت در میزان شروع در زنان سیاه پوست و سفیدپوست در ایالات متحده وجود داشت. علاوه بر این، در میزان شیردهی انحصاری 6 ماهه از سینه مادر 7.8 درصد و هر مقدار شیردهی در 12 ماهگی 13.7% تفاوت وجود داشت. سیاست ها و شیوه های مراقبت از زایمان که از شیردهی حمایت می کنند در سطح ملی در حال بهبود هستند. با این حال، کار بیشتری لازم است تا اطمینان حاصل شود که همه زنان از حمایت مطلوب شیردهی در طول مراقبت های دوران بارداری، در طول اقامت زایمان خود و پس از زایمان برخوردار می شوند. به عنوان متخصصان بهداشت باروری و مدافعان سلامت زنان که در ارتباط با سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مامایی و اطفال کار می

کنند، متخصصان زنان و زایمان موقعیت منحصر به فردی دارند تا زنان را قادر به دستیابی به اهداف تغذیه فرزندشان کنند. این نظر کمیته تجدید نظر شده است تا شامل راهنمایی های اضافی برای متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باشد تا زنان در شرایط منحصر به فرد به اهداف شیردهی خود دست یابند.

مزایای تغذیه از سینه مادر

مدیریت بالینی شیردهی جزء اصلی مراقبت های بهداشتی باروری است. با این حال، آموزش پیرامون شیردهی اغلب در آموزش فارغ التحصیلان پزشکی و تحصیلات تکمیلی وجود ندارد. توانمندسازی زنان برای شیردهی یک اولویت بهداشت عمومی است زیرا در سطح جمعیت، قطع شیردهی با پیامدهای نامطلوب سلامتی برای زن و فرزندش همراه است، از جمله خطر ابتلا به سرطان سینه، سرطان تخمدان، دیابت، فشار خون بالا و بیماری قلبی برای مادر. و خطرات بیشتر برای شیرخواران از جمله بیماری های عفونی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و بیماری متابولیک. اگرچه شیردهی یک هنجار فیزیولوژیک است، هنجارهای فرهنگی برای تغذیه شیرخوار در قرن گذشته به طرز چشمگیری تغییر کرده است. در سال 1971، تنها 24.7 درصد از زنان بیمارستان را با شیردهی ترک کردند. از آن زمان، میزان شروع شیردهی به تدریج افزایش یافته است. در سال 2014، 82.5 درصد از زنان در ایالات متحده شروع به تغذیه فرزند از سینه خود کرده در 6 ماهگی، 55.3 درصد و در یک سالگی 33.7 درصد شیر می دادند (جدول 1).

تغذیه شیرخوار از سینه مادر مزایای طبی، اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی را به همراه دارد. با این حال، هر زن برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد تغذیه شیرخوارش دارای شرایط منحصر به فرد است. متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید در مورد فواید فراوان طبی و غیرطبی شیردهی با زنان و خانواده ها صحبت کنند، زیرا نشان داده شده است که مشارکت و آموزش پدران و سایر افراد مهم موفقیت شیردهی را بهبود می بخشد. موارد منع تغذیه از سینه مادر اندک است و شامل آن دسته از زنانی می شود که شیرخوار مبتلا به گالاکتوزمی دارند، به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا HTLV نوع I یا نوع II مبتلا هستند و سل فعال درمان نشده یا آبله مرغان یا ویروس هرپس سیمپلکس فعال روی نیپل دارند. اکثر داروها و واکسن ها برای استفاده در دوران شیردهی، به استثنای معدودی، بی خطر هستند. استفاده از داروهای خاص یا برای درمان سوء مصرف مواد ممکن است منع مصرف شیردهی نباشد. برای مثال، زنانی که دوزهای ثابت متادون یا بوپرنورفین مصرف می کنند، و از داروهای غیرقانونی استفاده نمی کنند و هیچ گونه منع مصرف دیگری ندارند، باید به شیر دادن تشویق شوند

. داده های کافی برای ارزیابی اثرات مصرف ماری جوانا بر شیرخوار مادر شیرده وجود ندارد. ولذا، استفاده از ماری جوانا در مادر شیرده ممنوع است. با افزایش تعداد ایالت هایی که مصرف ماری جوانا را قانونی و غیرقانونی می کنند، غربالگری و مشاوره زنان در مورد مصرف دارویی و تفریحی ماری جوانا در دوران بارداری و شیردهی مهم است و نباید از آن غافل شد. جزئیات بیشتر در مورد مصرف ماری جوانا و شیردهی را می توان در نشریه شماره 722 کمیته، استفاده از ماری جوانا در دوران بارداری و شیردهی مشاهده کرد.

نقش متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان در حمایت از شیردهی :

کالج آمریکایی زنان و زایمان زنان را به شدت تشویق می کند که از سینه شیر بدهند و از حق هر زن برای شیردهی از سینه اش حمایت می کند. این کالج، شیردهی انحصاری از سینه مادر را برای 6 ماه اول زندگی توصیه می کند، به طوری که تغذیه از سینه مادر همراه شروع غذای کمکی تا یک سالگی یا طولانی تر که مورد دلخواه مادر و فرزند است ادامه یابد. این توصیه با توصیه های سایر سازمان های پزشکی و پرستاری، مانند آکادمی اطفال آمریکا و انجمن بهداشت زنان، و انجمن پرستاران مادران و نوزادان مطابقت دارد.

بعلاوه کالج آمریکایی زنان و زایمان، از تلاش های بهداشت عمومی و سیاستی برای توانمندسازی تعداد بیشتری از زنان برای شیردهی حمایت می کند، از جمله اهداف افراد سالم 2020 برای افزایش برنامه های شیردهی در محل کار، کاهش مصرف شیر خشک در 2 روز اول زندگی، و افزایش نسبت تولدهایی که در مراکزی که مراقبت های توصیه شده برای زنان شیرده و شیرخوارانشان فراهم می کنند رخ می دهد (جدول 1). از آنجایی که شیردهی بخشی جدایی ناپذیر از فیزیولوژی تولید مثل است، همه متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید مهارت های خود را در راهنمایی آینده نگر (فراراه)، حمایت از فیزیولوژی طبیعی شیردهی و درمان و رفع مشکلات شایع شیردهی آموزش ببینند و حفظ کنند. متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید در خط مقدم تلاش های سیاست گذاری برای توانمندسازی زنان برای شیردهی از سینه خودشان باشند، چه از طریق آموزش فردی به بیمار، تغییر در اقدامات بیمارستانی، تلاش های جامعه یا ایجاد قوانین حمایتی. متخصصان زنان و زایمان باید اطمینان حاصل کنند که امور و اداره مطب شان با این اهداف مطابقت دارد. و نقش فعالی در حمایت از شیردهی ایفا می کنند. روش های زیر گزینه های مبتنی بر شواهد هستند که پزشکان زنان و زایمان می توانند برای مطلوب کردن محیط مطب اجرا کنند: یک خط مشی مکتوب شیردهی

از سینه برای تسهیل حمایت از بیماران و کارمندان شیرده، ارائه اطلاعات به بیماران در مورد تغذیه شیرخوار با شیرمادر بدون تبلیغات شیرمصنوعی، نمایش پوستر و جزوه هایی با تصاویر زنان شیرده که منعکس کننده تنوع جمعیتی است، و همکاری با خدمات حمایتی منطقه ای شیردهی که در آن بیماران می توانند برای حمایت بیشتر از شیردهی پس از زایمان ارجاع داده شوند .

مراقبت های قبل از تولد :

توصیه و تشویق متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان برای کمک به زنان برای تصمیم گیری آگاهانه برای تغذیه شیرخوار بسیار مهم است و باید از اجبار، فشار یا تعصب فارغ باشد . زنان و خانواده ها باید اطلاعات غیرتجاری، دقیق و بی طرفانه دریافت کنند تا بتوانند در مورد مراقبت های بهداشتی خود تصمیمات آگاهانه بگیرند . ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید توجه داشته باشند که تجربیات شخصی در مورد تغذیه فرزندشان بر مشاوره آنها تأثیر نگذارد. علاوه بر این، ارتباط مستقیم ترویج کنندگان شیر خشک بر درک بیمار و ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی از خطرات و مزایای تغذیه با شیر مادر تأثیر منفی می گذارد. شروع صحبت در مورد شیردهی و تغذیه شیرخوار از سینه مادر در اوایل مراقبت های دوران بارداری با پرسیدن از بیمار و خانواده اش، که "در مورد شیردهی چه شنیده اید؟" زمینه را برای یک بحث بیمار محور فراهم می کند. هنگام گرفتن تاریخچه زایمان، متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های مامایی باید به طور خاص در مورد هر گونه جراحی پستان، مدت زمان شیردهی قبلی و مشکلات قبلی شیردهی بپرسند. مشکلات قبلی که منجر به از شیر گرفتن زودتر از حد مطلوب می شود باید مورد بحث قرار گیرد، راهنمایی های فرا راه (اینده نگر) باید ارائه شود، و منابع حمایتی مناسب شیردهی باید شناسایی شوند. معاینه پستان می تواند اسکارهای جراحی را که نشان دهنده جراحی قبلی هستند، و همچنین سینه های استوانه ای شکل با فاصله زیاد که ممکن است نشان دهنده ناکافی بودن بافت غدد باشد، شناسایی کند. ارزیابی پستان و تاریخچه شیردهی باید به عنوان بخشی از مراقبت های دوران بارداری به دست آید، و نگرانی های شناسایی شده و عوامل خطر برای مشکلات شیردهی باید با خانم باردار در میان گذاشته شود و مستقیماً یا به عنوان بخشی از سوابق مشترک به ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی شیرخوار اطلاع داده شود. زنی با سابقه جراحی سینه معمولاً می تواند با نظارت یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای مراقبت از هرگونه چالش در تامین شیر یا سایر مسائل آناتومیک مربوط به این عمل، با موفقیت شیر دهد. یکی از نگرانی های خاص سابقه کوچک کردن سینه، برداشتن وسیع موضعی یا بیوپسی های متعدد است زیرا این روش ها می توانند بر توانایی تولید کامل شیر یا اجازه تخلیه

طبیعی آناتومیک از طریق مجاری یا هر دو اثر بگذارند. متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید همسر و سایر اعضای خانواده را در بحث تغذیه شیرخوار مشارکت دهند و به هر گونه سوال و نگرانی رسیدگی کنند. این رویکرد بیمار محور به ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، بیمار و خانواده اش اجازه می دهد تا چالش ها را پیش بینی کنند، استراتژی هایی برای رسیدگی به آن ها ایجاد کنند و برای ایجاد یک برنامه تغذیه ای که با اهداف زن و خانواده سازگار باشد، همکاری کنند. متخصص زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از تصمیم آگاهانه هر زنی در مورد شروع یا ادامه شیردهی حمایت کنند و تشخیص دهند که او واجد شرایط منحصر به فرد برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا تغذیه انحصاری از شیر و سینه خودش، تغذیه مخلوط یا شیر خشک برای او و فرزندش مطلوب است یا خیر، حمایت کنند.

سرطان سینه شایع ترین سرطان در زنان در سراسر جهان است. گستره گزینه های درمانی سرطان سینه گسترده است و بسیاری از این زنان باردار خواهند شد. زنانی که تحت عمل برداشت توده از سینه و پرتودرمانی قرار می گیرند، ممکن است شیردهی را انتخاب کنند. حجم شیر تولید شده پس از رادیوتراپی سینه کاهش می یابد. علاوه بر این، شیر مادر از سینه های رادیوتراپی شده می تواند غلظت سدیم بالاتر و غلظت چربی کمتری داشته باشد. شیرخواران گاهی اوقات شیر پستان تحت تابش را نمی پذیرند یا قویا سینه بدون تابش یا هر دو را ترجیح می دهند. شیر کامل ممکن است در سینه بدون تابش ایجاد شود، با این حال، مشاوره در مورد درد نوک پستان و عوارض آن عاقلانه است. شیردهی برای زنانی است که تحت ماستکتومی دوطرفه و بازسازی قرار گرفته اند از طریق SNS یک انتخاب است. این دستگاه دارای یک محفظه، اغلب یک سرنگ، است که دارای یک لوله کوچک است که می توان آن را نگه داشت یا به سینه زن چسباند. هنگامی که شیرخوار لچ میکند، شیر از طریق این لوله به داخل دهانش کشیده می شود. این زنان هنوز هم می توانند در تماس پوست به پوست شرکت کنند و در صورت تمایل باید روش های جایگزین برای تغذیه شیرخوارانشان ارائه شود. برخی از این مادران ممکن است در صورت در دسترس بودن، شیر اهدا کننده را انتخاب کنند. حمایت از این زنان و تامین منابع برای آنها از جمله ارجاع به متخصصان شیردهی که تجربه شیردهی پس از تشخیص سرطان سینه را دارند، مهم است. گروه های حمایتی خاصی وجود دارند که به این نگرانی ها رسیدگی می کنند.

از آنجایی که میزان شیردهی در ایالات متحده همچنان در حال افزایش است، بیش از 33 درصد شیرخواران در 12 ماهگی و بالاتر از سینه مادر تغذیه می کنند. بنابراین، موضوعات شیردهی در دوران بارداری و

شیردهی پشت سر هم (زمانی که یک کودک بزرگتر و یک نوزاد تازه متولد شده هر دو در حال تغذیه از سینه مادر هستند) حتی بیشتر از گذشته به متخصص زنان و زایمان مرتبط می شود. بسیاری از زنان شیرده ممکن است هنگام بارداری شدن دچار درد نوک پستان یا کاهش تولید شیر یابردو شوند. بنابراین، بامشاهده این علائم باید آزمایش بارداری انجام شود. مروری بر مطالب منتشر شده محدود نشان می دهد که هیچ افزایشی در سقط خود به خود و زایمان زودرس در زنان کم خطری که در دوران بارداری شیرمی دهند وجود ندارد و بیشتر شیرخواران در سه ماهه اول یا دوم بارداری بعدی از شیرخوردن کناره می گیرند. خطر ابتلا به کم خونی در زنانی که در دوران بارداری شیر می دهند، افزایش می یابد و می توانند انتظار داشته باشند که میزان شیر آنها کاهش یابد. آنها همچنین می توانند انتظار تبدیل شیر به آغوز را در مراحل اواخر بارداری داشته باشند. شیردهی پشت سر هم (بارداری و شیردهی و ادامه شیردهی به هر دو بعد از زایمان) به طور مداوم با کاهش رشد شیرخوار مرتبط نبوده است، در برخی از مطالعات کمتر و برخی دیگر رشد بیشتری را نشان می دهند. برای درک کامل تأثیر شیردهی در دوران بارداری در کشورهای توسعه یافته به داده های بیشتری نیاز است .

مراقبت های حین زایمان :

شیوه های مراقبت از زایمان بر نتایج شیردهی تأثیر می گذارد. 10 اقدام شیردهی موفق WHO مجموعه ای مبتنی بر شواهد از شیوه های مراقبت بهداشتی است که از فیزیولوژی تغذیه از سینه مادر حمایت می کند، از جمله مراقبت پوست به پوست زود هنگام ، هم اتاقی مادر شیرخوار ، و تغذیه بر اساس خواست شیرخوار (نگاه کنید به کادر 1) . در یک مرور سیستماتیک از کار آزمایی های تصادفی و کنترل شده ، مراقبت پوست به پوست در ساعت اول زندگی، مدت شیردهی را به طور میانگین 64 روز افزایش داد (95% فاصله اطمینان (95% CI, 237.96 to 89.50)) . هم اتاقی، مادران را قادر می سازد تا نشانه های تغذیه ای شیرخوار را بیاموزند و به آنها پاسخ دهند و شیردهی زود هنگام را تسهیل می کند. مهم است که منطق هم اتاقی را به خانواده ها در طول مراقبت های دوران بارداری و در طول اقامت در مراقبت های زایمان بیان کنند. وضعیت بالینی یک زن، خستگی، یا درخواست خاص برای ترتیبات جایگزین ممکن است به گزینه های مختلف هم اتاقی نیاز داشته باشد. ده اقدام باید در مراقبت های زایمان ادغام شود تا احتمال اینکه یک زن شیردهی را آغاز کند و ادامه دهد و به اهداف شخصی خود در شیردهی دست یابد، افزایش یابد. زایمان سزارین با میزان شیردهی پایین تری همراه است و زنانی که تحت زایمان سزارین قرار می گیرند ممکن است برای برقراری و تداوم شیردهی نیاز به حمایت بیشتری داشته باشند. تماس پوست به پوست در اتاق

عمل امکان پذیر است و با کاهش نیاز به شیر کمکی همراه است. از آنجایی که بیمارستان ها در حال پیشرفت به سمت ارائه مراقبت پوست به پوست و هم اتاکی هستند، که شروع شیردهی را تسهیل می کند، مهم است که شیرخواران به اندازه کافی تحت نظارت باشند تا از ایمن بودنشان اطمینان حاصل شود، از سقوطشان جلوگیری شود و از sudden unexpected postnatal collapse جلوگیری شود.

هنگامی که از آنالژی اپیوئیدی استفاده می شود، توجه خاص به مادرشیرده و نوزادش مورد نیاز است. استفاده از یک رویکرد استاندارد شده برای پایش شیرخوار شامل پوزیشن و مشاهده نوزاد به منظور جلوگیری از حوادث نامطلوب بسیار حیاتی و مهم است (به کادر 2 مراجعه کنید). نشریه شماره 742 کمیته متخصصین زنان و زایمان کالج آمریکایی و شماره 711 آن شامل بحث بیشتر در مورد مصرف مواد اپیوئید و تغذیه شیرخوار از سینه مادر است. 2020 Healthy People و کمیسیون مشترک شیر کمکی غیر ضروری را به عنوان مانعی برای ایجاد شیردهی هدف قرار داده اند و ارائه دهندگان مراقبت های زایمان می توانند راهنمایی های پیش بینی کننده ای را برای خانواده ها در رابطه با منطق اجتناب از مصرف زود هنگام شیر خشک ارائه دهند. توزیع بسته های هدیه محتوی شیر خشک شروع و مدت شیردهی را کاهش می دهد و به این معنی است که شیر خشک یک روش تغذیه توصیه شده است.

علاوه بر این، ارائه شیر مصنوعی مجانی به معنای تأیید یک برند خاص توسط پرسنل ارائه دهنده است که خانواده ها را تشویق می کند تا محصولات با نام تجاری گران تر را به جای معادل های ژنریک خریداری کنند. چنین بازاریابی نباید در مراکز بهداشتی خارج از بیمارستان و هنگام بستری در بیمارستان انجام شود. نرخ زاد و ولد نوجوانان در ایالات متحده همچنان در حال کاهش است، اما همچنان بالاترین میزان تولد در کشورهای توسعه یافته است. اکثر مادران نوجوان دوست دارند شیر بدهند، اما با چالش های منحصر به فردی به خصوص سن خود مواجه هستند. این گروه در مقایسه با هم تاییان مسن تر خود، در تقسیم بندی سنی 20 سال یا کمتر، تغذیه انحصاری را کمتر و مدت شیردهی را کوتاه تر انجام می دهند. هنگامی که نوجوانان در معرض اجزای بیشتری از 10 اقدام قرار می گیرند، تمایل دارند به مدت طولانی تر و انحصاری تر شیر دهی داشته باشند. بنابراین، انجام 10 اقدام عملی است که از زنان در هر سن حمایت می کند و نباید از نوجوانان دریغ شود. مادران نوجوان جامعه گروه آسیب پذیری هستند که اثرات شیردهی می تواند اثر مخصوص و مفید بر سلامتی آنها داشته باشد. به طور کلی، میزان زایمان زودرس در ایالات متحده در حال حاضر 9.8٪ است و در زنان سیاهپوست 13.3٪ است که 49٪ بیشتر از میزان تولد زودرس در بین سایر زنان است. آکادمی اطفال آمریکا تأکید می کند که همه نوزادان نارس باید شیر مادر دریافت کنند. اگر شیر خود

یک زن در دسترس نباشد، شیر پاستوریزه اهداکننده بهترین جایگزین بعدی است. هنگامی که با شیر انسان تغذیه می‌شود، این گروه شکننده از نوزادان در معرض خطر کمتری برای آنتروکولیت نکروزان، رتینوپاتی پرمچوریتی، سپسیس دیررس و میزان بستری مجدد کمتر در سال اول زندگی قرار دارند.

به اشتراک گذاشتن این اطلاعات با زنانی که نوزادان نارس به دنیا آورده‌اند و قصد تغذیه با شیر خشک را دارند می‌تواند شروع شیردهی را بدون افزایش اضطراب مادر افزایش دهد. متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زنان و زایمان باید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های کودکان همکاری کنند تا به محض اینکه زایمان زودرس پیش‌بینی می‌شود، این اطلاعات را به اشتراک بگذارند، زیرا شروع دوشیدن شیر در 6 ساعت اول تولد با بهبود تولید شیر همراه است. متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زنان و زایمان باید از زنانی که نوزادان نارس و سایر نوزادان آسیب‌پذیر را به دنیا آورده‌اند حمایت کنند تا در صورت امکان با ارائه‌دهنده‌های آینده‌نگر و همکاری با پرسنل بیمارستان برای داشتن شیر کامل، دوشیدن زودهنگام و مکرر که از ساعت اول زایمان شروع می‌شود را انجام دهند. شیر خود را تأمین کنند. شناسایی و حمایت از این گروه آسیب‌پذیر از زوج‌مادر-شیرخوار مهم است، زیرا این زنان چالش‌های خاصی برای شروع و حفظ تولید شیر دارند.

مدیریت بالینی تغذیه شیرخوار از سینه مادر:

باید مطب متخصصین زنان و زایمان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زنان و زایمان پایگاه و منبعی برای کمک به تغذیه شیرخوار از سینه مادر در تمام طول رابطه شیردهی باشند. تغذیه از سینه مادر یک فعالیت دو نفره است و ارزیابی مشکلات شیردهی مستلزم ارزیابی مادر و شیرخوار و همچنین مشارکت فعال و حمایت همسر، اعضای خانواده بزرگ یا سایر حمایت‌کننده‌های شناسایی شده است. بنابراین، مدیریت مسائلی مانند درد، کمبود شیر ذهنی یا واقعی، عفونت پستان، و ایمنی داروی مادر باید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شیرخوار هماهنگ شود. کارکنان مطب باید آماده باشند تا مشکلات رایج شیردهی را بررسی و در صورت نیاز به یک متخصص شیردهی معتبر در جامعه، مثل متخصصی با مدرک IBCLC یا سایر ارائه‌دهنده‌های مشاوره شیردهی ارجاع دهند. حضور متخصصان شیردهی در مطب یک متخصص زنان و زایمان یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زنان و زایمان ممکن است با پوشش خدمات شیردهی که به عنوان مراقبت‌های پیشگیرانه تحت قانون مراقبت مقرون به صرفه گنجانده شده است، امکان‌پذیر باشد. کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی را تشویق می‌کند تا منابع جامعه خود را برای حمایت از بیماران به بهترین شکل بشناسند. علاوه بر این، غربالگری بیماران برای

واجد شرایط بودن زنان، شیرخواران و کودکان در طول مراقبت های دوران بارداری، راه مهمی برای کمک به ارائه حمایت های تغذیه از سینه مادر برای بسیاری از زنان و خانواده ها است. این نوع مدل مراقبت مشارکتی به زنان کمک می کند تا به اهداف تغذیه خود دست یابند .

اکثر داروها برای استفاده در دوران شیردهی بی خطر هستند. متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید برای اطلاعات به روز در مورد داروهای فردی از منابع فارماکولوژی شیردهی استفاده کنند زیرا توصیه های نامناسب اغلب می تواند باعث شود زنان شیردهی را بی دلیل قطع کنند. LactMed یک منبع رایگان است که ماهانه از کتابخانه ملی پزشکی مؤسسه ملی بهداشت به روز می شود و به صورت آنلاین یا به عنوان یک برنامه سازگار با اکثر تلفن های هوشمند در دسترس است. اطلاعات در مورد ایمنی دارو در بارداری نباید به شیردهی تعمیم داده شود زیرا فیزیولوژی جفت و پستان یکسان نیست. به عنوان مثال، وارفارین از جفت عبور می کند و می تواند باعث صدمه جنین شود، اما در زمان شیردهی حداقل مقدار آن وارد شیر مادر می شود، بنابراین در دوران شیردهی بی خطر در نظر گرفته می شود .

مشاوره در مورد مصرف دارو در دوران شیردهی باید خطرات قرار گرفتن در معرض دارو از طریق شیر مادر و خطرات قطع شیردهی را بررسی کند. پس از بیهوشی جراحی ها، مادرانی که نوزادان سالمی به دنیا آورده اند، معمولاً می توانند به محض این که پایدار، بیدار و هوشیار باشند که بتوانند شیرخوار را نگهدارند ، شیر دهند . پس از استفاده از ماده حاجب ید دار در طی سی تی اسکن و گادولینیوم با تصویربرداری ام آر آی ، می توان بدون وقفه شیردهی را ادامه داد . تولید ناکافی شیر یک نگرانی رایج است و ممکن است تفسیر نادرست رفتار های طبیعی در تغذیه شیرخوار ، تولید کم شیر یا انتقال ناکافی شیر باشد . شایع ترین علت کمبود شیر، تحریک ناکافی سینه است. ارزیابی دقیق توسط یک متخصص شیردهی معتبر برای اطمینان از تحریک مکرر سینه و برداشت شیر از سینه موثرترین استراتژی برای افزایش تولید شیر است. شواهد محدودی برای داروها و شیرآورهای گیاهی برای افزایش شیر وجود دارد. درد یکی از علل شایع از شیر گرفتن زودرس است. در یک مطالعه بر روی بیش از 1300 زن که شیردهی را در ماه اول قطع کردند، تقریباً دو نفر از هر سه، درد یا زخم، ترک خوردگی یا خونریزی نوک سینه ها را دلیل مهم قطع شیردهی عنوان کردند .

تشخیص افتراقی درد نوک پستان یا سینه گسترده و پیچیده است. حمایت از زن شیرده با درد نیاز به زمان و دانش دارد. اگر علائم، شرح حال و معاینه فیزیکی تشخیصی را ارائه نکرد، ارزیابی اضافی با یک

متخصص شیردهی معتبر باید به شدت در نظر گرفته شود. اختلال در شیردهی شایع است، به طوری که از هر هشت زن، یک زن به دلیل مشکلات متعدد درد، کمبود شیر، یا ناتوانی لچ نوزاد، گزارش می‌کند که شیردهی را زود هنگام و ناخواسته قطع می‌کند. ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید با متخصصان شیردهی تایید شده و ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی نوزاد برای ارزیابی و مدیریت مشکلات شیردهی همکاری کنند. حتی با حمایت همه جانبه، برخی مادر، شیرخواران قادر به ایجاد تغذیه پستانی پایدار و انحصاری نیستند. زنانی که قادر به دستیابی به اهداف شیردهی خود نیستند، ناراحتی قابل توجهی را گزارش می‌کنند، و متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید تلاش‌ها و تجربه های هر زن را ارزش گذاری کنند. زنانی که مشکلات شیردهی را تجربه می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای افسردگی پس از زایمان قرار دارند و باید غربالگری، درمان و ارجاع مناسب صورت گیرد. پیشگیری از بارداری موضوع مهمی برای همه زنان است و بحث جامع روش‌ها برای زنان شیرده نباید به تعویق بیفتد. اگرچه تغذیه از سینه مادر بدون استفاده از غذای کمکی یا شیر خشک در اکثر موارد از تخمک گذاری و در نتیجه از بارداری تا 6 ماه پس از زایمان جلوگیری می‌کند، اما تنها زمانی که زنان به طور کامل یا تقریباً کامل شیر می‌دهند و آمنوره ادامه دارد، این کار را انجام می‌دهد. گزینه‌های پیشگیری از بارداری باید با جزئیات توضیح داده شوند و شامل روش‌های غیر هورمونی (آی یو دی مسی، کاندوم، دیافراگم، روش آمنوره شیردهی) و روش‌های هورمونی (IUD لوونورژسترول، ایمپلنت اتونورژسترول، تزریق مدروکسی پروژسترون استات، داروهای ضد بارداری فقط پروژسترون، قرص‌های ترکیبی ضد بارداری است).

کالج آمریکایی زنان و زایمان معیارهای صلاحیت پزشکی مبتنی بر شواهد CDC را برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تأیید می‌کند، که بیان می‌کند، برای زنان شیرده و غیر شیرده، مزایای قرص‌های فقط پروژسترون، پیشگیری از بارداری تزریقی، ایمپلنت ضد بارداری، و دستگاه‌های داخل رحمی برای استفاده در هر زمان در دوره پس از زایمان، از جمله بلافاصله پس از تولد، از خطرات آن بیشتر است. با این حال، به دلیل افزایش خطر ترومبوآمبولی وریدی، مزایای داروهای ضد بارداری ترکیبی هورمونی، تا یک ماه پس از زایمان برای زنان بیشتر از خطرات آن است.

CDC و WHO در مورد توصیه‌هایی برای پیشگیری از بارداری ترکیبی هورمونی بعد از اوایل دوره پس از زایمان اختلاف نظر دارند. طبق گفته سازمان جهانی بهداشت، زنان شیرده عمدتاً نباید از 6 هفته تا 6 ماه پس از زایمان از داروهای ضد بارداری ترکیبی هورمونی استفاده کنند. نگرانی‌های نظری وجود

دارد که پروژسترون آگزوژن می تواند از شروع تولید شیر جلوگیری کند زیرا تصور می شود که خروج پروژسترون جفت پس از زایمان باعث شروع لاکتوژنز می شود. زنانی که فوراً پس از زایمان از روش پیشگیری از بارداری فقط پروژسترون استفاده می کنند، باید در مورد خطر تئوری کاهش مدت شیردهی و در مورد غلبه شواهدی که تأثیر منفی بر نتایج واقعی شیردهی نشان نداده اند، مشاوره شوند. ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید در مورد هر گونه نگرانی در زمینه تمایل هر زن به شیردهی و خطر بارداری ناخواسته او صحبت کنند، تا او بتواند تصمیمی مستقل و آگاهانه بگیرد.

تغذیه شیرخوار از سینه مادر در اجتماع:

متخصصان زنان و زایمان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های زنان و زایمان باید از زنان حمایت کنند و سیاست هایی را تشویق کنند که زنان را قادر می سازد شیردهی را در زندگی روزمره خود و در محل کار ادغام کنند. قبل از ترخیص از مرکز زایمان، باید اطلاعات تماس برای حمایت از شیردهی مبتنی بر جامعه را در اختیار داشته باشند. حفظ شیر تا حد زیادی به دفعات برداشت شیر از طریق شیردهی و از طریق دوشیدن شیر (پمپاژ شیر یا دوشیدن دستی) زمانی که مادر و نوزادش جدا می شوند بستگی دارد. خط مشی هایی که از حق مادر برای شیردهی و فرزندش برای شیر خوردن از سینه اش در اجتماع و برای دوشیدن شیر، تامین پوشش بیمه برای شیردوش برقی، مرخصی زایمان با حقوق، مراقبت از کودک در محل کار، وقت برای دوشیدن در هنگام استراحت، و تامین مکان تمیز برای دوشیدن شیر در محل کار که برای تداوم تولید شیر و شیردهی از سینه ضروری است دفاع می کند. مطب ها و بیمارستان های ارائه دهنده مراقبت های زنان و زایمان می توانند از طریق سیاست های حمایتی برای کارکنان شیرده، تسهیلات برای بیماران شیرده، آگاهی بخشی و مواد آموزشی و آموزش کارکنان نمونه باشند. قوانین بر اساس ایالت متفاوت است و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از قوانین ایالتی و محلی خود آگاه باشند تا به بیماران اطلاع دهند و به بیماران این امکان را بدهند که در هنگام شیردهی در جامعه احساس راحتی کنند و در دستیابی به اهداف شیردهی خود از آنها حمایت کنند (برای اطلاعات بیشتر به سایت www.acog.org/More-Info/ObBreastfeedingSupport مراجعه کنید).

برای اطلاعات بیشتر،

کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان منابع بیشتری را در مورد موضوعات مرتبط با این سند شناسایی کرده است که ممکن است برای متخصصین زنان، سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، و بیماران

مفید باشد. این منابع فقط برای اطلاع رسانی هستند و قرار نیست جامع باشند. ارجاع به این منابع به معنای تایید کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان از سازمان، وب سایت سازمان یا محتوای منبع نیست. منابع ممکن است بدون اطلاع قبلی تغییر کنند

ضمیمه E مطب دوستدار (شیرمادر) تغذیه شیرخوار از سینه مادر

The Breastfeeding-Friendly Pediatric Office AAP Practice Joan Younger Meek, MD, MS, RD, FAAP, IBCLC, Amy J. Hatcher, MD, FAAP, SECTION ON BREASTFEEDING

چشم انداز تغذیه شیرخوار از سینه مادر در چند دهه گذشته تغییر کرده است زیرا زنان بیشتری شیردهی را در دوره پس از زایمان شروع می کنند و بیمارستان های بیشتری با پیروی از ده اقدام مبتنی بر شواهد برای شیردهی موفق به عنوان بیمارستان های دوستدار کودک تعیین می شوند. تعداد تولدها در چنین مراکزی در دهه گذشته بیش از شش برابر شده است. با بیشتر شدن شیردهی زنان و ماندن در مراکز زایمان که تنها چند روز طول می کشد، اکثریت قریب به اتفاق حمایت های مداوم از شیردهی در جامعه رخ می دهد. ارائه دهندگان مراقبت های اطفال، شیرخواران تغذیه شونده از سینه مادر و مادران آنها را در مطب به طور مکرر در طول سال اول زندگی ارزیابی می کنند. محیط مطب باید برای ارائه پشتیبانی مداوم از شیردهی مناسب باشد. به همین ترتیب، مطب باید از ایجاد موانع برای مادران شیرده و خانواده ها یا ترویج بی رویه شیر مصنوعی اجتناب کند. هدف این گزارش بالینی بررسی شیوه های نشان داده شده برای حمایت از شیردهی است که می تواند در محیط سرپایی اجرا شود، با هدف نهایی افزایش طول مدت شیردهی انحصاری و ادامه هر مقدار شیردهی.

زمینه و توصیه های فعلی:

مدهاست که تغذیه از سینه مادر به عنوان روشی ایده آل برای تغذیه و ارتقای رشد مطلوب شیرخواران و کودکان، به استثنای استثنائات نادر، به اثبات رسیده است. آکادمی اطفال آمریکا شیردهی را به عنوان روش طبیعی تغذیه شیرخواران توصیف می کند. مزایای طبی، عاطفی و اقتصادی بی شماری از تغذیه از سینه مادر وجود دارد که در بیانیه AAP در سال 2012 با عنوان «تغذیه از سینه مادر و استفاده از شیر انسان» توضیح داده شده است. منافع شامل کاهش عفونتهای تنفسی تحتانی، اسهال و استفراغ، اتیت، انتروکولیت نکروزان، بخصوص در نوزادان نارس دارا می باشد. از آنجا که تغذیه از سینه مادر یک هنجار برای تغذیه شیرخوار است، خطراتی در ارتباط با کمبود شیر مادر وجود دارد که شامل افزایش سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، چاقی، آسم، برخی سرطان های دوران کودکی، دیابت و مرگ پس از نوزادی می شود. تغذیه از سینه مادر باعث افزایش دلبستگی و تکامل شناختی مطلوب می شود. زنانی، که شیر نمی دهند با افزایش

خطر ابتلا به سرطان سینه و تخمدان، دیابت نوع 2، بیماری قلبی و افسردگی پس از زایمان مواجه اند. توصیه AAP تغذیه انحصاری حدود 6 ماهه از سینه مادر و سپس ادامه شیردهی یک سال یا بیشتر، بر اساس رضایت مادر و کودک است. فراخوان The Surgeon General's Call to Action برای حمایت از شیردهی در سال 2011 بر اهمیت شیردهی به عنوان یک ضرورت بهداشت عمومی تاکید کرد. تغذیه از سینه مادر به شدت توسط AAP، آکادمی پزشکی تغذیه با شیر مادر، کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان، و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا حمایت، و تشویق می شود. هر یک از این سازمان ها از اعضای خود می خواهند فعالانه در ترویج و حمایت تغذیه از سینه مادر در بیماران خود مشارکت داشته باشند.

اپیدمیولوژی:

بر اساس داده‌های بررسی ملی ایمن‌سازی (۲۰۱۶، همگروهی تولد از سال ۲۰۱۳) میزان شروع هر گونه شیردهی در جمعیت ایالات متحده 81.1٪ است. اگرچه میزان شروع شیردهی به هدف افراد سالم 2020 (81.9٪) نزدیک می شود فقط 22٪ شیرخواران امریکا در 6 ماهگی به طور انحصاری از سینه مادر تغذیه می شوند. تفاوت های قابل توجهی از نظر میزان شیردهی در کشور وجود دارد. در میان شیرخواران سیاه پوست، تنها 66.3 درصد از سینه مادر تغذیه می کنند و تنها 14.6 درصد در 6 ماه اول زندگی منحصراً از سینه مادر تغذیه می کنند. در بین شیرخواران بومی آمریکا و آلاسکا، شروع تغذیه از سینه مادر 68.3 درصد و میزان تغذیه انحصاری از سینه مادر در 6 ماهگی 17.9 درصد است. مادرانی که متاهل باشند، تحصیلات دانشگاهی داشته باشند، در کلان شهرها زندگی کنند، فقیر نباشند، از مزایای برنامه (WIC) بهره مند نمی شوند بیشتر شیر می دهند. WIC حمایت هدفمند از شیردهی و خدمات مشاوره با هم‌تایان را برای مادرانی که واجد شرایط خدمات آنها هستند ارائه می دهد. شیرخوارانی که با احتمال بیشتری استرس توکسیک را تجربه می کنند کمترین احتمال تغذیه از سینه مادر را دارند. بر اساس مطالعه شیوه های تغذیه شیرخوار در سال‌های 2005-2007، 85 درصد از مادران آمریکایی قصد داشتند تا 3 ماه یا بیشتر شیردهی انحصاری داشته باشند، تنها 32.4٪ به مدت زمان شیردهی انحصاری مورد نظر خود دست یافتند

ابتکارات فعلی برای افزایش میزان شیردهی:

ابتکارات متعددی برای افزایش تغذیه انحصاری و طول مدت شیردهی در بیمارستان ها و در محیط های سرپایی انجام شده است. بیمارستان های معتبر امریکا توسط کمیسیون مشترک با واحدهای زایمان که حداقل 1100 تولد در سال دارند، ملزم به گزارش داده‌های مربوط به مجموعه اقدامات اصلی مراقبت پری ناتال،

که شامل اقدامی در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر است می باشند. ابتکارات بزرگی برای افزایش تعداد زایمان در مراکزی که به عنوان دوستدار کودک تعیین شده است صورت گرفته است. اولین مورد از اینها Best Fed Beginnings، با همکاری ابتکار ملی برای کیفیت مراقبت بهداشتی کودکان، CDC بود. و، دوستدار کودک امریکا در تلاشی ملی برای بهبود شیوه های مراقبت از زایمان و دستیابی به نامگذاری به عنوان دوستدار کودک همکاری کردند. از طریق بهترین شروع تغذیه، بیمارستان ها ده اقدام برای شیردهی موفقیت آمیز مبتنی بر شواهد و تایید شده توسط AAP را اجرا کردند، همانطور که در ابتکار بیمارستان دوستدار کودک (WHO) / UNICEF ایجاد شده است. بعلاوه مرکز تسهیلات مراقبت زایمان با شرکت در EMPower Breastfeeding: Enhancing Maternity Practices، با همکاری بخش تغذیه، ورزش و چاقی CDC، و با مشارکت موسسه جهانی بهداشت با انستیتوی تغذیه از سینه مادر کارولینا و با همکاری موسسه بهداشت جهانی جمعیت کارولینا، به دنبال نامگذاری مناسب برای زایمان هستند. شرکای بهبود EMPower به طور مشابه از بیمارستان ها در روش شناسی بهبود کیفیت و حمایت از تغذیه با شیر مادر برای بهبود شیوه های مراقبت از زایمان و دستیابی به عنوان دوستدار کودک در ایالات متحده پشتیبانی می کند. تعداد تولدها در مراکز تعیین شده از 2.9 درصد در سال 2007 به 20.01 درصد در ژانویه 2017 افزایش یافته است که 22 درصد از هدف افراد سالم 2020 8.1 درصد پیشی گرفته است. پس از ترخیص از بیمارستان هایی که به عنوان دوستدار کودک تعیین شده اند و با موفقیت شیردهی را آغاز کرده اند، ضروری است که پزشکان اطفال که با آنها پیگیری می کنند در مورد شیردهی آگاه باشند و شیوه های مطب آنها برای حمایت از مادر و شیرخوار برای تغذیه از سینه مادر آماده باشند.

فراخوان Surgeon General's Call to Action برای حمایت از شیردهی، مراحل اقدام خاصی را فهرست می کند که مستقیماً در مطب و درمان سرپایی کودکان اعمال می شود (جدول 2). بسیاری از متخصصان اطفال تجربه کمی در مدیریت بالینی شیردهی دارند. تجزیه و تحلیل یک نظرسنجی دوره ای AAP از همکاران در رابطه با شیردهی در سال 2004، در مقایسه با نظرسنجی مشابه در سال 1995، نشان داد که احتمال کمتری وجود دارد که پزشکان اطفال باور کنند که مزایای شیردهی بیشتر از مشکلات یا ناراحتی های آن است، و کمتر کسی معتقد بود که تقریباً همه مادران قادر به انجام این کار هستند. متأسفانه، تعداد بیشتری از پزشکان اطفال در سال 2004 در مقایسه با گروهی که در سال 1995 پاسخ دادند، دلایلی را بر علیه تغذیه با شیر مادر گزارش کردند. یک نظرسنجی دوره ای AAP در سال 2014 تأیید کرد که برخی از این نگرش ها ادامه دارند (داده های منتشر نشده از آکادمی اطفال آمریکا، بررسی دوره ای

همکاران شماره). (89). Szucs و همکاران دریافتند که نقص هایی در دانش، مهارت های مشاوره و آموزش و آموزش حرفه ای ارائه دهندگان شیردهی وجود دارد. نویسندگان نشان دادند که فرهنگ و نگرش ارائه دهندگان بر ترویج و حمایت از شیردهی تأثیر می گذارد و ارائه دهندگان از تجربیات خود در زمینه شیردهی برای جایگزینی دانش مبتنی بر شواهد و توصیه های بیانیه خط مشی AAP استفاده می کنند. هم آکادمی پزشکی شیردهی (25) ABM و هم کمیته تغذیه با شیرمادر امریکا توصیه هایی را در مورد آموزش و آموزش متخصصان مراقبت های بهداشتی، از جمله ارائه دهندگان مراقبت های کودکان، در زمینه حمایت و مدیریت شیردهی منتشر کرده اند. پروتکل بالینی ABM "مطب پزشکان دوستدار شیر مادر بهینه سازی مراقبت برای شیرخواران و کودکان» مراحل خاص عملی را برای دوستدارتر شدن تغذیه از سینه مادر انجام دهد، شرح می دهد.

این دستورالعمل ها می تواند راهنمایی برای مطب های اطفال باشد. Corriveau و همکاران به دنبال تعیین اینکه آیا اجرای یک برنامه بر اساس این پروتکل بالینی بر میزان شیردهی در محیط مراقبت های اولیه کودکان تأثیر می گذارد یا خیر بررسی کردند. حتی با جمعیت بیماران متنوع، میزان شروع و تغذیه انحصاری با شیر مادر پس از اجرای پروتکل مناسب شیردهی ABM افزایش یافت. Feldman-Winter روش هایی را برای افزایش شروع و مدت شیردهی در «مداخلات مبتنی بر شواهد برای حمایت از شیردهی» بیان کرد. چانگ و همکاران در یک بررسی جامع شواهد برای گروه ویژه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده، شواهدی ارائه کردند مبنی بر اینکه مداخلات شیردهی، از جمله مداخلات قبل و بعد از زایمان، تأثیرگذارتر از هر یک از آنها به تنهایی بوده و مداخلات شامل یک مؤلفه حمایت غیرحرفه ای، مانند مشاوران همسالان در افزایش میزان شیردهی کوتاه مدت و بلندمدت نسبت به مراقبت های معمول موثرتر هستند. گروه ویژه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده مداخلات در دوران بارداری و پس از تولد را برای حمایت از شیردهی توصیه می کند و نتیجه می گیرد که مداخلات هماهنگ می تواند شروع، مدت و تغذیه انحصاری با شیر مادر را افزایش دهد

عملکرد مطب اطفال دوستدار شیر مادر:

به دلیل اهمیت تغذیه با شیر مادر برای پیامدهای سلامت مادر و شیرخوار، همه ارائه دهندگان مراقبت های اطفال باید با هدف دستیابی به توصیه های AAP برای تغذیه با شیر مادر تقریباً تا 6 ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر، درصدد بهبود نرخ شیردهی در شیوه های خود باشند. و به دنبال آن تغذیه با شیر مادر به مدت 1 سال یا بیشتر، مطابق میل متقابل مادر و شیرخوار خواهد بود. توصیه های مبتنی بر شواهد زیر برای درمان

سرپایی کودکان باید به عنوان بخشی از فرآیند بهبود عملکرد برای افزایش میزان شیردهی برای برآورده کردن یا فراتر از توصیه‌های AAP و اهداف افراد سالم 2020 در نظر گرفته شود. این توصیه‌ها راهنمایی برای مراقبت‌های بالینی ارائه می‌کنند و در نظر گرفته نشده اند که مراقبت استاندارد را به همراه داشته باشند، و همچنین این گزارش ارزیابی دقیقی از شواهد ارائه نمی‌دهد:

1. یک خطمشی مکتوب مطب مناسب برای شیردهی ایجاد کنید که شامل مفاد ذکر شده در این سند باشد

و در جدول 3.27، برای کارکنانی که در محل کار شیر می‌دهند یا می‌دوشند، لوازم تهیه کنند. این اتاق می‌تواند توسط مادران شیرده نیز استفاده شود (به توصیه 12 مراجعه کنید). با کل تیم، از جمله همکاران و کارکنان مطب. همه کارمندان باید از این خطمشی آگاه باشند و نسخه‌هایی از این خط مشی باید در اختیار همه کارکنان، از جمله هر کسی که به تلفن پاسخ می‌دهد یا پیام‌ها را بازیابی می‌کند، مانند کارمندان دفتر در قسمت ابتدایی، ارائه شود.

2. کارکنان را در مهارت‌های لازم برای حمایت از شیردهی، به ویژه پرستاران و دستیاران پزشکی آموزش دهید. در صورت امکان، از یک مشاور بین المللی شیردهی (IBCLC) یا یک پرستار یا سایر کارکنان آموزش دیده در زمینه حمایت شیردهی استفاده کنید. کارکنان آموزش دیده ممکن است بتوانند بسیاری از حمایت‌های معمول شیردهی را تحت راهنمایی پزشک اطفال یا سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی انجام دهند. کارکنان باید از پشتیبان‌های جامعه، از جمله IBCLC ها و سایر پرسنل پشتیبانی شیردهی آگاه باشند، به خصوص اگر در عمل در دسترس نباشند (به توصیه 15 مراجعه کنید).

3. در مورد موارد منع مصرف نادر اما واقعی برای تغذیه با شیر مادر، که شامل نوزادان مبتلا به گالاکتوزمی کلاسیک، مادر مبتلا به HIV یا درمان ضد رتروویروسی، سل فعال درمان نشده، و ویروس HTLV نوع I یا II، استفاده از مواد داروهای غیرقانونی، یا مادری که تحت شیمی درمانی یا پرتودرمانی هستند مطلع باشند. اکثر داروهای مادر با شیردهی سازگاری دارند. اطلاعات دارویی خاص را می‌توان از طریق شبکه داده‌های موسسات ملی سم‌شناسی سلامت، LactMed، که به صورت آنلاین یا از طریق یک برنامه تلفن همراه قابل دسترسی است، تأیید کرد.

4- موضوع شیردهی را هر چه زودتر شروع کنید، به طور ایده آل با ویزیت‌های قبل از زایمان و ملاقات‌های اولیه پس از زایمان. از سؤالات باز برای پرس و جو در مورد برنامه‌های تغذیه کودک استفاده کنید، مانند "نظر شما در مورد تغذیه کودکان چیست؟" یا "درباره تجربیات قبلی خود در تغذیه شیرخوار به من

بگویید. "تشویق والدین در تمام ملاقات‌ها، و بحث با پدر بزرگ و مادر بزرگ یا سایر تصمیم‌گیرندگان مهم خانواده را در نظر بگیرید.

5- تشویق مادر به شیردهی انحصاری نوزاد فقط شیرانسان و اجتناب از دادن شیر مصنوعی، آب قند، یا مایعات دیگر، مگر اینکه از نظر پزشکی اندیکاسیون داشته باشد. این آموزش در حالت ایده آل باید قبل از تولد، با پیش‌بینی اقامت نوزاد در بیمارستان محل زایمان آغاز شود و باید تا ویزیت‌های اولیه پس از زایمان ادامه یابد.

6- برای اجرای مراقبت‌های دوستدار شیردهی با کمیته‌های داخل بیمارستان محلی یا مرکز زایمان کار کنید. خط‌مشی‌های مطب خود را در مورد شیردهی به بیمارستان یا مرکز زایمان ارائه دهید. اگر مرکز از ده اقدام UNICEF برای شیردهی موفق آگاه نباشد، پزشک اطفال می‌تواند آموزش و کمک به ایجاد مجموعه‌های سفارشی مناسب برای شیردهی برای بیمارستان ارائه دهد. این مرکز را تشویق کنید تا نام دوستدار کودک امریکا را دنبال کند تا مادران و شیرخواران در معرض مراقبت‌های مادر و نوزادی قرار گیرند که از تغذیه از سینه مادر حمایت و تشویق می‌کند، که با مراقبت پوست به پوست بلافاصله پس از زایمان و شروع زودهنگام شیردهی شروع می‌شود. با تقویت مزایای شیردهی، تشویق به تغذیه انحصاری از سینه مادر، آموزش در مورد اهمیت تغذیه مکرر از سینه مادر و ارزیابی کفایت شیردهی، از شیردهی در طول دوره‌های بیمارستانی حمایت کنید. در طول راندها، یا مستقیماً یک تغذیه را ارزیابی کنید یا پرونده و موارد ثبتی را برای مستندسازی کفایت تغذیه بررسی کنید. مادران را به شرکت در کلاس‌های شیردهی تشویق کنید. از مشاوره شیردهی برای مادرانی که مشکلات شیردهی را تجربه می‌کنند یا نگرانی‌هایی دارند، حمایت کنید.

7- ترتیب ویزیت 3-5 روزگی یا 24-48 ساعت از ترخیص برحسب اقامت در بیمارستان را بدهید. در ملاقات‌های مطب، راهنمایی‌های پیش‌بینی‌کننده و فراراه را بگنجانید که از تغذیه انحصاری با شیر مادر تا زمانی که تقریباً 6 ماهه شوند، پشتیبانی کنید و به دنبال آن تغذیه از سینه مادر برای 1 سال یا بیشتر که مورد نظر شیرخوار و مادر است ادامه یابد. با استفاده از نمودارهای رشد مناسب، مانند استانداردهای رشد WHO برای سنین 0 تا 2 سال که توسط CDC توصیه شده است انتظارات وزن‌گیری مناسب را بیان کنید.

8- مادران شاغل را در مورد حق و حقوقشان، که دسترسی به خدمات حمایتی شیردهی، پاس و استراحت برای شیردهی یا دوشیدن در محل کار و امکان دریافت شیردوش از طریق بیمه را یادآور شوید.

9- راهنمای پیش رو برای مادران و برگشت به کار داشته باشید. پشتیبانی از محل کار در مطب اطفال و سایر محیط های کاری را می توان از طریق اجرای دستورالعمل های اداره خدمات و منابع بهداشتی اداره بهداشت مادر و کودک، پرونده تجاری برای شیردهی بهینه کرد. ارائه اطلاعات و آموزش به مادران در مورد دوشیدن و نگهداری شیر انسان، که ممکن است شامل ارائه جزوه هایی به والدین با جزئیات توصیه های مربوط به دوشیدن و نگهداری آن .

10- قرار ملاقاتی برنامه ریزی شده است، که ممکن است پزشک متخصص اطفال یا سایر کارکنان مطب آموزش دیده بخواهند در اولین ملاقات، تغذیه شیرخوار از سینه را مشاهده کنند تا خانواده از این اقدام مطلع شوند. خانواده را تشویق کنید تا در زمان حضور در اتاق انتظار به کارکنان اطلاع دهند که شیرخوار آماده شیر خوردن است تا مشاهده را انجام دهند. برای اولین ویزیت و بعد از آن، هر زمانی که مادر مشکل شیردهی دارد یا افزایش وزن مناسب نیست، باید شیردهی دیده شود..

11- فراهم کردن منابع آموزشی مناسب برای والدین که این منابع حداقل می تواند مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و کودک، توصیه های AAP برای مدت شیردهی، آموزش در مورد نشانه های تغذیه و شیرخواستن، نحوه تشخیص اینکه آیا شیر کافی دریافت می کند یا خیر را پوشش دهد. تکنیک های لچ و نگه داشتن، و لیستی از گروه های حمایت از هم تایان و منابع محلی شیردهی نیز در منابع آموزشی باشد. باید مطالب از نظر فرهنگی حساس و مناسب با سواد جمعیت بیمار باشد. پیوند دادن به منابع مناسب در وب سایت را در نظر بگیرید. از توزیع متون ارائه شده توسط تولیدکنندگان شیر خشک خودداری کنید.

12- اجازه دادن و تشویق به شیردهی در اتاق انتظار، نمایش پوسترها و جزوه های غیرتجاری که مادران را تشویق به شیر دادن در اتاق انتظار و اتاق های معاینه می کند، شامل گرافیک هایی که تنوع را نشان می دهد و شامل پدرانی می شود که شرکای ارزشمندی در موفقیت شیردهی مادر هستند بنمایش در آید. شیردهی را چه در اتاق انتظار و چه در اتاق معاینه قطع یا منع نکنید. اگر مادران حریم خصوصی را ترجیح می دهند، یک منطقه راحت و خصوصی برای شیر دادن به مادران فراهم کنید. این اتاق ممکن است شامل یک صندلی راک، بالش، موسیقی، آبنما یا هر چیز دیگری باشد که به ایجاد یک محیط گرم و آرامش بخش کمک می کند. یک اتاق معاینه ممکن است به عنوان یک اتاق خصوصی برای شیردهی کافی باشد.

13- توزیع شیر خشک و سایر اقلام رایگان شیرخوار از شرکت های شیرخشک به والدین را منع کنید. مطابق با قوانین بین المللی WHO بازاریابی جایگزین های شیر مادر، نگهداری شیر مصنوعی که ممکن

است توسط مطب خریداری شده باشد برای آنها که با شیر خشک تغذیه می شوند، باید دور از دید بیماران باشد. مطب اطفال دوستدار شیردهی نباید هدایایی (شیر خشک و سایر لوازم تغذیه، خودکار، پد تحریر، تقویم، لیوان و غیره) را از شرکت‌های تولید کننده شیر خشک، شیشه شیر یا گول زنک (پستانک) بپذیرد. نشریات برای مصرف کننده از شرکت‌هایی که شیر خشک را تبلیغ می‌کنند یا کارت‌ها یا کوپن برای دریافت شیر خشک رایگان یا تخفیف دار، نباید توزیع شود.

14- آموزش کارکنان برای پیروی از پروتکل های تریاژ تلفنی برای رسیدگی به نگرانی ها و مشکلات شیردهی. کارکنان را برای ارائه مشاوره تلفنی مناسب شیردهی، از جمله زمان مراجعه به IBCLC یا پزشک با تخصص ویژه در مدیریت شیردهی، آموزش دهید. ممکنست برای بعض مناطق ارتباط تلفنی مورد نظر قرار گیرد.

15- فهرستی از مراکز بهداشتی را داشته باشید و در مورد مراحل ارجاع آگاه باشید. والدین آینده و جدید را به گروه های همتا، حمایت اجتماعی و منابع ارجاع دهید. گروه های حمایتی همسالان و جامعه را در منطقه خود بشناسید. از جمله خدمات پشتیبانی شیردهی WIC، La Leche League Internat. همه گروه‌ها ممکن است اطلاعات مبتنی بر شواهد را ارائه ندهند، بنابراین اگر ارائه دهنده مراقبت‌های کودکان یا اعضای کارکنان کلینیک حضور داشته باشند و ارتباط خوبی با مدیران این گروه‌های حمایتی داشته باشند، مفید است. دعوت از مادران شیرده موفق برای پیوستن به هر گروه مشاوره مرتبط با این عمل را در نظر بگیرید.

16- قطع فرنولوم زبان/لب بالایی به یک عمل رایج تبدیل شده است که ممکن است باعث بهبود لجام زیر زبان و اثربخشی لچ و تغذیه از سینه مادر و انتقال شیر شود. برای تعیین اینکه آیا فرنوتومی مناسب است یا خیر، با مشاوران محلی شیردهی یا متخصصان شیردهی از نزدیک همکاری کنید. در این صورت، اگر پزشکان در مطب این روش را انجام ندادند، به متخصص گوش و حلق و بینی و/یا دندانپزشک با تجربه در بریدن به موقع فرنولوم مراجعه کنید.

17- با جامعه زنان و زایمان برای ایجاد برنامه های حمایتی بهینه از شیردهی همکاری کنید، زیرا به وضوح ثابت شده است که تصمیم مادر برای شیردهی در دوران بارداری و در بسیاری از موارد قبل از بارداری شروع می شود.

18- بر حمایت و آموزش اهمیت تغذیه از سینه مادر به مراکز مراقبت کودک محلی و اگر لازم شود دوشیدن و نگهداری و تغذیه با شیر دوشیده شده تمرکز کنید.

19-پایش شروع و تداوم شیردهی را در مطب داشته باشید. و دسترسی به روندهای ایالتی و ملی که توسط CDC از طریق بررسی ملی ایمن سازی و شیوه های بیمارستانی از طریق داده های نظرسنجی دوسالانه شیوه های زایمان در تغذیه و مراقبت از نوزادان پیگیری می شود داشته باشید.

موانع اجرای شیوه های مطب دوستدار شیر مادر:

در اجرای مراحتی که در بالا برای مطب کودکان مناسب با شیردهی بیان شد، چالش هایی وجود دارد. مراقبت از شیردهی ارائه شده توسط پزشکان در مطب سرپایی ممکن است به دلیل کمبود دانش، مهارت، زمان و حساسیت فرهنگی محدود شود. مدیریت شیردهی و مشاوره می تواند هم زمان بر و هم کار فشرده باشد. در بسیاری از سیستم های مراقبت های بهداشتی، به ویژه در ایالات متحده، درآمد حاصل از ویزیت به حجم ویزیت ها و مشاهده بیماران به جای نتایج آن بیماران بستگی دارد. واحد شیرمادر AAP در مورد تغذیه شیرخوار از سینه مادر، راهنمای کدگذاری و صورتحساب را به عنوان ابزاری برای بهینه سازی بازپرداخت برای زمان صرف شده برای حمایت از شیردهی در مطب ایجاد کرده است. راهنمای کدگذاری همچنین از طریق کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان برای شرایط مادر در دسترس است. اگر ویزیت اضافی بجز کودک سالم مورد نیاز باشد بایدکد تشخیصی برای شرایطی چون زردی، مشکلات تغذیه ای نوزاد، بیماری عفونی همراه شیردهی در نظر باشد.. ویزیت های طولانی مدت که نیاز به ارزیابی مکرر شیردهی و مشاوره گسترده دارند، باید طبق کدهای مبتنی بر زمان محاسبه شوند. حتی اگر پرداخت مشکلی نداشته باشد، ممکن است محدودیت زمانی وجود داشته باشد. مشکلات پیچیده شیردهی ممکن است نیاز به توجه فوری داشته باشد و زمان و مکان کارکنان را در انحصار خود در آورد. ممکنست حامیان شیردهی در بعضی مناطق بخصوص نواحی روستایی و جوامع کمتر باشند. در بین پرسنل پشتیبانی شیردهی، سطوح مهارت متفاوتی وجود دارد. اینها ممکن است شامل مشاوران داوطلب یا حقوق بگیر، مربیان شیردهی، مشاوران شیردهی دارای گواهینامه، IBCLC ها و متخصصان پزشکی شیردهی باشند. میزان آموزش مورد نیاز توسط متخصص شیردهی ممکن است بسته به نیازهای مادر و/یا شیرخوار و محیط بالینی یا جامعه خاص متفاوت باشد. نیاز به در دسترس بودن بیشتر پرسنل پشتیبانی شیردهی از نظر فرهنگی مناسب و دارای تنوع قومیتی در انواع محیط های اجتماعی و مراقبت های بهداشتی وجود دارد. ویزیت در منزل، در صورت امکان، راهی مناسب برای خانواده برای ارائه حمایت از شیردهی است. ارائه دهندگان مراقبت های اطفال باید در مورد عوارض رایجی که می تواند هم مادر و هم شیرخوار را تحت تاثیر قرار دهد آگاه باشند و یا این شرایط را در مادر درمان کنند یا از متخصصان زنان و زایمان، پزشکان خانواده یا متخصصان پزشکی

شیردهی در جامعه آگاه شوند که در درمان راحت و آگاه هستند. بدیهی است که موانعی برای اجرای مراحل ذکر شده در این گزارش وجود خواهد داشت. با این حال، این موانع غیرقابل عبور نیستند. با حمایت مداوم برای حمایت از شیردهی، باید موانع طی زمان کمتر شود.

نتیجه گیری :

مزایای تغذیه شیرخوار از سینه مادر و خطرات بالقوه عدم شیردهی بسیار زیاد است، و افزایش شروع، مدت و تغذیه انحصاری از سینه مادر مورد توجه ابتکارات چندگانه اخیر در محیط مراقبت های بهداشتی، محل کار و جامعه، همانطور که توسط Surgeon General's Call to Action توصیه شده، بوده است. با توجه به اهداف ملی همانطور که در افراد سالم 2020 بیان شده است، افزایش در شروع کلی شیردهی، و تعداد بیشتر بیمارستان های دوستدار کودک، نیاز به حمایت بیشتر از سوی همه اعضای تیم مراقبت بهداشتی واضح است. ارائه دهنده مراقبت های اطفال برای ایفای نقش اصلی در این تلاش مناسب است. مراحل ذکر شده در این سند راه های روشن و مختصری را برای مطب اطفال برای حمایت از مادران شیرده، شیرخواران و خانواده ها ارائه می دهد. که موجب افزایش تغذیه انحصاری از سینه مادر و مدت شیردهی در بیماران خود؛ و بهبود سلامت آنان می گردد.

Appendix F

نقش پزشک در تغذیه شیرخوار با شیرانسان

1- همه پزشکان با زنان شیرده یا کودکانی که از سینه مادر تغذیه می شوند مواجه می شوند، بنابراین آموزش در مورد شیردهی صرف نظر از رشته انتخابی پزشک مهم است. به طور خاص، متخصصین زنان و زایمان، متخصصین اطفال، و پزشک خانواده متخصصان پزشکی هستند که رشته های آنها به مراقبت های پزشکی و جراحی زنان یا کودکان یا هر دو اختصاص دارد. این رشته ها مستلزم مطالعه گسترده عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی و ژنتیکی است که بر سلامت و بیماری تأثیر می گذارد، از جمله پزشکی شیردهی. پزشکانی که از زنان و کودکان مراقبت می کنند باید دانش، مهارت ها و نگرش های لازم را برای ارائه مراقبت های مبتنی بر شواهد از بیمار که در صورت امکان از شیردهی به عنوان روش ایده آل برای تغذیه شیرخوار محافظت، ترویج و حمایت می کند، داشته باشند و باید از اطلاعات آگاهانه هر زن در مورد تصمیم گیری تغذیه شیرخوار حمایت کنند. 2- بعنوان یک حداقل، باید پزشکان اهمیت شیردهی و شیرانسان و نقش شیردهی را به عنوان روش تغذیه بیولوژیکی برای شیرخواران و کودکان خردسال درک کنند. باید پزشکان قادران ارتباط تغذیه شیرخوار از سینه مادر و شیردهی مادران در پیشگیری و کاهش بیماری های مختلف در کوتاه مدت و بلندمدت برای زنان، شیرخواران و کودکان باشند. (باید شکر گزار خداوند متعال باشند). پزشکان باید دانش و مهارت هایی را در راهنمایی های پیش بینی کننده و فرا راه، ارزیابی فیزیکی، حمایت از فیزیولوژی طبیعی شیردهی، مدیریت پزشکی مسائل رایج و مدیریت عوارض رایج در شیردهی به دست آورند و حفظ کنند. متخصص زنان و زایمان، متخصص اطفال، و پزشک خانواده باید با پزشکان در سایر تخصص ها و سایر پرسنل مراقبت های بهداشتی برای ارائه مراقبت های یکپارچه برای شیردهی قبل از زایمان، در بیمارستان و پس از ترخیص از بیمارستان همکاری کنند. علاوه بر این، پزشکان باید در خط مقدم تلاش های سیاستی برای توانمند سازی و تشویق خانواده ها برای تغذیه شیرخوار از سینه مادر باشند، چه از طریق آموزش فردی به بیمار، تغییر در شیوه های بیمارستانی (مانند اجرای ده اقدام برای شیردهی موفق)، تلاش های جامعه، یا قانون گذاری برای اطمینان از یکنواختی. و حمایت جامع از شیردهی. پزشکانی که آموزش و تجربه پیشرفته ای در زمینه مدیریت شیردهی و اختلالات شیردهی دارند نیز برای خدمت به مادر و کودک در دسترس باشند که مسائل پیچیده آنها ممکن است به یک پزشک با آموزش و تخصص اضافی شیردهی نیاز داشته باشد.

3-پزشک اغلب مراقبت های چند رشته ای ارائه شده به مادر و شیرخوار را هماهنگ می کند. با این حال، همه پزشکان باید محدودیت های دانش تولید شیر و تغذیه از سینه مادر و تخصص خود در این ارتباط را تشخیص دهند. در صورت اقتضا، آنها باید از سایر اعضای تیم مراقبت کمک بگیرند - با درک آموزش، اعتبار، و دامنه فعالیت متخصصان مختلف حمایت از شیردهی - و بر اساس آن ارجاع دهند. متخصصان حمایت تغذیه با شیرمادر در زمینه حمایت از شیردهی از زمینه های مختلف، از جمله تجربه شخصی، تحصیلات آکادمیک و حرفه های مختلف تخصص کسب کرده اند. برخی از گروه های پرسنل پشتیبانی شیردهی عبارتند از:

مشاوران شیردهی Lactation consultants - مشاوران شیردهی طیف کاملی از مراقبت های شیردهی را ارائه می دهند، به ویژه در شرایط دشوار شیردهی. ارجاع ممکن است برای مشکلات پیچیده، مانند تولید شیر و انتقال به تغذیه نوزادان نارس، افزایش وزن ناکافی شیرخوار، و مسائل آناتومیک یا طبی مادر یا شیرخوار که ممکن است شیردهی را تحت تاثیر قرار دهد، مناسب باشد. این متخصصان شامل مشاوران شیردهی دارای مجوز هیئت مدیره بین المللی، مشاوران شیردهی پیشرفته، و مشاوران پرستاری پیشرفته شیردهی هستند (International Board Certified Lactation Consultants, Advanced Nurse Lactation Consultants, Advanced Lactation Consultants).

مشاوران شیردهی Breastfeeding Counsellors - مشاوران شیردهی مهارت ارائه مشاوره شیردهی را دارند. برای رسیدگی به شیردهی طبیعی در نوزادان سالم و ترم؛ و انجام ارزیابی های مادر و نوزاد از آناتومی، لچ و پوزیشن در حالی که از خانواده ها در بیمارستان و محیط های اجتماعی حمایت می کند. آنها شامل مشاوران مجاز شیردهی، متخصصان خبره شیردهی و مربیان مجاز شیردهی هستند. (Certified Lactation Counselors, Certified Breastfeeding Specialists, Certified Lactation Educators)

مشاوران شیردهی همتا Breastfeeding peer councilors - مشاوران همتایان تجربه شخصی شیردهی و آموزش های اضافی برای رفع نیازهای خانوادگی دارند که در درجه اول بر حمایت فردی و اجتماعی تمرکز دارند. گروه ها شامل Breastfeeding USA، HealthConnect One، La Leche، رسیدگی به خواهران در همه جا، و برنامه WIC.

مربیان شیردهی Lactation Educators - مربیان شیردهی واجد شرایط حمایت و آموزش مردم در مورد تغذیه شیرخوار از سینه مادر و مسائل مرتبط هستند، اما مراقبت های بالینی را انجام نمی دهند. آنها اعضای انجمن حرفه ای زایمان و پس از زایمان هستند

متخصصان طبی تغذیه شیرخوار از سینه مادر Breastfeeding Medicine Special - متخصصانی هستند که آموزش یا تجربه پیشرفته ای در مدیریت شیردهی و اختلالات تغذیه از سینه مادر دارند. اکثر این پزشکان با یک یا چند مورد از مدارک ذکر شده در بالا گواهینامه دریافت کرده اند.

برای مشاهده محتویات کامل جدول توصیف کننده ارائه دهنده پشتیبانی شیردهی به سایت زیر مراجعه کنید.

، <http://www.usbreastfeeding.org/d/do/3216>.

در نهایت، باید پزشکان از نحوه یافتن و استفاده از اطلاعات و منابع تغذیه با شیر مادر برای افزایش دانش خود در مورد طب شیردهی آگاه باشند. آکادمی طب Breastfeeding، آکادمی پزشکان خانواده آمریکا، آکادمی اطفال آمریکا، کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان، LactMed، موسسه ملی بهداشت و توسعه کودک یونیس کندی شرایور، و کمیته تغذیه با شیر مادر ایالات متحده، و غیره، منابع و راهنمایی هایی را به طور خاص برای پزشکان ارائه می دهند

انتقال داروها و مواد دارویی به شیرانسان از جمله بعض مطالب به روز شده

The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk

خلاصه: به بسیاری از مادران بطور نامناسبی توصیه می شود که به دلیل ترس از اثرات نامطلوب بر شیرخوار خود، شیردهی را قطع کنند و از مصرف داروهای ضروری خودداری کنند. این رویکرد محتاطانه ممکن است در بسیاری از موارد غیر ضروری باشد، زیرا تنها بخش کوچکی از داروها در مادران شیرده منع مصرف دارند یا تأثیر منفی بر شیرخوار دارند. اطلاعاتی برای اطلاع پزشکان در مورد میزان دفع داروی خاص در شیر انسان مورد نیاز است اما ممکن است در دسترس نباشد. اظهارات قبلی در مورد این موضوع از سوی آکادمی اطفال آمریکا، اطلاعاتی را در مورد ورود شناخته شده داروهای خاص در شیر مادر به پزشکان ارائه کرد. اینک اطلاعات جدیدتر و جامع تر در اینترنت و همچنین یک برنامه کاربردی برای تلفن همراه در LactMed (<http://toxnet.nlm.nih.gov>) در دسترس است. بنابراین، به استثنای ترکیبات رادیواکتیو که نیاز به قطع موقت شیردهی دارند، خواننده به LactMed ارجاع داده می شود تا جدیدترین اطلاعات مربوط به یک دارو را بدست آورد. این گزارش چندین موضوع مورد علاقه پیرامون شیردهی را مورد بحث قرار می دهد، مانند استفاده از داروهای روان گردان، داروها برای درمان سوء مصرف مواد، مواد مخدر، شیرآورها، و محصولات گیاهی و همچنین واکسیناسیون زنان شیرده. بحث در مورد پیامدهای کلی داروهای مادر و شیردهی در کشورهای در حال توسعه فراتر از محدوده این گزارش است. سازمان بهداشت جهانی چندین برنامه و منابع ارائه می دهد که به اهمیت تغذیه با شیر مادر می پردازد (به <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en> مراجعه کنید).

مقدمه: زنان شیرده بسته به نیاز به درمان بیماری های حاد یا مزمن، می توانند به صورت محدود یا طولانی مدت در معرض داروها یا سایر روش های درمانی قرار گیرند. به بسیاری از زنان توصیه می شود که به دلیل نگرانی در مورد عوارض جانبی احتمالی بر شیرخوار، از شیردهی خودداری کنند. این توصیه ها اغلب بر اساس شواهد نیست، زیرا اطلاعات در مورد میزان دفع دارو در شیر انسان ممکن است در دسترس نباشد، و برای بسیاری از داروها، اطلاعات به داده های موجود محدود می شود. و مطالعات حیوانی، که ممکن است با تجربه انسانی مرتبط نباشد. علاوه بر این، همه داروها به مقدار قابل توجهی از نظر بالینی در شیر انسان دفع نمی شوند و وجود دارو در شیر انسان ممکن است خطری برای شیرخوار ایجاد نکند. برای

سنجش خطرات و فواید شیردهی، باید پزشکان عوامل متعددی را در نظر بگیرند. این عوامل عبارتند از: نیاز مادر به دارو، اثرات بالقوه دارو بر تولید شیر، میزان دفع دارو در شیر انسان، میزان جذب خوراکی توسط شیرخوار و عوارض جانبی احتمالی بر روی شیرخواری که از سینه مادر شیر می خورد. سن شیرخوار نیز عامل مهمی در فرآیند تصمیم گیری است، زیرا عوارض جانبی مرتبط با قرار گرفتن در معرض دارو از طریق شیردهی اغلب در سن کمتر از 2 ماه و به ندرت در شیرخواران بزرگتر از 6 ماه رخ می دهد. ممکن است در آینده نزدیک، فارماکوژنتیک هم راهنمایی مهمی برای تصمیم گیری های فردی باشد. تا حد زیادی به دلیل تلاش های Cheston Berlin, Jr, MD بیانیه آکادمی اطفال آمریکا (AAP) در مورد انتقال داروها و مواد شیمیایی به شیر انسان برای اولین بار در سال 1983 منتشر شد و تحت چندین بازنگری بعدی قرار گرفت. آخرین آنها در سال 2001 منتشر شد. چاپهای قبلی لیست داروها بود و اثرات احتمالی بر روی شیرخوار و/یا شیرسازی. تجدید نظر در بیانیه دیگر نمی تواند با اطلاعات به سرعت در حال تغییر موجود از طریق اینترنت، مطالعات منتشر شده و تاییدیه های دارویی جدید همگام شود. پایگاه داده جامع تر و فعلی در (<http://toxnet.nlm.nih.gov>) LactMed موجود است. LactMed شامل اطلاعات به روز در مورد سطوح دارو در شیر انسان و سرم شیرخوار، اثرات نامطلوب احتمالی بر شیرخوار، اثرات بالقوه بر شیرسازی، و توصیه هایی برای داروهای جایگزین احتمالی که باید در نظر گرفته شوند. محصولات گیاهی رایج نیز گنجانده شده است. به همین دلیل، به استثنای ترکیبات رادیواکتیو که نیاز به قطع موقت یا دائمی شیردهی دارند، خواننده به LactMed ارجاع داده می شود تا جدیدترین اطلاعات مربوط به یک دارو را به دست آورد.

این بیانیه تغییرات پیشنهادی در برچسب گذاری سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) را بررسی می کند که برای ارائه اطلاعات مفید به پزشک و تشریح ملاحظات کلی برای مشاوره در مورد خطر/فایده فردی طراحی شده اند. به روز رسانی در مورد استفاده از داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب و ضد روان پریشی در زنان شیرده نیز ارائه شده است، زیرا استفاده از عوامل روانگردان در دوران شیردهی هنوز مورد بحث است. از زمان انتشار آخرین بیانیه، سوالات متعددی در مورد مصرف متادون در زنان شیرده مطرح شده است. به همین دلیل، درمان های سوء مصرف مواد و ترک سیگار مورد بحث قرار گرفته است. با توجه به این که مصرف کدئین ممکن است با مسمومیت در بیماران، از جمله نوزادان با متابولیسم فوق سریع همراه باشد، مروری کوتاه بر عوامل جایگزین برای درمان درد در زنان شیرده ارائه شده است. استفاده از شیرآورها نیز مورد بررسی قرار می گیرد، زیرا اکنون زنان بیشتری سعی می کنند به شیرخواران

فرزندخوانده یا نوزادان نارس شیر دهند. استفاده روزافزون از فرآورده های گیاهی باعث شده است تا در مورد مزایای این درمان های جایگزین در زنان شیرده بحث شود. در نهایت، ایمن سازی زنان شیرده و شیرخواران آنها برای کمک به پزشکان اطفال در تشویق ایمن سازی در صورت نیاز در زنان شیرده و رفع بی میلی والدین به ایمن سازی شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

ملاحظات کلی :

هنگام توصیه به یک خانم شیرده در مورد تصمیم گیری برای شیر دادن به شیرخوارش در حالی که تحت درمان دارویی است، باید چندین عامل در نظر گرفته شود. فواید تغذیه از سینه مادر برای شیرخوار و مادر باید در برابر خطرات قرار گرفتن شیرخوار در معرض دارو (یا مادر، در مورد عواملی که برای القای شیرسازی در نظر گرفته شده است) سنجیده شود. عوامل زیادی بر تصمیم گیری در مورد خطر/منافع فردی تأثیر می گذارد، از جمله اطلاعات خاص در مورد خواص شیمیایی و دارویی دارو، که ممکن است از منابعی مانند LactMed و در برچسب گذاری محصول در دسترس باشد. به طور کلی، خواص شیمیایی یک دارو مانند عدم یونیزاسیون، وزن مولکولی کم، حجم کم توزیع، اتصال کم به پروتئین سرم مادر و حلالیت بالادر چربی، دفع دارو را در شیر انسان تسهیل می کند. داروهایی که نیمه عمر طولانی دارند بیشتر در شیر انسان انباشته می شوند و داروهای با زیست دسترسی خوراکی بالا به راحتی توسط شیرخوار جذب می شوند. استفاده از یک دارو با اثر نامطلوب قابل توجه در یک خانم شیرده (مانند آریتمی) ممکن است برای درمان یک بیماری جدی در مادر قابل قبول باشد. با این حال، استفاده از همان دارو برای افزایش تولید شیر قابل قبول نخواهد بود. برای داروهایی با پروفایل عوارض جانبی که با افزایش دوز مرتبط است، دوزهای بالاتر مادر ممکن است با مسمومیت بیشتر شیرخوار همراه باشد. علاوه بر این، زمان قرار گرفتن در معرض و مدت زمان درمان از دیگر ملاحظات مهم است.

تصمیم به شیردهی هنگام ادامه درمان با دارویی که در داخل رحم نیز در معرض بوده با تصمیم برای شروع یک درمان جدید در اوایل دوره پس از زایمان متفاوت است. به طور مشابه، خطرات درمان با یک دوز یا درمان کوتاه مدت ممکن است با خطرات درمان مزمن متفاوت باشد. علاوه بر خواص فارماکوکینتیک یا شیمیایی دارو، قرار گرفتن در معرض داروی مورد انتظار شیرخوار تحت تأثیر عوامل شیرخوار و مادر فراتر از خواص فارماکوکینتیک و شیمیایی شناخته شده اولیه خود دارو است. به عنوان مثال، خطر عوارض جانبی در یک شیرخوار نارس یا شیرخوار با شرایط طبی مزمن زمینه ای ممکن است بیشتر از یک

شیرخوار بالغ تر یا سالم تر باشد. به دلیل کاهش دفع از بدن یا عدم بلوغ مسیرهای متابولیک، ممکن است برخی داروها در شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شوند تجمع کنند. با این حال، برای دیگر داروها (به عنوان مثال، استامینوفن)، عدم بلوغ همین مسیرها ممکن است نوزاد را از متابولیت های سمی دارو محافظت کند. به طور مشابه، بیماران با ژنوتیپ های خاص ممکن است مسمومیت دارویی را تجربه کنند، همانطور که با مرگ و میر مشاهده شده در افرادی که متابولیسم فوق سریع کدئین را نشان می دهند، مشهود است. در نهایت، برخی از بیماری های شیرخوار، مثل بیماری های متابولیک، و شرایط سلامت مادر ممکن است مانع از شیردهی شوند (مانند HIV) یا به درمان های متعددی نیاز دارند که به ویژه سمی هستند (مانند درمان سرطان).

تغییرات در برچسب گذاری دارو:

در گذشته، برچسب گذاری تایید شده توسط FDA اغلب به عباراتی محدود می شد که به احتیاط توصیه می کرد یا حاوی توصیه هایی برای قطع شیردهی یا قطع درمان، بسته به اهمیت برای مادر بود. در سال 2008، FDA یک اصلاحیه پیشنهادی برای مقررات منتشر کرد که بر بخش های برچسب گذاری بارداری و شیردهی تأثیر می گذارد. آژانس در حال حاضر بر روی قانون نهایی کار می کند، که در نظر گرفته شده است تا چارچوبی بالینی جهت قرار دادن اطلاعات بارداری و شیردهی در برچسب گذاری دارو ارائه دهد و به بیمار و پزشک اجازه دهد تا خطر/منفعت را بر اساس بهترین داده های موجود بررسی کنند. طبق قانون پیشنهادی، بخش مادران شیرده فعلی با بخشی به نام شیردهی جایگزین می شود. بخش شیردهی برچسب گذاری شامل 3 بخش فرعی است: خلاصه خطر، ملاحظات بالینی و داده ها. بخش خلاصه خطر شامل خلاصه ای از آنچه در مورد دفع دارو در شیر انسان و اثرات بالقوه بر روی شیرخوار که از سینه مادر شیر می خورد و همچنین تولید شیر مادر که دانسته شده خواهد بود. بخش ملاحظات بالینی شامل روش هایی برای به حداقل رساندن قرار گیری شیرخوار در معرض دارو و همچنین اطلاعاتی در مورد پایش عوارض جانبی مورد انتظار بر شرخوار خواهد بود. مؤلفه داده ها یک نمای کلی از داده های موجود ارائه می دهد که پایه شواهد را برای 2 بخش دیگر تشکیل می دهد. علاوه بر قانون پیشنهادی، FDA «راهنمای صنعت: مطالعات شیردهی بالینی: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده ها، و توصیه هایی برای برچسب گذاری» را منتشر کرد. ، این پیش نویس راهنمایی شامل توصیه هایی در مورد پارامترهایی است (چندین مورد در LactMed) که می تواند برای اطلاع پزشکان در مورد میزان قرار گرفتن در معرض دارو استفاده شود. با استفاده از این پارامترها، قرار گرفتن شیرخوار در معرض دارو می تواند مستقیماً در سرم

شیرخوار اندازه گیری شود یا بر اساس پارامترهای فارماکوکینتیک تخمین زده شود. این تخمین ها از قرار گرفتن شیرخوار در معرض دارو (به عنوان مثال، دوز نسبی شیرخوار) را می توان به صورت درصدی از وزن مطابقت داده شده مادر یا، در صورت شناخته شدن دوز تنظیم شده با وزن کودکان بیان کرد.

داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب، و ضد روان پریشی: اظهارات قبلی AAP اثر داروهای روانگردان را بر شیرخوار به عنوان "ناشناخته اما نگران کننده" طبقه بندی کرد. اگرچه داده های جدیدی از سال 2001 منتشر شده است، اطلاعات در مورد اثرات طولانی مدت این ترکیبات هنوز محدود است. بیشتر نشریات مربوط به داروهای روانگردان، فارماکوکینتیک را در تعداد کمی از زنان شیرده با مطالعات مشاهده ای کوتاه مدت بر شیرخواران توصیف می کنند. علاوه بر این، تفسیر تأثیرات بر شیرخوار از تعداد کمی از مطالعات طولانی مدت با درمان پیش از تولد یا قرار گرفتن در معرض چندین دارو مخدوش می شود. به این دلایل، اثر بلندمدت روی شیرخوار در حال رشد هنوز تا حد زیادی ناشناخته است. بسیاری از داروهای ضد اضطراب، داروهای ضد افسردگی و تثبیت کننده های خلق در غلظت های پایین در شیر انسان ظاهر می شوند، با دوزهای نسبی تخمینی شیرخوار که کمتر از 2% دوز تطابق یافته وزن مادر. و/یا نسبت شیر به پلاسما کمتر از 1.13 است. با این حال، درصد دوزهای مادری که به سطوح بالینی قابل توجه نزدیک می شوند (10٪ یا بیشتر) برای بوپروپیون، دیازپام، فلوکستین، سیتالوپرام، لیتیم، لاموتریژین، و ونلافاکسین گزارش شده است. داده ها در مورد دفع دارو در شیرانسان برای یک سوم درمان های روانگردان در دسترس نیست. به دلیل نیمه عمر طولانی برخی از این ترکیبات و/یا متابولیت های آنها، همراه با عملکرد نابالغ کبدی و کلیوی شیرخوار، شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند ممکن است مقادیر قابل اندازه گیری دارو یا متابولیت های آن را در پلاسما و به طور بالقوه در بافت عصبی داشته باشند. غلظت های پلاسمایی شیرخوار که بیش از 10% غلظت های پلاسمایی درمانی مادر است برای تعدادی از SSRI های ضد روان پریشی، ضد اضطراب و تثبیت کننده های خلق گزارش شده است. (جدول 1 را ببینید). مادرانی که مایل به شیر دادن به شیرخوار خود در حین مصرف این داروها هستند، باید در مورد فواید شیر مادر و همچنین خطر بالقوه قرار گرفتن در معرض سطوح بالینی قابل توجه دارو و اینکه اثرات طولانی مدت این مواجهه ناشناخته است، مشاوره شوند. باید پایش رشد و neurodevelopment شیرخوار مورد توجه باشد.

TABLE 1 Psychoactive Drugs With Infant Serum Concentrations Exceeding 10% of Maternal Plasma Concentrations^a

Citalopram Weissman 200420
Clomipramine Schimmell 199121
Diazepam Wesson 198522
Doxepin Moretti 200916
Fluoxetine Weissman 2004,20 product labeling
Fluvoxamine Weissman 200420
Lamotrigine Newport 2008,18
Fotopoulou 200923
Lithium Viguerra 2007,24 Grandjean 2009,25 Bogen 201226
Mirtazapine Tonn 200927
Nortriptyline Weissman 200420
Olanzapine Whitworth 200828
Sertraline Hendrick 2001,29 Stowe 200330
Venlafaxine Newport 200919

داروها برای ترک سیگار یا برای درمان سوء مصرف مواد/ و وابستگی به الکل:

اگرچه به بسیاری از زنان توصیه می شود از سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و استفاده از داروهای تفریحی(اعتیاد آور) در طول و بعد از بارداری خودداری کنند، که تا حدی به دلیل اثرات نامطلوب و عوارض آن بر شیرخوارشان است (جدول 2 را ببینید) قادر به انجام این کار نیستند و ممکن است پس از زایمان به دنبال کمک برای ترک و راهکار باشند. سیگار کشیدن مادر یک منع مطلق برای شیردهی نیست ولی بدلیل متعدد از جمله همراهی آن با سندرم مرگ ناگهانی شیرخواری که در معرض دود دخانیات قرار می گیرد، باید زنان شیرده به شدت تشویق شوند که سیگار را ترک کنند و قرار گیری در معرض دود آن(دست دوم) را به حداقل برسانند. قرار گرفتن در معرض الکل یا مواد مخدر تفریحی ممکن است هشجاری و آگاهی و تشخیص و قضاوت مادر را مختل کند و مراقبت از شیرخوار را مختل(خطرناک) کند و می تواند موجب مسمومیت شیرخوار شود (جدول 2 را ببینید). اطلاعات محدودی در مورد استفاده از داروها در زنان شیرده

برای درمان سوء مصرف مواد یا وابستگی به الکل یا برای ترک سیگار در دسترس است. با این حال، وجود رفتارهایی مانند ادامه مصرف داروی غیر قانونی یا الکل و شرایط زمینه ای مانند عفونت HIV با شیردهی سازگار نیست.

همچنین بیماران برای حفظ و ادامه پرهیز نیاز به حمایت روانی-اجتماعی مداوم دارند. متادون، بوپرنورفین و نالتراکسون 3 داروی مورد تایید FDA برای استفاده در درمان وابستگی به مواد افیونی هستند. تداوم شیردهی توسط چنین زنانی که تحت چنین درمانی قرار می‌گیرند، بستگی دارد به اینکه بیمار از مصرف آن پرهیز می‌کند، HIV منفی است و در یک برنامه درمان مواد مخدر مناسب با حمایت اجتماعی قابل توجه ثبت نام شده و از نزدیک تحت نظارت است. اثرات نامطلوب بالقوه متادون (طبق برجسب محصول) و بوپرنورفین بر روی شیرخواری که از سینه مادرش تغذیه می‌کند شامل لتارژی(بی حالی)، مشکل تنفسی و اختلال رشد است. اثرات طولانی مدت متادون در انسان ناشناخته است. با این وجود، سطوح متادون در شیر انسان کم است بطوری که کمتر از 3٪ از دوز تطبیق شده با وزن مادر منتقل می‌شود. غلظت پلاسمایی در شیرخواران در دوره نوزادی تا 6 ماهگی نیز کم است. (less than 3% of maternal trough concentrations) به این دلایل، دستورالعمل‌های آکادمی پزشکی تغذیه از سینه مادر، شیردهی را برای زنان تحت درمان با متادون که در برنامه های نگهدارنده متادون ثبت نام کرده‌اند، تشویق می‌کند. بوپرنورفین در شیر انسان دفع می‌شود و به سطحی مشابه با پلاسمای مادر می‌رسد. به نظر می‌رسد شیرخوار تا 2.4% دوز تطابق یافته وزن مادر در معرض دارو قرار می‌گیرد. با این حال، بوپرنورفین می‌تواند مورد سوء مصرف قرار گیرد، و اگرچه اهمیت آن در انسان ناشناخته است، برجسب ترکیبات بوپرنورفین و بوپرنورفین/نالوکسان بیان می‌کند که مصرف آن توسط زنان شیرده توصیه نمی‌شود، زیرا مطالعات حیوانی کاهش تولید شیر و زنده ماندن فرزندان را نشان داده است. برجسب گذاری FDA احتیاط را برای استفاده از نالتراکسون در شیرخواران زنان وابسته به مواد افیونی توصیه می‌کند. شایان ذکر است، اطلاعات منتشر شده در مورد نالتراکسون محدود به 1 گزارش موردی است که میزان مواجهه شیرخوار را کم (7 میکروگرم/کیلوگرم در روز یا 0.86 درصد دوز تطابق یافته با وزن مادر) تخمین می‌زند. مقادیر انتقالی متادون یا بوپرنورفین برای پیشگیری از علائم سندرم پرهیز نوزادی کافی نیست. سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند پس از قطع ناگهانی متادون رخ دهد. بنابراین، شیردهی نباید به طور ناگهانی قطع شود و اگر تصمیمی برای قطع شیردهی گرفته شود، توصیه می‌شود شیردهی به تدریج قطع شود.

اطلاعات محدودی در مورد دی سولفیرام و نالترکسون، که برای درمان وابستگی به الکل استفاده می شوند، در دسترس است. قبلاً ذکر شد، در یک گزارش موردی از قرار گرفتن شیرخوار 6 هفته ای در معرض نالترکسون که با شیر مادر تغذیه می شد، دوز نسبی پایین شیرخوار (>1%) مشاهده شد. برچسب گذاری FDA استفاده از دی سولفیرام و هر دو شکل تزریقی و خوراکی نالترکسون را در زنان شیرده منع می کند. تنها یک سوم از زنان با موفقیت سیگار را بدون کمک های دارویی ترک می کنند. درمان جایگزین نیکوتین، (Nicotine replacement therapy, bupropion, varenicline) داروهایی هستند که برای استفاده به عنوان کمکی برای درمان ترک سیگار اندیکاسیون دارند. درمان جایگزین نیکوتین تا زمانی با شیردهی سازگار است (با فرض اینکه یک سیگار تقریباً 1 میلی گرم نیکوتین می رساند) کمتر از تعداد سیگارهایی است که معمولاً دود می شوند، زیرا نیکوتین آزادانه به شیر انسان وارد و از راه خوراکی بصورت نیکوتین جذب می شود. غلظت کورتینین کمتر از غلظت های مربوط به مصرف تنباکو است. محصولات کوتاه اثر (مثلاً آدامس یا قرص ها) توصیه می شود. مواجهه با دوزهای چسب مادر به تناسب کاهش می یابد. در مقابل، بوپروپیون با مواجهه هایی که ممکن است از 10% (محدوده، 1.4-10.6%) از دوز مادر تجاوز کند، در شیر انسان دفع می شود. اگرچه سطوح شیرخوار اندازه گیری نشده است، گزارش موردی از تشنج در یک شیرخوار 6 ماهه که به طور بالقوه مربوط به بوپروپیون است، وجود دارد. اطلاعات منتشر شده محدودی برای وارنیکلین در دسترس است، اما برچسب وارنیکلین شامل یک هشدار جعبه ای برای عوارض جانبی جدی عصبی روانی، از جمله افکار یا رفتار خودکشی است. برچسب گذاری FDA استفاده از هر دوی این عوامل را در زنان شیرده منع می کند.

جدول 2 عوارض گزارش شده مواد اعتیادآور بر شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود

<p>الکل موجب اختلال در تکامل حرکتی یا رشد پس از زایمان، کاهش مصرف شیر، اختلالات خواب. توجه: اگرچه باید از نوشیدن زیاد اجتناب کرد، اما مصرف گاه به گاه و محدود (0.5 گرم الکل/کیلوگرم در روز؛ معادل 8 اونس شراب یا 2 قوطی آبجو در روز) ممکن است قابل قبول باشد.</p>
<p>Amphetamines آمفتامین ها فشار خون بالا، تاکی کاردی و تشنج. در مطالعات حیوانی در مورد مواجهه پس از تولد، اثرات رفتاری طولانی مدت، از جمله نقص یادگیری و حافظه و تغییر فعالیت (لوکوموتور) حرکتی، مشاهده شد</p>

. Benzodiazepines تجمع متابولیت، نیمه عمر طولانی در نوزادان یا شیرخوارانارس مشاهده شده است. استفاده مزمن توصیه نمی شود. آپنه، سیانوز، علائم ترک، تخدیر، سیانوز و تشنج.
Cocaine مسمومیت، تشنج، تحریک پذیری، استفراغ، اسهال، لرزش.
Heroin علائم ترک، لرزش، بی قراری، استفراغ، تغذیه ضعیف
LSD Potent hallucinogen توهم زایی قوی
Methamphetamine کشنده، در شیر مادر به مدت 48 ساعت باقی می ماند.
Methylene dioxymethamphetamine (ecstasy) Closely related products (amphetamines) are concentrated in human milk.
Marijuana (cannabis) ماری جوانا (حشیش) اثرات تکامل عصبی، تاخیر در تکامل حرکتی در یک سالگی، (لتارژی) بی حالی، تغذیه کمتر و کوتاهتر، نسبت شیر به پلاسما بالادر مصرف کنندگان سنگین.
Phencyclidine Potent hallucinogen, infant intoxication توهم زا قوی، مسمومیت شیرخوار

داروهای ضد درد :

ندرتا، دوزهای معمول کدئین که به زنان شیرده داده می شود ممکن است منجر به سطوح بالای خطرناک متابولیت فعال مورفین در شیرخواری شود که از سینه مادرش تغذیه می کند. در این رابطه مرگ شیرخوار مادری با متابولیسم فوق سریع مشاهده شده است. در این شیرخوار، سطح مورفین پس از مرگ (87 نانوگرم در میلی لیتر) بود که بسیار بیشتر از سطح معمول در یک شیرخواری بود که از سینه مادر تغذیه می شود (2.2 نانوگرم در میلی لیتر) و از محدوده درمانی برای نوزادان (10-12 نانوگرم در میلی لیتر). علاوه بر این، آپنه غیر قابل توضیح، برادیکاردی، سیانوز و تخدیر در شیرخوارانی که از سینه مادر دریافت کننده کدئین شیرمی خورند گزارش شده است. هیدروکودون نیز از طریق مسیر CYP2D6 متابولیزه می شود. بر اساس داده های فارماکوکینتیک، شیرخوارانی که از طریق شیر انسان در معرض هیدروکودون قرار می گیرند، ممکن است تا 9% از دوز نسبی مادر را دریافت کنند. استفاده از کدئین و هیدروکودون هم در

مادر شیرده و هم در شیرخوارخوارش باید محتاطانه باشد. نظارت دقیق برای علائم و نشانه های مسمومیت نوزادی و همچنین مادر توصیه می شود. یک آزمایش تجاری برای شناسایی متابولایزرها های فوق سریع هنوز به طور گسترده در دسترس نیست. بروز این ژنوتیپ خاص CYP2D6 با گروه نژادی و قومی به شرح زیر متفاوت است: چینی، ژاپنی، یا اسپانیایی، 0.5% تا 1.0%. قفقازی، 1.0% تا 10.0%؛ آفریقایی آمریکایی، 3.0%؛ و آفریقایی شمالی، ایتوپی و عربستان سعودی، 16.0% تا 28.0%.

به این دلایل، هنگامی که برای درمان درد در زن شیرده به نارکوتیک نیاز است، موادی غیر از کدئین (مانند بوتورفانول، مورفین یا هیدرومورفون) ترجیح داده می شوند. سطوح بالینی ناچیز بوتورفانول در شیر انسان دفع می شود. به نظر می رسد که مورفین توسط شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود تحمل می شود، اگرچه 1 مورد گزارش از یک شیرخوار با غلظت پلاسمایی در محدوده درمانی وجود دارد. پاکسازی مورفین از بدن در نوزادان زیر 1 ماه کاهش یافته است و تا 6 ماهگی به 80% مقادیر بزرگسالان نزدیک می شود. داده های محدودی حاکی است که مصرف هیدرومورفون برای دوره مختصر با شیردهی سازگار است. با این حال، برچسب گذاری FDA استفاده آن را منع می کند. صرف نظر از انتخاب درمان، برای به حداقل رساندن عوارض جانبی هم برای مادر و هم برای شیرخوارش، باید کمترین دوز و کوتاه ترین مدت درمان تجویز شود. تجویز دارو از طریق بیهوشی تحت کنترل بیمار یا تجویز از راه اپیدورال نیز ممکن است قرار گرفتن در معرض شیرخوار را به حداقل برساند.

سایر نارکوتیک ها مثل اکسی کدون، پنتازوسین، پروپوکسیفن و مپریدین در مادر شیرده توصیه نمی شود. مقادیر نسبتاً زیادی از اکسی کدون در شیر انسان دفع می شود، و غلظت های درمانی در پلاسمای شیرخوار مشخص شده است. سرکوب سیستم عصبی مرکزی در 20% شیرخوارانی که در طول تغذیه از سینه مادر در معرض اکسی کدون قرار گرفتند، مشاهده شده. بنابراین نباید اکسی کدون مصرف شود. اطلاعات منتشر شده محدودی در مورد پنتازوسین در دسترس است. با این حال، سرکوب تنفسی و آپنه اغلب در شیرخواران بخصوص در نوزادان یا شیرخواران نارس که با پنتازوسین درمان می شوند، رخ می دهد. پروپوکسی فن با آپنه غیرقابل توجیه، برادیکاردی و سیانوز و همچنین هیپوتونی در شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه شده اند همراه بوده است. علاوه بر این، پروپوکسیفن از بازار جمع آوری شده زیرا در دوزهای درمانی طولانی شدن قابل توجه QT رخ داده است. استفاده از مپریدین همراه کاهش هشجاری شیرخوار و احتمالاً اختلال در تغذیه از سینه مادر است. اگرچه برآورده ای مربوط به قرار گرفتن در معرض مپریدین کم است

(تقریباً 2٪ تا 3٪ از دوز تطابق یافته با وزن مادر)، نیمه عمر متابولیت فعال برای مپریدین طولانی می شود و ممکن است در خون یا بافت شیرخوار انباشته شود.

هنگامی که برای تسکین درد خفیف تا متوسط نیازی به مواد مخدر نباشد، می توان از داروهای ضد درد دیگر استفاده کرد. با فرض اینکه تسکین درد کافی است، داروهای کوتاه اثر، مانند ایبوپروفن و استامینوفن، قابل قبول هستند. اگرچه نیمه عمر ایبوپروفن ممکن است در نوزادان، بخصوص نوزادان نارس (طبق برچسب محصول) طولانی شود، حداقل مقدار ایبوپروفن در شیر انسان دفع می شود. با وجود کاهش دفع استامینوفن از بدن، سمیت کبدی در نوزادان نسبت به شیرخواران مسن کمتر شایع است، که تا حدی به دلیل سطوح پایین برخی از آنزیم های سیتوکروم P-450، که استامینوفن را به متابولیت های سمی تبدیل می کند می باشد. استامینوفن بصورت خوراکی ووریدی موجود است. اگرچه تمام داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) هشداری در مورد خونریزی گوارشی و مسمومیت بالقوه قلبی درازمدت دارند، طبق برچسب محصول آنها و Gardiner و همکاران، celecoxib, flurbiprofen, و ناپروکسن با شیردهی سازگار در نظر گرفته می شوند زیرا کمتر از 1٪ دوز نسبی شیرخوار در شیر دفع می شود. علاوه بر این شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود کمتر از 1٪ از دوز نسبی سلکوکسیب برای کودکان که برای یک کودک 2 ساله (طبق برچسب محصول) تجویز می شود را دریافت می کند. با این حال، استفاده طولانی مدت از ناپروکسن به دلیل نیمه عمر طولانی دارو و گزارش موارد خونریزی گوارشی و استفراغ توصیه نمی شود.

اجتناب از NSAID ها در شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می شوند با ضایعات قلبی وابسته به مجرای شریانی ممکن است محتاطانه باشد. اطلاعات محدود منتشر شده در مورد سایر NSAID ها (etodolac,) برچسب FDA به دلایل مختلف استفاده از آنها را منع می کند. اگرچه پیامدهای آن برای انسان ناشناخته است، غلظت ملوکسیکام در شیر حیوانات شیرده از غلظت پلازما بیشتر است. Diflunisal نیمه عمر طولانی دارد و به دلیل عوارض جانبی احتمالی از جمله آب مروارید و مرگ نوزاد حیوان توصیه نمی شود. به طور مشابه، مفنامیک اسید نیمه عمر طولانی در نوزادان نارس دارد. اشکال تزریقی و خوراکی کتورولاک به دلیل عوارض جانبی احتمالی مربوط به بسته شدن مجرای شریانی در نوزادان، طبق برچسب محصول، در زنان شیرده منع مصرف دارد. کمتر از 1٪ از اسپری بینی کتورولاک در شیر انسان دفع می

شود و برخلاف فرم های خوراکی و داخل وریدی کتورولاک، استفاده از آن منع مصرف ندارد (برچسب محصول).

Carisoprodol و متابولیت فعال آن، مپروبامات، در شیر انسان (2 تا 4 برابر غلظت پلاسمایی مادر) متمرکز می شوند. اختلال در تولید شیر مشاهده شده است، و مطالعات حیوانی نشان می دهد که استفاده مادری ممکن است منجر به تغذیه غیرفعال از سینه مادر شود (به دلیل تخدیر) و/یا کاهش تولید شیر (طبق برچسب محصول) شود.

دوزهای پایین (75-162 میلی گرم در روز) آسپیرین ممکن است قابل قبول باشد. با این حال، استفاده از آسپیرین درمانی با دوز بالا در دوران شیردهی توصیه نمی شود، زیرا غلظت سرمی سالیسیلات در شیرخواری که از سینه مادر تغذیه می شود به حدود 40 درصد غلظت های درمانی رسیده است. عوارض جانبی مانند بثورات جلدی، اختلالات پلاکتی، خونریزی و اسیدوز متابولیک نیز گزارش شده است

شیرآورها یا عواملی برای تحریک شیرسازی:

اغلب برای تسهیل شیرسازی، به ویژه برای مادران نوزادان نارس استفاده می شوند. ونیز برای القای شیرسازی خانم هایی که فرزند خوانده می گیرند. با این حال، شواهدی برای حمایت از این مواد، از جمله آنتاگونیست های دوپامین، مانند دومپریدون و متوکلوپرامید. داروهای گیاهی؛ و دستکاری هورمونی، موجود نیست. اگرچه یک مطالعه کنترل شده با دارونما (42 نفر) نشان داد که دومپریدون ممکن است حجم شیر را در مادران نوزادان نارس افزایش دهد، ایمنی مادر ثابت نشده است. FDA در ژوئن 2004 در مورد استفاده از دومپریدون تزریقی در زنان شیرده به دلیل نگرانی های ایمنی بر اساس گزارش های منتشر شده از آریتمی، ایست قلبی و مرگ ناگهانی مرتبط با درمان داخل وریدی هشدار صادر کرد. بعلاوه، درمان با دومپریدون خوراکی با طولانی شدن QT در کودکان و شیرخواران همراه است. دومپریدون یک محصول تایید شده در ایالات متحده نیست و برچسب گذاری برای فرمولاسیون های خوراکی عرضه شده در خارج از ایالات متحده استفاده در دوران شیردهی را توصیه نمی کند. چندین کارآزمایی کوچک (هر کدام با کمتر از 25 نفر) منتشر شده قبل از سال 1990 نشان داد که متوکلوپرامید غلظت پرولاکتین و/یا تولید شیر را در مادران نوزادان ترم و نارس افزایش می دهد. ولی مطالعات کنترل شده اخیر چنین چیزی را نیافتند. غلظت متوکلوپرامید در شیر انسان مشابه غلظت های درمانی در پلاسمای بزرگسالان است، و مقادیر قابل اندازه گیری را می توان در شیرخوارانی که از سینه مادر شیر می خورند تشخیص

داد. پاکسازی متوکلوپرامید از بدن نوزادان طولانی است، که ممکن است منجر به غلظت بیش از حد سرمی و خطر شرایط OVERDOSE، مثل متهموگلوبینمی شود. مورد نگرانی، افزایش غلظت پرولاکتین در 4 شیرخوار از 7 نفری که از طریق شیر مادر در معرض متوکلوپرامید قرار گرفتند. پروفایل ایمنی متوکلوپرامید شامل واکنش‌های نامطلوب مانند دیستونی، افسردگی، افکار خودکشی، و اختلالات دستگاه گوارش، و همچنین یک هشدار جعبه ای boxed warning در مورد خطر tardive dyskinesia است. این خطرات برای مادر مفید بودن این درمان را محدود می کند. یک مطالعه مقدماتی بر روی 8 زن شیرده که دهه ها پیش انجام شد، نشان داد که اسپری بینی اکسی توسین موجب افزایش شیر می شود ولی، یک کارآزمایی بزرگتر کنترل شده با دارونما روی 51 زن این مشاهدات را تایید نکرده است. اسپری بینی اکسی توسین دیگر در ایالات متحده به بازار عرضه نمی شود. به طور مشابه، گزارشات استفاده از گیاه شنبلیله برای تولید شیر توسط مطالعات کنترل شده تایید نشده است. شنبلیله حاوی کومارین است که ممکن است با NSAID ها تداخل داشته باشد. شیرخوار بوی شربت افرا نیز خواهد داد. داده های موجود استفاده روتین از سایر محصولات گیاهی مانند رازیانه برای تولید شیر پشتیبانی نمی کند. به طور خلاصه، شیرآورها نقش محدودی در تولید شیردارند و در معرض ارزیابی کامل ایمنی برای شیرخوار قرار نگرفته اند. مادران شیرده باید با متخصص شیردهی مشورت کنند و از اقدامات غیردارویی برای افزایش شیر استفاده کنند، مانند اطمینان از تکنیک مناسب، استفاده از ماساژ درمانی، افزایش دفعات دوشیدن شیر، طولانی کردن مدت پمپاژ و به حداکثر رساندن حمایت عاطفی.

گیاهان دارویی رایج

علیرغم استفاده مکرر از محصولات گیاهی در زنان شیرده (تا 43 درصد از مادران شیرده در بررسی سال 2004)، اطلاعات قابل اعتمادی در مورد ایمنی بسیاری از محصولات گیاهی وجود ندارد. محصولات گیاهی قبل از عرضه به بازار مشمول استانداردهای مشابهی برای تولید و اثربخشی و ایمنی اثبات شده نیستند. مثلاً kava و yohimbe مضر هستند و FDA هشدار صادر کرده است که مکمل‌های کاوا با آسیب شدید کبدی مرتبط است مادران شیرده به دلیل گزارش‌های مربوط به مرگ و میر در کودکان، نباید از yohimbe استفاده کنند. علاوه بر این، از سال 2008 تا 2010، FDA هر سال تعداد 10 یا بیشتر از مکمل‌های غذایی را به دلیل وجود مواد سمی اعلام نشده در مکمل فراخوان می کرد. مواد گیاهی خرده فروشی ها حاوی باقیمانده آفت کش ها بودند. اطلاعات ایمنی برای بسیاری از گیاهانی که معمولاً در دوران شیردهی استفاده می شوند، مانند بابونه، کوهوش سیاه، کوهوش آبی، درخت chaste، اکیناسه، جینسینگ،

جینکو، Hypericum (خارمریم سنت جان)، و والرین وجود ندارد. عوارض جانبی هم در شیرخواران و هم مادران گزارش شده است. برای مثال، خار مریم ممکن است باعث کولیک، خواب آلودگی یا لتارژی در شیرخواری شود که از سینه مادر تغذیه می کند، حتی به نظر نمی رسد بر تولید شیر و وزن شیرخوار تأثیر منفی بگذارد و دوز نسبی مادر و غلظت پلاسمایی شیرخوار پایین است. استفاده طولانی مدت از شنبلیله ممکن است نیاز داشته باشد نظارت بر وضعیت انعقادخون و غلظت گلوکز سرم انجام شود. به این دلایل، این محصولات گیاهی ذکر شده برای استفاده توسط زنان شیرده توصیه نمی شود. اگرچه مصرف مکمل آهن و ویتامین برای مادران شیرده تا زمانی که میزان توصیه شده روزانه بیش از حد مجاز نباشد، ایمن است، اما استفاده از سایر مکمل های غذایی ممکن است بی خطر نباشد. به عنوان مثال، ال-تریپتوفان با میوزیت ائوزینوفیلیک مرتبط است. بنابراین، پزشکان باید در مورد استفاده از محصولات گیاهی و مکمل های غذایی در زنان شیرده تحقیق کنند و به دلیل کمبود اطلاعات در دسترس، در مصرف آنها احتیاط لازم صحبت کنند.

تصویربرداری تشخیصی:

در صورت امکان، روش های تصویربرداری انتخابی باید تا زمانی که مادر دیگر شیر نمی دهد به تعویق بیفتد. برای اکثر رادیوداروها، شیردهی باید برای مدتی بر اساس میزان کاهش عامل و دزیمتری قطع شود تا از قرار گرفتن شیرخوار در معرض بیش از 1 mSv (100 mrem) جلوگیری شود. برای عواملی که ممکن است در بافت پستان متمرکز شوند، ممکن است لازم باشد از تماس نزدیک مادر با شیرخوار و در نتیجه شیردهی برای مدتی اجتناب شود، اگرچه شیر دوشیده شده که تا زمانی که رادیواکتیویته برطرف شود در یخچال نگهداری شده باشد، ممکن است بی خطر باشد. دستورالعمل های مبتنی بر مقررات کمیسیون تنظیم مقررات هسته ای و دستورالعمل های کمیسیون بین المللی حفاظت رادیولوژیک در جداول 3 و 4 ذکر شده است.

با این حال، از آنجا که تنوع قابل توجهی در رادیواکتیویته شیر وجود دارد و تماس نزدیک با شیرخوار ممکن است منجر به قرار گرفتن در معرض بیشتر شود، باید با رادیولوژیست مشورت کرد. در صورت لزوم، آزمایش فردی شیر دوشیده ممکن است انجام شود تا اطمینان حاصل شود که رادیواکتیویته قبل از شروع مجدد شیردهی به سطوح پس زمینه رسیده است.

نکته قابل توجه، از آنجایی که محصولات دارای ید نشاندار در تیروئید در حال رشد متمرکز می شوند و رادیواکتیویته پس از تصویربرداری با اکثر رادیوداروهای I131 و I125 (به استثنای I-hipurate 125) ادامه می یابد، شیردهی باید حداقل به مدت 3 هفته قطع شود. به طور مشابه، تجویز Na22 و Ga67 (گالیوم) نیز به یک وقفه طولانی مدت (3 هفته ای) در شیردهی نیاز دارد. از آنجایی که سینه شیرده نسبت به پستان غیر شیرده تمایل بیشتری به I131 دارد، زنان باید حداقل 4 هفته قبل از whole-body procedures با I131 شیردهی را قطع کنند و پس از آن نیز شیردهی را قطع کنند. انجام این کار باعث کاهش دوز تشعشع و خطر بالقوه سرطان در پستان مادر می شود. به طور سنتی، به زنان شیردهی که گادولینیوم داخل عروقی یا ماده حاجب ید دار دریافت می کنند (بر خلاف ید نشاندار رادیواکتیو) توصیه می شود شیردهی را به مدت 24 ساعت قطع کنند. با این حال، حداقل مقدار (0.04%) از دوز داخل وریدی به شیر انسان می رسد و از این مقدار کمتر از 1% تا 2 درصد توسط شیرخوار جذب می شود. بنابراین، پس از مصرف ماده حاجب یددار یا گادولینیوم، می توان شیردهی را بدون وقفه ادامه داد.

TABLE 3 Radioactive Compounds That May Require Temporary Cessation of Breastfeeding: Recommendations of the International Commission on Radiologic Protection

Compound	Examples	Example of Procedures	Recommended Time for Cessation of Breastfeeding	Comments
4C-labeled	Triolein, glycocholic acid, urea	Helicobacter pylori breath test	None	No approved US products
99mTc-labeled	DMSA, DTPA, phosphonates	Multiple: imaging of kidney, bone,	0 to 4 h, as long as no free pertechnetate	Consider discarding at least 1 meal

	(MDP), PYP, tetrofosmin Microspheres, pertechnetate, WBC Sulfur-colloids, RBC in vivo	lung, heart, tumors	12-24h 6h	after procedure Range depends on dose
I-labeled	123I, 125I or 131I-iodohippurate	Thyroid imaging	12 h	Note: whole-body irradiation with 131I requires prolonged cessation
others	11C- 11N or 11O-labeled 57Co-labeled vitamin B12 18F-FDG	PET scans Scilling test PET scans	None 24h None,first feeding should	Short physical half-life Propoxy2005 119

	51Cr-EDTA	Renal imaging	be expressed breast milk to avoid direct contact 120	Use alternatives for 10 half- lives (10×10 ⁹ min= 18 h) ^a
	81mKr-gas	Pulmonary imaging	Non	
	82Rb chloride	PET scan of myocardium	None	
	111In- octreotide	SPECT, neuroendocrine tumors	May resume 1 h after last infusion	No approved US products Half-life 75 s ^a
	111In -WBC			
	133Xe	Cardiac, pulmonary, and	1 wk None	

		cerebral imaging		Depends on dose Half-life 5 d a
--	--	------------------	--	---

DMSA, dimercaptosuccinic acid; DTPA, diethylenetriaminepentaacetate; EDTA, ethylenediaminetetraacetic acid; FDG, fludeoxyglucose; PET, positron emission tomography; PYP, pyrophosphate; RBC, red blood cell; SPECT, single-photon emission computed tomography; WBC, white blood cell. **a** FDA-approved drug labeling.

TABLE 4 Radioactive Compounds Requiring Prolonged Cessation of Breastfeeding

Compound	Examples	Example of Procedures	Recommended Time for Cessation of Breastfeeding	Comments
I-labeled	123I-BMIPP, -HSA, -IPPA, -MIBG, -NaI, or HAS 131I-MIBG or -NAL	Imaging of tumors	Greater than 3 wk	Essentially need to stop breastfeeding

Others	²⁰¹Tl-chloride	Cardiac imaging	48 h to 2 wk	Half-life 73 h
	⁶⁷Ga-citrate	Image of tumor	1WK to 1 month	Depends on dose
	²²Na, ⁷⁵Se		Greater than 3 wk	Essentially need to stop breastfeeding

Use of expressed human milk recommended because of exposure via direct contact.¹²⁰ BMIPP, β -methyl-p-iodophenyl-pentadecanoic acid; HSA, human serum albumin; IPPA, iodophenylpentadecanoic; MIBG, metaiodobenzylguanidine; NaI, sodium iodide. a FDA-approved drug labeling.

شیردهی و واکسن ها

به استثنای موارد نادر، ایمن سازی مادر هیچ مشکلی برای شیرخوار ایجاد نمی کند، اگرچه سوالاتی در مورد 2 موضوع شیردهی و ایمن سازی اغلب مطرح می شود: تأثیر شیردهی بر پاسخ ایمنی شیرخوار به واکسن و اثر نامطلوب احتمالی واکسیناسیون مادر بر شیرخوار. تغذیه از سینه مادر علیرغم وجود پادتن در شیرمادر تداخلی در پاسخ ایمنی شیرخوار به اکثر واکسن های روتین (مانند سم دیفتیری و کزاز و واکسن سیاه سرفه بدون سلول، واکسن پولیوی غیرفعال، واکسن هپاتیت B ندارد. میزان Seroconversion بین شیرخوارانی که با شیر مادر و شیر خشک تغذیه می شوند در دریافت کنندگان واکسن روتاویروس مشابه است. با این حال، به نظر می رسد که کارایی واکسن برای گاستروانتریت شدید روتاویروس در شیرخواران فرمولا خوار در مقایسه با شیرخوارانی که فقط با شیر مادر تغذیه می شوند، بیشتر است، به ویژه در فصل دوم (98% در مقابل 88%) که تغذیه از سینه مادر قطع شده است. محافظت در سال اول مشابه است. شیردهی

پاسخ آنتی بادی به واکسن های پنوموکوک و هموفیلوس آنفلوانزا نوع b را افزایش می دهد. ممکن است تغذیه از سینه مادر بروز تب بعد از واکسیناسیون شیرخوار را کاهش دهد.

زمان تغذیه شیرخوار (از جمله شیر انسان) نسبت به ایمن سازی، حتی برای واکسن های زنده، مانند روتاویروس، محدود نیست. زنان شیرده ممکن است نیاز به واکسیناسیون داشته باشند. تجویز واکسن های غیرفعال مثل

(tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, acellular pertussis vaccine; inactivated poliovirus vaccine; influenza; hepatitis vaccine; HBV; human papillomavirus vaccine [HPV]))

به مادرشیرده خطری برای فرزندش ایجاد نمی کند. چندین واکسن مانند توکسوئید کزاز، دیفتیری و واکسن سیاه سرفه بدون سلول و واکسن آنفلوانزا برای محافظت از شیرخوار و همچنین مادر در دوران پس از زایمان برای مادر توصیه می شود. سایر واکسن های معمولی مانند HPV، واکسن هپاتیت A و HBV را می توان به مادر شیرده تزریق کرد. ایمن سازی HPV برای زنان کمتر از 27 سال توصیه می شود. بروز عوارض جانبی در شیرخوار طی 30 روز پس از ایمن سازی مادر با HPV مشابه شیرخواران زنان دریافت کننده کنترل بود به جز بیماری حاد تنفسی (طبق برچسب گارداسیل). از این رو، هنگام ایمن سازی مادران شیرخوارانی که در برابر بیماری های تنفسی آسیب پذیر هستند (مانند شیرخواران نارس، بیماری قلبی مادرزادی، مشکلات مزمن تنفسی) باید احتیاط کرد. بیشتر واکسن های زنده با ترشح ویروس در شیر همراه نیستند. به عنوان مثال، علیرغم seroconversion مادر، نه ویروس آبله مرغان و نه آنتی بادی برای DNA آن در شیرخواران تغذیه شونده از سینه مادر دیده نشده. اگرچه سرخجه ضعیف شده می تواند در شیر انسان ترشح شود و به شیرخوار منتقل شود، بیماری معمولاً بدون علامت یا خفیف است. در نتیجه، ایمن سازی پس از زایمان با واکسن سرخک، اوریون، سرخجه برای زنانی که ایمنی ندارند، به ویژه در برابر سرخجه توصیه می شود.

اما خطر قرارگیری در معرض واکسن آبله وابتلا به vaccinia یا آنسفالیت پس از واکسن تب زرد وجود دارد. دو مورد مننژوانسفالیت در شیرمادرخوارانی که مادرانشان در برابر تب زرد واکسینه شده بودند گزارش شده است. بنابراین، اکثر واکسن ها، به استثنای واکسن آبله یا تب زرد، که در شرایط غیر اورژانسی منع مصرف دارند، را می توان در دوران شیردهی تجویز کرد.

خلاصه:

فواید تغذیه شیرخوار از سینه مادر بیشتر از خطر مواجهه با بیشتر عوامل درمانی از طریق شیر انسان است. اگرچه اکثر داروها و عوامل درمانی مادر برای شیرخوار تأثیری ندارند، اما در نظر گرفتن دقیق نسبت خطر / منفعت فردی برای برخی از عوامل ضروری است، به ویژه آنهایی که در شیر انسان تجمع یا متمرکز هستند، منجر به قرار گرفتن شیرخوار در معرض دارو می شود که ممکن است از نظر بالینی مهم باشد برپایه دوز نسبی شیرخوار یا قابل تشخیص بر اساس غلظت سرمی.. همچنین در مورد داروها و عواملی با فواید اثبات نشده، با نیمه عمر طولانی که ممکن است به تجمع دارو منجر شود یا سمیت شناخته شده برای مادر یا شیرخوار دارد که باید احتیاط شود. علاوه بر این، بعضی شیرخواران خاص ممکن است به دلیل عملکرد بلوغ نیافته ارگان خاص (به عنوان مثال، نوزادیا شیرخوارنارس) یا شرایط پزشکی زمینه ای، در برابر عوارض جانبی آسیب پذیرتر باشند. چندین منبع عالی برای پزشک اطفال در دسترس است، از جمله برجسب گذاری محصول و پایگاه LactMed. مشاوره با یک متخصص بخصوص هنگام استفاده از رادیوداروها، داروهای درمان سرطان، یا سایر روش های درمانی که توسط LactMed مورد توجه قرار نگرفته است، در نظر باشد. اطلاعات اضافی در مورد موضوعات خارج از محدوده این گزارش، مانند عوامل محیطی، را می توان از ویرایش سوم کتاب درسی AAP بهداشت محیط اطفال به دست آورد.

ضمیمه H شیر انسان و تغذیه از سینه مادر برای نوزادان با وزن بسیار کم هنگام تولد Promoting

Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant-AAP

Margaret G. Parker, MD, MPH,^a Lisa M. Stellwagen, MD,^{b,c} Lawrence Noble, MD,^{d,e} Jae H. Kim, MD, PhD,^f Brenda B. Poindexter, MD,^g Karen M. Puopolo, MD, PhD,^h SECTION ON BREASTFEEDING, COMMITTEE ON NUTRITION, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

برای نوزاد بستری با وزن تولد بسیار کم (VLBW) (1500# گرم) در NICU ارائه شیرمادر خودش مزایای سلامتی کوتاه مدت و بلندمدت دارد. شیر مادر خودش، که به طور مناسب غنی شده باشد، منبع تغذیه ای مناسب و مطلوب برای نوزادان VLBW است. باید هر مادری اطلاعاتی در مورد اهمیت حیاتی شیر خودش برای سلامت نوزاد VLBW دریافت کند. شیر پاستوریزه اهدایی انسانی زمانی توصیه می شود که شیر مادرش در دسترس یا کافی نباشد. پرسنل نوزادان می توانند از شیردهی در NICU حمایت کنند و با ارائه حمایت های لازم برای دوشیدن زودهنگام و مکرر شیر و تسهیل تماس پوست به پوست و تغذیه مستقیم از سینه مادر، در صورت لزوم، تفاوت های ارائه خدمات و حمایت از سلامت همه را به طور بالقوه در تأمین شیر مادر خود نوزاد ارتقا دهند و تبعیضی وجود نداشته باشد. ترویج شیر انسان و تغذیه از سینه مادر برای نوزادان VLBW مستلزم اتخاذ روش های حمایت از شیردهی به صورت چند تخصصی و گسترده است.

بیان مشکل :

تهیه شیر خود مادر برای نوزادان بستری با وزن بسیار کم (VLBW) (1500# گرم) در NICU مزایای سلامتی کوتاه مدت و بلندمدت دارد. مادران نوزادان خیلی نارس با چالش های زیادی در تأمین شیر خودشان مواجه هستند. هدف از این گزارش بالینی ارائه اطلاعات به روز به پزشکان نوزاد در مورد حمایت شیردهی در NICU برای مادران نوزادان VLBW است.

اطلاعات زمینه ای

اپیدمیولوژی

داده های ملی از بیش از 800 NICU که در همکاری با کیفیت شبکه Vermont Oxford شرکت می کنند نشان داد که ارائه شیر انسان در هنگام ترخیص در میان نوزادان VLBW از 44 درصد در سال

2008 به 52 درصد در سال 2017 افزایش یافته است، اما تفاوت ها بر اساس نژاد و قومیت مادر و منطقه سرشماری ادامه دارد. عرضه شیر انسان در جمعیت های سیاه پوست غیر اسپانیایی و سرخپوستان آمریکایی/ آلاسکا بومی و در منطقه جنوبی ایالات متحده کمترین میزان است (شکل 1). در حال حاضر، هیچ مکانیسمی برای نظارت ملی بر شیوه های بیمارستانی برای حمایت از تغذیه از سینه مادر در نوزادان VLBW وجود ندارد، اگرچه چنین نظارتی به طور متناوب در سطح NICU ایالتی یا خصوصی انجام شده است. از این پس به تعاریف جدول 1 در مورد شیر توجه داشته باشید.

جدول 1 تعاریف و ترمینولوژی در مورد شیر

Mother's own milk	Milk from an infant's own mother
Pasteurized donor milk	Breast milk donated to a milk bank and pasteurized to eliminate pathogens
Informally shared milk	Unpasteurized milk from another infant's mother
Human milk	Mother's own milk or pasteurized donor milk
Bovine-derived HMF	Cow's milk protein-based nutritional fortifier for human milk
Human-derived HMF	Human milk protein-based nutritional fortifier for human milk
Exclusive human milk diet	Mother's own milk or pasteurized donor milk with a human-derived HMF

پیامدهای سلامت :

شیر مادر حاوی درشت مغذی ها و ریز مغذی ها و همچنین اجزای بیولوژیکی فعال از جمله ایمونوگلوبولین ها، سایتوکین ها، فاکتورهای رشد، هورمون ها، عوامل ضد میکروبی، سلول های ایمنی، سلول های بنیادی، و الیگوساکاریدهای پره بیوتیک است. بخش قابل توجهی از میکروبیوم شیر مادر شامل باکتری های پروبیوتیک است. شیرمادر نوزاد منافع متعددی برای نوزاد VLBW دارد از جمله کاهش NEC، سپسیس دیررس، بیماری مزمن ریه، رتینوپاتی پرمچوریتی و اختلالات neurodevelopmental (جدول 2 و 3). به طور کلی، دوزهای بیشتر شیر مادرش با افزایش مزایای سلامتی همراه است. با این حال، نتایج در میان مطالعات بسیار متغیر است (جدول 2) و اطلاعات کمی در مورد مقایسه نوزادانی که منحصراً با شیر خود مادر، شیر پاستوریزه اهدایی یا شیر خشک نارس تغذیه می شوند، وجود دارد.

برای نوزادان VLBW زمانی که شیر خود مادر در دسترس نیست شیر اهدایی پاستوریزه توصیه می شود. با این حال، پاستوریزاسیون، چرخه های انجماد و ذوب، تغییرات چندگانه ظروف و زمان های نگهداری طولانی مدت برای فرایند سازی شیر اهدایی، (bioactivity) فعالیت زیستی را کاهش می دهد. هنگامی که به عنوان یک رژیم غذایی انحصاری یا در ترکیب با تغذیه با شیر خود مادر ارائه شود، شیر اهداکننده پاستوریزه در برابر NEC محافظت می کند اما به نظر نمی رسد که مزایای سلامتی اضافی که با شیر خود مادر گزارش شده، مانند کاهش سپسیس دیررس یا بهبود در neurodevelopment را به همراه داشته باشد. شیر پاستوریزه اهدایی ممکن است یک پل در نظر گرفته شود تا زمانی که شیر مادر خودش به طور کامل تامین شود.

اگرچه مزایای رژیم غذایی مبتنی بر شیر انسان برای نوزادان نارس ثابت شده است، مطالعاتی که تأثیر رژیم انحصاری شیر انسان را بر خطر ابتلا به NEC در مقابل رژیم غذایی حاوی هر گونه اجزای گاوی (شیر خشک نوزاد نارس یا HMF گاوی) نتایج متفاوتی داشته اند (جدول 3). چندین کارآزمایی تصادفی کنترلی (RCTs) و مطالعات مشاهده ای کاهش NEC را زمانی که نوزادان نارس رژیم انحصاری شیر انسان در مقابل رژیم غذایی با هر شیرخشک گاوی یا HMF مشتق از شیرگاو دریافت کردند نشان داده است. این داده ها با بزرگترین RCT یک رژیم غذایی انحصاری شیر انسان شامل 127 نوزاد با وزن هنگام تولد کمتر از 1250 گرم که HMF مشتق شده از گاو را به عنوان مکمل شیر مادر یا شیر پاستوریزه اهدایی دریافت کردند، که هیچ تفاوتی بین گروه ها در تحمل تغذیه یا NEC پیدا نکرد. مطالعه ای در مورد تفاوت HMF شیر انسانی با HMF پروتئین هیدرولیز شده گاوی در زمان این گزارش در دسترس نیست.

مراقبت از شیردهی مادران برای نوزاد VLBW

حمایت از شیردهی مادران نوزادان بسیار نارس در مقایسه با مادران نوزادان رسیده احتمال بیشتری برای شروع شیردهی دارند، با این حال بسیاری از این مادران به اهداف تغذیه مورد نظر خود نمی‌رسند. عوارض پزشکی مرتبط با بارداری این مادران که ممکن است به تاخیر در لاکتوژنز و/یا کاهش تولید شیر کمک کند، جدایی طولانی مدت مادر و نوزاد، وابستگی به پمپاژ برای حفظ تولید شیر، به جای شیردهی مستقیم. و محدودیت زمان که مانع از دوشیدن مکرر شیر و عدم مراجعه به NICU می‌شود، شاید به علت بازگشت به کار و مراقبت از سایر کودکان و اعضای خانواده، تیم‌های تخصصی چند رشته‌ای در NICU می‌توانند نقش مهمی در حمایت مداوم از شیردهی با ارائه آموزش، حمایت‌های موسسه‌ای برای تولید و تامین شیر، و اقدامات پزشکی که از شیر سازی و شیردهی حمایت می‌کند دارند.

آموزش و مشاوره در دوران شیردهی :

نشان داده شده است که آموزش خانواده باعث افزایش شیردهی و کاهش اضطراب مادر می‌شود. آموزش پرسنل در این رابطه موجب دانش افزایی و تغییر باورها و عقایدشان در مورد استفاده از شیر انسان در نوزادان نارس می‌شود. مشاوران شیردهی در دسترس با تجربه NICU، حمایت مادر را در دوران شیردهی بهبود می‌بخشند. با این حال، پرستاران بالینی هم بطور قابل توجهی آموزش شیردهی و تقویت آموزش را موجب می‌شوند. برای نوزادان VLBW، آموزش خانواده شامل مطلع نمودن آنها از اهمیت و منافع شیرخود مادر برای سلامت شیرخوار، نیاز به دوشیدن زودهنگام و مکرر شیر، نقش تماس پوست با پوست (SSC)، مکیدن غیر تغذیه‌ای و شیردهی مستقیم در زمانی که بطور فیزیولوژیک مناسب باشد، و اطلاعات فنی در مورد حمل، نگهداری و حمل صحیح شیر حائز اهمیت است. کارکنان NICU نیاز به آشنایی با مهارت‌های فنی دوشیدن با دست، پمپاژ کردن، و پیشرفت تدریجی از لوله معده به تغذیه دهانی از سینه مادر دارند. مراقبت خانواده محور، درگیر شدن خانواده در مراقبت‌های پزشکی را ارتقا می‌دهند و طول مدت شیردهی را بهبود می‌بخشند.

دوشیدن شیر: زمان، دفعات و روش :

شروع زودهنگام دوشیدن شیر بلافاصله پس از تولد گرچه که زمان مطلوب نامشخص است، حائز اهمیت است در تحریک تولید شیر و شروع زودهنگام تغذیه، و اثرات مفید بر نوزاد VLBW. یک مطالعه مشاهده‌ای چندسایتی روی 1157 زوج مادر نوزاد- VLBW نشان داد که اولین دوشیدن ظرف 8 ساعت پس از

تولد بیشترین احتمال شیردهی را تا زمان ترخیص از بیمارستان پیش‌بینی می‌کند. یک مطالعه RCT 180 مادر که اولین دوشیدن را 1 تا 60 دقیقه، 61 تا 180 دقیقه و 181 تا 360 دقیقه پس از تولد انجام دادند تفاوتی در شیردهی در 6 هفتگی یا شیردهی در هنگام ترخیص مشاهده نشد، اما در گروهی که شیر دوشی در 181-360 دقیقه انجام شده بود حجم بیشتری از تولید شیر در 6 هفته اول مشاهده شد. مشخص نیست که آیا دوشیدن دستی یا استفاده از پمپ سینه برای دوشیدن اولیه بهترین است. یک مطالعه روی 11 مادر گزارش داد که دوشیدن با دست در 48 ساعت اول بهتر بود، اما یک RCT بزرگتر دوشیدن با دست در مقایسه با پمپاژ برای 7 روز اول پس از تولد گزارش داد که پمپاژ بهتر است.

در مطالعات مشاهده ای، دوشیدن مکرر شیر همراه مدت زمان طولانی‌تر تولید شیر و حجم شیر بیشتر در طول بستری شدن در NICU است. با این حال، تعیین دفعات مطلوب دوشیدن شیر دشوار است زیرا مطالعات در نقاط برش دفعات دوشیدن (4 تا 7 بار در روز) متفاوت است. دوشیدن مکرر برای حفظ تداوم تولید شیر لازم است. نشان داده شده است که تولید 500 میلی لیتر شیر در روز در روز 14 پس از تولد، همراه مدت طولانی‌تر تولید شیر در طول بستری شدن در NICU در مادران نوزادان VLBW است. در صورت امکان در بیمارستان و منزل از شیردوش دوقلوی برقی موثر استفاده کنند، زیرا این پمپ ها نسبت به پمپ های دستی برتری دارند. قبل از ترخیص استفاده از شیردوش توسط پرسنل آموزش داده شود که با قدرت مکش، دردهنگام دوشیدن و رابط پستانی مناسب شیردوش آشنا شوند. مادران تشویق شوند که با وسایلی برای محافظت از حریم خصوصی در کنار نوزادان پمپاژ کنند. زیرا هنگامی که مادران در تماس نزدیک با نوزادشان پمپ می کنند، حجم شیر بیشتری گزارش شده است. با این حال، برای بعضی مادران دوشیدن در اتاق شیردهی مرکزی راحت تر است. یک مطالعه مشاهده‌ای تک مرکزی نشان داد که مادران نوزادانی که در کمتر از 31 هفته حاملگی متولد شده اند پس از آموزش دوشیدن دستی در حین پمپاژ (یعنی «دست روی پمپ» "hands on pumping")، افزایش حجم شیر نشان دادند اما این یافته در RCT مورد بررسی قرار نگرفته است. مادران نیاز به آموزش مناسب برای ذخیره شیر و انتقال شیر دارند و اینکه جمع آوری در ظروف سفت و با درجه غذایی انجام شود. برنامه های فردی برای تولید شیر پس از ترخیص از بیمارستان با همکاری کارکنان و مشاوران شیردهی تهیه شود.

اقدامات NICU در حمایت از شیردهی

بررسی های اخیر مطالعاتی که (SSC) تماس پوست با پوست را در نوزاد مادر- VLBW بررسی می کند، تأثیر مثبت SSC را بر مدت زمان تولید شیرمادر و همچنین سایر پیامدهای مهم نوزادی نشان می دهد.

SSC زودهنگام با تغییرات در میکروبیوم دهانی شیرخوار مرتبط است که ممکن است پیامدهایی برای سلامت سیستم ایمنی بدن داشته باشد. در گزارش قبلی AAP راهنمایی هایی را برای SSC ارائه می دهد. اعضای خانواده می توانند بسته به شرایط بالینی نوزاد تا حد امکان و تا زمانی که می خواهند در SSC شرکت کنند. SSC را می توان به طور ایمن در نوزادانی که و نتیله هستند و آنها که فشار مثبت مداوم راه هوایی دریافت می کنند و نوزادانی که کاتترهای مرکزی ایمن دارند انجام داد. ممکن است تسهیل SSC نیاز به کمک ارائه دهنده های تخصص های مختلف بیمارستان، از جمله درمانگران تنفسی نیاز داشته باشد. پایش مداوم قلب و عروق و پایش برای قرارگیری صحیح سر برای حفظ باز بودن راه هوایی مورد نیاز است.

مراقبت دهانی با آغوز عبارتست از قرار دادن مقادیر کم آغوز بر روی مخاط دهان (بوکال نوزاد)، اغلب در اولین ساعات پس از تولد قبل از شروع تغذیه روده ای. اکثر مادران می توانند برای این منظور آغوز ارائه کنند، حتی اگر خود مادر بیماری قابل توجهی داشته باشد. تحقیقات در این زمینه در حال ظهور است. متآنالیز اخیر Cochrane از 6 مطالعه کوچک گزارش داد که مراقبت دهانی با آغوز با کاهش روزهای شروع تغذیه روده ای همراه بود (میانگین اختلاف: -2.58 - [95% فاصله اطمینان: -4.01 تا -1.14]) اما با کاهش NEC، سپسیس با شروع دیررس یا مرگ و میر همراه نبود. هیچ عارضه نامطلوبی گزارش نشده است. تحقیقات هنوز تأثیر مراقبت دهانی با آغوز را برای شیر خود مادر یا مشارکت خانواده بعد از بستری شدن در NICU بررسی نکرده است؟؟

research has not yet examined the impact of oral colostrum care in mother's own ?
milk provision or family engagement later in the NICU hospitalization

انتقال به شیردهی مستقیم :

مطالعات مشاهده ای نشان می دهد که تغذیه اولیه از طریق پستان، شیردهی مکرر و سن داخل رحمی زودتر در زمان اولین تغذیه پستانی همراه شیردهی طولانی تر (with longer duration of breastfeeding) در طول دوره بیمارستان و پس از ترخیص است. علیرغم این مزایای بالقوه، موانع قابل توجهی مانع از شیردهی در NICU می شود، مثل طول کشیدن هماهنگی بلوغ oromotor، جدایی مادر از نوزاد، و نیاز به غنی سازی شیر خود مادر برای بهینه سازی رشد. می توان مادران را تشویق کرد که به محض اینکه نوزاد آمادگی فیزیولوژیکی خود را نشان داد (یعنی نشانه های تغذیه) و سطح حمایت و محافظت تنفسی

شیرخوار (infant's level of respiratory support) اجازه تغذیه دهانی را می دهد، تغذیه دهانی را از پستان شروع کنند. تغذیه پستانی از سن 31 تا 33 هفته پس از قاعدگی مورد مطالعه قرار گرفته است. تغذیه مستقیم از سینه مادر می تواند هر چند وقت یکبار که شرایط نوزاد و حضور مادر اجازه دهد رخ دهد. اندازه گیری وزن قبل و بعد از شیر خوردن می تواند برای نظارت بر انتقال شیر مورد استفاده قرار گیرد.

رویکردهای مبتنی بر تیم چند تخصصی:

تیم متشکل از رشته های مختلف، از جمله پرستاران، متخصصین تغذیه از سینه، پزشکان، متخصصان تغذیه، و درمانگران تغذیه می توانند به بهترین وجه از مادران شیرده حمایت کنند. ابتکارات ساختاری بهبود کیفیت محلی و ایالتی با تمرکز بر پذیرش شیوه های حمایت از شیردهی بیمارستانی توسط تیم های چند رشته ای، میزان شیردهی را با موفقیت افزایش داده است. تسهیل کنندگان موثر تیم های چند رشته ای پشتیبانی شیردهی NICU شامل موارد زیر است: ارتباط مستمر با خانواده ها و کارکنان بیمارستان، پذیرش پزشک، ادغام شیوه های پشتیبانی شیردهی در گردش کار روزانه، و باز خورد مستمر مبتنی بر داده ها.

برابری و عدالت در سلامت:

نابرابری های نژادی و قومیتی در ارائه شیر مادر و شیر اهدایی پاستوریزه برای نوزادان VLBW به خوبی توصیف شده است. استفاده از شیر انسان در نوزادان VLBW با مادران سیاه پوست غیر اسپانیایی در مقایسه با نوزادان با مادران سفیدپوست غیر اسپانیایی کمتر است. نشان داده شده است که رویکردهای اضافی برای کاهش نابرابری های سیاه و سفید در شیردهی در بخش NICU، از جمله برنامه های مشاور همتا و گروه های حمایتی، کمک در تهیه شیردوش برقی، و حمل و نقل مادر برای مراجعه به بیمارستان وجود دارد.

نیازهای رشد و مقوی و مغذی سازی شیرانسان برای شیرخواران VLBW :

هدف تغذیه برای نوزادان نارس بستری در بیمارستان، مطابقت دادن با افزایش مواد مغذی دوران جنینی است. اگر نباشد رشد نامناسب و ضعیف همچنان بر اکثر نوزادان VLBW بستری در بیمارستان تأثیر می گذارد. نیازهای تغذیه ای را نمی توان تنها با شیر انسان در حجم شیری که معمولاً توسط نوزادان VLBW تحمل می شود، برآورده کرد، زیرا نیازهای پروتئین، انرژی، اسیدهای چرب، مواد معدنی و ریزمغذی ها بیشتر از نوزادان رسیده سالم است. بنابراین، فورتیفایرهای دارای مواد مغذی مختلف به شیر انسان که به نوزادان VLBW بستری در بیمارستان داده می شود، اضافه می شوند. ارائه اطلاعاتی در مورد استفاده از

HMF به مادران، با تاکید بر نقش حیاتی شیر انسان علیرغم نیاز به غنی سازی برای بهینه سازی رشد و تکامل مفید است.

ترکیب درشت مغذی شیر نارس، رسیده و اهدایی پاستوریزه متغیر است (شکل 2)، همچنان که نیازهای تک تک نوزادان متغیر است، و بنابراین، نظارت و پایش روتین رشد و تغذیه مورد نیاز است. به طور کلی، شیر مادران نوزادان نارس تا حدود 10 تا 12 هفته پس از تولد دارای محتوای پروتئین بالاتری نسبت به شیر مادران نوزادان رسیده است، اما همچنان حاوی کمتر از مقدار توصیه شده برای نوزادان نارس است (شکل 2). محتوای درشت مغذی شیر پاستوریزه اهدایی اغلب کمتر از شیری است که توسط مادران نوزادان نارس تولید می شود، به طوری که شیرخوارانی که بعنوان کمکی شیر اهدایی پاستوریزه دریافت می کنند، حتی با افزودن فورتیفایر ها، بیشتر در معرض خطر اختلال رشد هستند. پاستوریزاسیون به روش Holder منجر به از دست دادن فعالیت لپاز می شود، که هضم چربی را کاهش می دهد، که خطر اختلال رشد را بیشتر می کند. نشان داده شده است که روش Retort، که یکی دیگر از روش های پاستوریزاسیون برای شیر اهدایی است، لیزوزیم و ایمونوگلوبولین ترشی A را کاهش می دهد.

به طور کلی، شیر پاستوریزه اهدایی از نظر تغذیه ای نسبت به شیر مادر خودش ضعیف تر می باشد و این مطلب باعث می شود که مادر را برای حداکثر شیرسازی حمایت کنیم. HMF های مشتق شده از شیرگاو و انسان به صورت تجاری در دسترس هستند و از نظر محتوای درشت مغذی ها و درجه هیدرولیز پروتئین متفاوت هستند. در ایالات متحده، به دلیل گزارش هایی مبنی بر آلودگی باکتریایی پودر شیر خشک و انتقال Cronobacter (Enterobacter) sakazakii در طول دوره بیمارستان، استفاده از فورتیفایر مایع صورت گرفته است که استریل هستند و بصورت یک وعده ای تهیه شده اند. HMF های گاوی جدیدتر پروتئین هیدرولیز شده را در غلظت های بالاتر نسبت به HMF های پودر قبلی با پروتئین های دست نخورده فراهم می کنند که با رشد بهتر همراه بوده است. ممکنست طی فرایند استریل سازی اسیدیفیه شوند. کارآزمایی با مقایسه HMF های اسیدی شده با مایع غیر اسیدی رشد مشابهی را نشان داد اما اسیدوز متابولیک گذرا را در نوزادان VLBW دریافت کننده HMFs اسیدی شده نشان داد. زمان مطلوب فورتیفیکاسیون مشخص نیست. ولی چندین RCT اخیر فورتیفیکاسیون با حجم کمتر از 80 سی سی/کیلو در روز هیچ ارتباطی با عدم تحمل تغذیه یا NEC نشان نداد. الگوریتم های فورتیفیکاسیون قابل تنظیم بر اساس نشانگرهایی مانند نیترژن اوره سرم ممکن است رشد را بهبود بخشد. آنالیزهای شیر با نقطه مراقبت سریع که درشت مغذی

شیر را برای تسهیل غنی سازی فردی اندازه گیری می کنند، در حال ظهور هستند و برای استفاده بالینی در دسترس هستند.

HUMAN MILK SAFETY ایمنی شیر انسان

باید مراکز مراقبت ویژه نوزادان برای آماده سازی و ذخیره شیر پروتکل های سازمانی و آموزش والدین در مورد تمیز کردن پمپ و کیت شیردوش و همچنین شیوه های نگهداری، جابجایی و حمل و نقل شیر داشته باشند. دستورالعمل ذخیره شیر در جدول 4 موجود است. شیر تازه خواص بیواکتیو شیر را به حداکثر نگه می دارد در حالی که با انجماد کاهش می یابد. اشتباهات در تجویز شیر (دادن شیر به نوزاد از یک مادر غیر مرتبط) به خوبی ثبت می شود و NICU پروتکل های مشخص سایتی برای کاهش خطر چنین خطاهایی دارد. . راستی آزمایی دو ارائه دهنده و همچنین استفاده از سیستم های مشابه بار کد گذاری تجویز الکترونیکی داروها ، روش های ممکن برای جلوگیری از تجویز نادرست شیر هستند. CDC راهنمایی هایی را برای مواردی ارائه می کنند که مصرف اشتباه شیر رخ داده است (https://www.cdc.gov/milkfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm).

شیر گرم کن های کنترل شده با درجه حرارت را می توان برای تسهیل روش های گرم کردن ایمن استفاده کرد.

اشتراک غیررسمی شیر:

اشتراک غیرتجاری شیر انسان بین مادران به منظور تغذیه شیرخوار صورت می گیرد. این عمل در ایالات متحده در حال افزایش است. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند خانواده ها را از اشتراک مستقیم شیر و خرید شیر انسان از منابع مبتنی بر اینترنت منع کنند. هر دو روش با خطرات آلودگی باکتریایی یا ویروسی شیر غیرپاستوریزه و احتمال قرار گرفتن در معرض داروها و مواد دیگر همراه هستند. اشتراک غیررسمی شیر ممکن است شامل شیوه های مراقبت و ذخیره سازی و نگهداری غیرمطلوب باشد که ممکن است احتمال آلودگی باکتریایی را افزایش دهد. علیرغم مشاوره ، برخی از مادران نوزادان VLBW به برنامه ریزی برای اشتراک غیررسمی شیر ادامه خواهند داد. مادران تشویق می شوند که این موضوع را آشکارا با تیم مراقبت از نوزاد در میان بگذارند. برخی از موسسات از والدین می خواهند که رضایت آگاهانه برای استفاده بیمارستانی از شیر مشترک غیررسمی را امضا کنند تا آگاهی از خطرات مرتبط را مستند کنند.

موارد منع مصرف :

موارد منع تغذیه از سینه مادر به تفصیل در انتشارات قبلی AAP ارائه شده . ارائه دهندگان ممکن است از LactMed، که یک منبع اطلاعاتی مبتنی بر وب که توسط کتابخانه ملی پزشکی و مؤسسه ملی بهداشت منتشر شده است، یا سایر منابع راهنمایی منتشر شده معتبر برای مشاوره مادران شیرده در هنگام دریافت داروها استفاده کنند. به طور کلی، مطالعاتی که به بررسی اثرات داروهای مادر در شیر خودش می پردازد برای نوزادان VLBW انجام نشده است. بنابراین، ارائه دهندگان باید خطرات قرار گرفتن در معرض داروهای مادر را با مزایای شیر خود مادر در تصمیم گیری بالینی بسنجند.

Cytomegalovirus سیتومگالوویروس :

سیتومگالوویروس (CMV) یک ویروس DNA دو رشته ای است که در همه جا حاضر است که 60 تا 70 درصد زنان آمریکایی قبل از بارداری به آن مبتلا می شوند. اکثر زنان که ایمونوگلوبولین G-مثبت برای این ویروس هستند آن را در خلال شیردهی از شیر دفع می کنند. شیر مادر منبع اصلی انتقال CMV در نوزادان ترم است و تقریباً تمام نوزادان ترم که در دوران شیردهی مادر به CMV مبتلا می شوند بدون علامت بیماری را کسب می کنند. در مقابل در نوزادان نارس که عفونت سیتومگالوویروس را پس از تولد می گیرند (pCMV) می تواند با یک بیماری شبه سپسیس، مریبیدی و ندرتا مرتالیتی همراه باشد. تظاهرات آن می تواند شامل آپنه، پنومونی، لکوپنی، ترومبوسیتوپنی، هپاتیت، کلستاز و کولیت باشد. ارائه دهندگان مراقبت نوزادان VLBW در مورد نوزادی که با شیر مادر خودش تغذیه می شود بدانند که اگر نوزاد با علائمی مبنی بر سپسیس دیررس ویزیت شود، علاوه بر بررسی عفونت میکروبی، آزمایش CMV هم انجام شود..

نشان داده شده است که چرخه انجماد و ذوب شیر، بار ویروسی CMV را در شیر کاهش می دهد، اما از بین نمی برد و با از دست دادن اجزای بیواکتیو شیر هم همراه است. یک متاآنالیز نشان داد که میزان ابتلا به CMV بدون علامت بعد از تولد با مصرف شیر مادر خودشان 19% (11% تا 32%) و برای سندرم شبه سپسیس 4% (2% تا 7%) بود. با انجماد شیر مادرشان pCMV کاهش یافت (7% [7% to 24%]) و برای سندرم شبه ابتلا به سندرم شبه سپسیس کاهش نیافت (5% [2% تا 12%]) و این نشان می دهد که برای عفونی شدن نوزادان با وزن خیلی کم هنگام تولد حداقل قرار گرفتن در معرض ویروس نیاز است تا در معرض بالاترین خطر pCMV علامت دار به سندرم شبه سپسیس قرار گیرد. دو مطالعه میزان بالاتری از دیسپلازی برونکوپولمونری را در نوزادان VLBW مبتلا به عفونت pCMV نشان داده است. برای تاثیر بر

neurodevelopmental، برخی از مطالعات هیچ تاثیری بر رشد عصبی پیدا نکرده‌اند و چندین مطالعه دیگر درجات مختلفی از تاخیر شناختی (cognitive delay) را به عفونت pCMV نسبت می‌دهند. مطالعات بیشتری برای تعیین تأثیر نسبی عفونت pCMV اکتسابی از شیر مادر، با توجه به مزایای فراوان شیر خود مادر برای نوزادان VLBW مورد نیاز است. به خصوص برای کاهش خطر NEC. در حال حاضر، شواهد برای حمایت از قطع شیر مادر به دلیل خطر ابتلا به pCMV کافی نیست.

برنامه ریزی برای ترخیص:

برنامه های پس از ترخیص باید فردی باشد تا اهداف مادر برای تغذیه از سینه خودمادر، تغذیه با بطری با شیر دوشیده و/یا شیر خشک و همچنین وضعیت رشد شیرخوار و پیش بینی نیاز برای فورتیفیکاسیون شیر پس از ترخیص در نظر گرفته شود. برای بیمه گران بهداشتی مطلوب است که برای مادرانی که پس از ترخیص نوزاد VLBW از بیمارستان به ارائه شیر مادر ادامه می‌دهند، پوشش حمایت شیردهی را ارائه دهند. بیش از نیمی از نوزادان VLBW در هنگام ترخیص اختلال رشد خارج رحمی دارند (وزن برای سن حاملگی: کمتر از صدک 10). ممکن است فورتیفیکاسیون پس از ترخیص در این نوزادان در نظر گرفته شود، علی‌الحد، شواهد فعلی حمایت استفاده از فورتیفیکاسیون پس از ترخیص در نوزادان VLBW که با شیر خود مادر تغذیه می‌شوند، محدود است. در یک RCT کوچک (n 5 39)، محققان غنی سازی نیمی از شیر مادر را به مدت 12 هفته در مقابل عدم غنی سازی بررسی کردند و نتایج رشد و محتوای مواد معدنی استخوان را در گروه غنی سازی بهبود یافته دیدند، و RCT دانمارکی بزرگتر در نوزادان بسیار نارس که غنی سازی کمتری دریافت کردند (1 تغذیه غنی شده با شیر خود مادر در روز) در مقایسه با عدم تقویت هیچ مزیتی برای رشد پیدا نکرد. تفاوتی در neurodevelopment مشاهده نشد. مدت و دوز فورتیفیکاسیون پس از ترخیص برای مطلوب سازی رشد و neurodevelopment پس از ترخیص در نوزادان VLBW که با شیر انسان تغذیه شده بودند نیاز به مطالعه بیشتر دارد. هنگام برنامه ریزی تغذیه پس از ترخیص، تیم NICU باید تعادلی مطلوب را بین نیاز به فورتیفیکاسیون (بر اساس شواهد موجود و وضعیت تغذیه و رشد شیرخوار) با اهداف شیردهی مادر در نظر بگیرند. چالش های لجستیکی دوشیدن شیر و فورتیفیکاسیون آن در محیط خانه نیز باید در نظر گرفته شود. اطلاع رسانی برنامه های شیردهی و تغذیه پس از ترخیص به پزشکان سرپایی نوزادان مفید است.

خلاصه :

شیر خود مادر استاندارد طبیعی و هنجار برای تغذیه نوزادان VLBW است و با فواید سلامتی متعددی همراه است. کارکنان نوزادان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی که از نوزادان VLBW و مادران آنها مراقبت می کنند، نقش مهمی در ترویج و حمایت از مادران در شیردهی در NICU دارند.

نکات کلیدی :

1- شیر انسان تغذیه مطلوب و بهینه برای نوزادان VLBW است و خطر عوارض قابل توجه نارسایی، به ویژه NEC را کاهش می دهد. توصیه برای تغذیه با شیر اهدایی پاستوریزه، زمانی است که شیر خود مادر در دسترس نباشد، کافی نباشد یا منع مصرف داشته باشد.

2. اطلاعات فرهنگی مناسب در مورد شیردهی و مزایای سلامتی شیر انسان باید به خانواده های نوزادان VLBW ارائه شود.

3. مراقبت NICU برای نوزادان VLBW شامل تعیین و حمایت از اهداف شیردهی مادر است. مشاوره شیردهی تخصصی در مورد نیازهای نوزادان نارس بخشی جدایی ناپذیر مراقبت از نوزادان VLBW در NICU است.

4. نابرابری های نژادی و قومیتی در تهیه شیر مادر و شیر اهدایی پاستوریزه برای نوزادان VLBW وجود دارد و می توان با تلاش های خاص مرکز برای شناسایی و کاهش نابرابری های محلی به بهترین وجه برطرف کرد.

5 -شیردوش دوقلوی برقی مؤثر و کارآمد برای مادران نوزادان VLBW، حمایت حداکثری را برای دوشیدن شیر در بیمارستان و خانه به وجود می آورد.

6. به دلیل نیاز به دوشیدن زودهنگام و مکرر برای حفظ تولید شیر، کمک های فنی برای دوشیدن زودهنگام باید ظرف 6 تا 8 ساعت پس از تولد هر نوزاد VLBW در دسترس مادران باشد.

7. مادران باید تشویق شوند که هرچه بیشتر که برای حفظ تولید شیر برای شیرخوارشان لازم است بدوشند که ایده ال هر 3 تا 4 ساعت یک بار است.

8. پروتکل‌های مکتوب و آموزش مادر که به جمع‌آوری، نگهداری و حمل و نقل شیر می‌پردازد، ایمنی تغذیه نوزاد را بهینه می‌کند.

9. مراکز می‌توانند در صورت مناسب بودن با شرایط طبی شیرخوار، خانواده‌ها را در SSC، مکیدن غیرتغذیه‌ای و تغذیه مستقیم از سینه مادر تشویق و حمایت کنند.

10. شیر انسان اغلب به غنی‌سازی نیاز دارد تا نیازهای تغذیه‌ای نوزادان VLBW را برآورده کند. مراکز می‌توانند اطلاعاتی در مورد دلیل و محتوای HMF به مادران ارائه دهند.

11. عفونت CMV را می‌توان از طریق تغذیه با شیر خود مادرکسب کرد. شواهد فعلی برای حمایت از عدم مصرف شیر مادر صرفاً بر اساس این خطر کافی نیست.

12. برنامه ریزی مطلوب برای ترخیص از NICU شامل برنامه‌های تغذیه‌ای تعریف شده است که اهداف شیردهی مادر را در ارتباط با نیاز شیرخوار به غنی‌سازی شیر در نظر می‌گیرد و به آن توجه می‌کند.

TABLE 4 Maximum Human Milk NICU Storage Recommendations

Environment	Temperature	Freshly Expressed Mother's Milk	Frozen Mother's Milk	Frozen Pasteurized Donor Milk
Room temperature	60–85F or 16–29C	4h	4h a	4h a
Refrigerator	39F or 4C	96 h	48 h a,b	48 h a
Freezer (2 door refrigerator and freezer)	0F or -18C	9mo	9mo	6–8 mo c
Deep freezer	0F or -18C	12 mo	12 mo	6–12 mo c

Laboratory freezer	-94F or -70C	12 mo	12 mo	6–12 mo c a
--------------------	--------------	-------	-------	-------------

After thawing. b Per expert opinion. c Varies by milk bank; check expiration date

لطفا به رفرنس ها و جداول و نمودارهای کپی اصلی مراجعه فرمایید