

تسهیل چالش های تغذیه با شیر مادر
در نوزادان اواخر نارس

پیشگفتار

- بین ۳۹ تا ۴۱ هفته بارداری، یعنی مناسب ترین و کم عارضه ترین زمان تولد.
- نوزاد خطرترین ساعات، دقایق و لحظات عمر خویش را که همان مراحل زایمانی است پشت سر گذاشته و از وابستگی کامل به مادر، به استقلال نسبی یا کامل بعضی از دستگاه های بدن مانند تنفس، گردش خون، گوارش، تنظیم دما و غیره رسیده است.
- در این مرحله نوزاد برای حفظ استقلال همه دستگاه ها هنوز به شدت نیازمند حمایت است. بلافاصله پس از تولد باید از باز بودن مجرای تنفس و پایداری قلب و تنفس او اطمینان یافت.
- باید سر و بدن او را بلافاصله خشک کرد و او را به صورت برهنه بر روی شکم و سینه مادر و مستقیم در تماس با پوست مادر قرار داد تا از طرفی دمای بدن او پایدار بماند و از طرف دیگر بتواند ضمن برقراری روابط عاطفی با مادر و تلاقی نگاه و تماس پوستی، تغذیه با شیرمادر را آغاز کند.

- این اقدامات موجب می شود تا نوزاد در دمای مطلوب محیط، گرمایی از دست ندهد و برای تنظیم دمای بدن خود، از ذخیره گلیکوژن کبد و چربی قهوه ای و غیره استفاده نکند و آن ها را از بین نبرد.
- از طرفی به دلیل آرامش نوزاد در آغوش مادر، گریه نمی کند تا ضمن صرفه جویی در مصرف انرژی، آب بیش از حد هم از راه تنفس از دست ندهد.
- نوزاد تغذیه با شیر را هر چه زودتر آغاز می کند تا علاوه بر برخورداری از مقدار قابل توجهی از ایمونوگلوبین ها، تراکم بالایی از گلبول های سفید و به خصوص نوتروفیل ها و ماکروفاژها و نیز انواع عناصر و مواد ضد عفونت برای مبارزه با میکروارگانیسم ها، بتواند مناسب ترین مواد مغذی مورد نیاز خود را دریافت کند.

- علاوه بر وجود مطلوب ترین ریز مغذی ها در آغوز، به دلیل لینت دادن به محتوای روده نوزاد، از جذب دوباره بیلی روبین و افزایش زردی او هم جلوگیری می کند.
- این مکیدن پستان مادر علاوه بر ارضای عاطفی روانی نوزاد و مادر موجب انقباض رحم و پیشگیری از خونریزی یا کم خونی مادر و کمک به ترشح انواع آنزیم های گوارشی می نماید که با رشد خمل های روده مادر و نوزاد، جذب حداکثری مواد مغذی را به دنبال خواهد داشت.

- از دیگر سو به دلایل مختلف، و از جمله به دلیل انجام موارد عدیده سزارین که اکثرا بدون هیچ گونه دلیل پزشکی صورت می گیرد تعداد قابل توجهی نوزاد به دنیا می آیند که چون اغلب در هفته های تاخیری با سزارین متولد می شوند، در ظاهر شبیه نوزاد رسیده هستند و والدین و حتی گروه پزشکی ، اکثرا آن ها را طبیعی و معمولی می دانند در حالی که بزرگترین مشکل آن ها مکیدن ضعیف، خسته شدن زود هنگام، کم توانی و خواب آلودگی بیشتر می باشد.

- آن ها همچنین از ذخایر کمتر گلیکوژن در کبد و چربی قهوه ای در بدن خود برخوردارند و سطح بدن آن ها نسبت به وزن شان بیشتر است و در نتیجه گرمای بیشتری هم از دست می دهند و چون مکیدن آنان ضعیف و احتمالا شیر مادر آنان هم در این مرحله کمتر است، کاهش شدیدتر وزن از خود نشان می دهند.
- مشکل تغذیه این دسته از نوزادان، همراه با ضعف در عمل کونژوگه کردن بیلی روبین موجب افزایش زردی آنان می شود.



Breastfeeding Challenges Made Easy

for Late Preterm Infants

بخش ۵: زردی

بیلی روبین چیست؟

بیلی روبین محصول نهایی سوخت و ساز تجزیه هموگلوبین در گلبول های قرمز قدیمی است. زردی در حقیقت وجود رنگدانه زرد رنگی است که در صورت بالا رفتن سطح بیلی روبین در سطح پوست و سفیدی چشم ها قابل مشاهده است. در بزرگسالان معمولاً بیلی روبین ناشی از تخریب گلبول های قرمز موجب زردی نمی شوند زیرا کبد آن ها را متابولیزه می کند و از روده ها دفع می شود. با این حال به چند دلیل اغلب در روزهای اول پس از تولد نوزادان به واسطه تجزیه گلبول های قرمز دچار زردی می شوند.



رشد دندان های شیری سبز رنگ یکی از عوارض طولانی مدت بیلی روبین بالا در نوزادان بسیار کم وزن (Extremely Low Birth Weight) است

انواع زردی

زردی فیزیولوژیک



زردی فیزیولوژیک عبارت است از افزایش بیلی روبین که در حول و حوش روز دوم آغاز می شود و طبیعی است. در نوزاد رسیده این زردی در روز سوم یا چهارم به اوج خود می رسد و سپس رو به کاهش می رود. بیلی روبینی که در این نوع زردی اندازه گیری می شود به صورت غیر مستقیم یا بیلی روبین محلول در چربی شناخته می شود.

زردی پاتولوژیک

زردی پاتولوژیک اغلب غیرطبیعی است و مشخصه آن آغاز زود هنگام زردی است که در طی کمتر از ۲۴ ساعت از تولد بروز می کند.



Breastfeeding Challenges Made Easy for Late Preterm Infants

این نوع زردی سطح بیلی روبین بالاتری دارد و ممکن است در هر نوزادی که یا نوع زردی فیزیولوژیک تشدید یافته یا در معرض عوامل خطر دیگر قرار دارد بروز کند. عوامل خطر بروز زردی شامل نژاد آسیایی، بومی آمریکایی، ناسازگاری خونی، جراحی ها و کبودی بیش از حد، داشتن خواهر یا برادر درمان شده برای زردی، عفونت ویروسی یا میکروبی، اختلالات ژنتیک، دیابت بارداری مادر، القای اکسی توسین مادر، نارس و اختلالات متابولیکی مانند هیپوکسی، اسیدوز، هیپوترمی، هیپوگلیسمی و گرسنگی می باشد.

زردی تغذیه با شیر مادر^۱

زردی تغذیه با شیر مادر یا زردی ناشی از عدم تغذیه مناسب با شیر مادر یا زردی ناشی از گرسنگی، به واسطه کمبود دریافت کالری، کم آبی و تأخیر در دفع مکونیوم در نوزادان رخ می‌دهد. نوزادان اواخر نارس به واسطه عدم تغذیه مؤثر با شیر مادر بیشتر در معرض این نوع زردی فیزیولوژیک تشدید یافته هستند. زردی ناشی از تغذیه با شیر مادر هیچ ارتباطی با ترکیب شیر مادر ندارد و علت آن نخوردن شیر کافی است. بنابراین نباید تغذیه با شیر مادر را متوقف کرد. در عوض باید از روش‌های لازم در افزایش مؤثر بودن تغذیه و افزایش دفعات شیردهی استفاده نمود زیرا تغذیه مکرر با آغاز می‌تواند به دفع سریع‌تر مکونیوم کمک کند. ممکن است تا زمانی که تغذیه با شیر مادر کافی شود و بیلی‌روبین به سطح عادی بازگردد، نیاز به استفاده از مکمل و آن هم ترجیحاً شیر دوشیده شده خود مادر به عنوان شیر کمکی باشد.



زردی شیر مادر^۲

زردی شیر مادر پس از روز پنجم زندگی ظاهر پیدا می کند و در روز ۱۰ یا ۱۵ پس از تولد به اوج خود می رسد و ممکن است تا هفته ها ادامه داشته باشد. بالا ماندن سطح بیلی روبین بیش از سه ماه نشانگر وجود دلیلی غیر از شیر مادر است. درباره مکانیسم زردی شیر مادر و در فرضیه هایی نه چندان صحیح مرتبط، موارد زیر مطرح شده است:

- شیر انسان حاوی یک بازدارنده آنزیم UGT است و با توقف کونژوگه نمودن سبب بروز این اختلال می شود. این فرضیه توسط محققانی که وجود یک متابولیت غیر عادی^۳ بازدارنده UGT را در محیط آزمایشگاهی تشخیص داده اند حمایت می شود. با این حال همه محققان وجود این متابولیت غیر عادی را در شیر یا ادرار مادر و یا اثر بازدارنده آن را در محیط بدن در زردی تأیید نمی کنند.
- بسیاری از فرضیات دیگر نیز به عنوان مکانیسم دیگر افزایش غلظت اسیدهای چرب آزاد ناشی از افزایش فعالیت بیش از اندازه لیپاز شیر مادر را مطرح می کنند.



زردی در نوزادان اواخر نارس، بیشتر و شدیدتر

بر اساس پژوهش ها، زردی یکی از شایع ترین مشکلاتی است که این نوزادان به آن دچار می شود و از دلایل اصلی بستری دوباره این نوزادان در بیمارستان است.

در پژوهشی عوامل افزایش خطر بستری دوباره نوزاد در بیمارستان شامل داشتن مادر دیابتی، سن بارداری ۳۶ هفته و کم تر، بروز زردی پیش از ترخیص، داشتن جنس پسر و تغذیه ناکافی با شیر مادر بوده است.



افزایش عوامل خطر

نوزادان اواخر نارس اغلب طی یکی دو روز پس از تولد با چندین عامل خطر مواجه هستند. بی درنگ این نوزادان خود در معرض مخاطرات ناشی از نارس بودن هستند و ممکن است در معرض عوامل خطر دیگری چون عفونت، هیپوکسی، اسیدوز متابولیک، هیپوترمی و هیپوگلیسمی قرار داشته باشند. بسیاری از عوامل خطر دیگر که پیشتر ذکر شد ممکن است در این گروه از نوزادان دیده شود.

ناپایداری دمای بدن و تأثیر آن بر روی بیلی روبین

سوخت و ساز چربی قهوه ای که در ساعات نخستین پس از تولد به عنوان مکانیسمی برای تولید گرما رخ می دهد سبب آزاد شدن اسیدهای چرب می گردد. این اسیدهای چرب با بیلی روبین برای اتصال به آلبومین رقابت می کند که سبب افزایش سطح بیلی روبین غیر مستقیم می گردد.



طولانی شدن دفع مدفوع ناشی از دریافت ناکافی شیر مادر به دلیل شیردهی نامناسب

نوزادان اواخر نارس که با شیر مادر تغذیه می شوند ممکن است به دلیل شیر خوردن ضعیف و دریافت ناکافی شیر در چند روز نخست پس از تولد در معرض آغاز زردی زود هنگام فیزیولوژیک تشدید یافته باشند. این نوزادان هم از نظر حجم و هم از نظر تعداد دفعات نسبت به نوزادان رسیده کمتر شیر می خورند که این به نوبه خود می تواند سبب کم آبی و دفع کندتر مکونیوم شود. زمان طولانی در عبور مکونیوم از روده سبب افزایش سیکل آنتروپاتیک می شود.



اهمیت زیاد تغذیه مؤثر با شیر مادر در نوزادان اواخر نارس

شیردهی زودهنگام، مکرر و مؤثر با آغوز، به افزایش سرعت دفع مکنونیوم و کاهش سطح بیلی‌روبین و پیشگیری از عوارض ناشی از بالا رفتن آن مانند نیاز به فتوتراپی یا تعویض خون کمک می‌کند و خطر ایجاد کرن ایکتروس را کاهش می‌دهد. به دلیل شباهت در نشانه‌های بیماری‌های مختلف، آسیب پذیر بودن مغز این نوزادان به بیلی‌روبین و ترخیص زودهنگام نوزادان اواخر نارس پیش

از تغذیه مؤثر با شیر مادر، ممکن است کرن ایکتروس خیلی دیر تشخیص داده شود.

از آنجا که بسیاری از عوامل بر روی تولید و دفع بیلی‌روبین تأثیر می‌گذارند باید دقت شود که مراقبت در یک محیط با دمای مناسب، کمترین محرک، مصرف انرژی پایین، وضعیت شیردهی مناسب و دریافت شیر کافی برای این نوزادان انجام شود. تغذیه ناکافی می‌تواند نتیجه جدایی مادر و نوزاد در طول درمان زردی باشد و بیش از پیش مانع موفقیت در تغذیه با شیر مادر شود.

بخش ۶: شرایط تنفسی ناپایدار



دستگاه تنفسی در نوزادان اواخر نارس

از آنجا که دستگاه تنفس یکی از آخرین دستگاه‌های بدن است که تکامل می‌یابد نوزادان اواخر نارس در مقایسه با هم‌تایان ترم خود بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات تنفسی هستند. آنها ممکن است دارای نشانه‌هایی از مشکلات تنفسی مانند ناله، زنبش پره‌های بینی، توکشیدن فضای بین دنده‌ای، آپنه، تنفس تند و نیاز به اکسیژن اضافی باشند. اغلب این نشانه‌ها زود بروز نمی‌کنند و ممکن است تا زمانی که در بخش پس از زایمان در کنار والدین خود نیز قرار نگرفته‌اند، خود را نشان ندهند.

زایمان‌های اواخر نارس خود به خود سبب ایجاد ابتلاهای مهم نوزادی از جمله مشکلات تنفسی می‌شوند. یک تحقیق کوهورت گذشته نگر نشان داده که نوزادان اواخر نارس به میزان بالاتری در معرض بیماری‌های تنفسی درمان شده با ونتیلاتور و نیز افزایش تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN) قرار دارند. تحقیق دیگری نشان می‌دهد که نوزادان اواخر نارس در مقایسه با هم‌تایان رسیده خود پنج برابر بیشتر به مشکلات تنفسی دچار می‌شوند.



تولید سورفاکتانت^۱ و مراحل تکامل ریه

اگرچه نمونه هایی از ناپایداری وضعیت تنفسی در نوزادان اواخر نارس ذکر شد ضروری است مکانیسم ساخت سورفاکتانت، پیشرفت مراحل تکامل ریه و سایر عوامل تأثیرگذار بر شرایط تنفسی این نوزادان را بشناسیم. با درک تکامل ریه ها، فرد بهتر قادر خواهد بود تلاشی را که یک نوزاد اواخر نارس باید انجام دهد تا با محیط خارج رحمی خود سازگار شود درک کند. نوزادی که در تلاش برای تنفس صحیح و اکسیژن رسانی دچار مشکل است در موفقیت تغذیه با شیر مادر مشکلات بیشتری خواهد داشت.

تولید سورفاکتانت

سورفاکتانت ترکیبی از حداقل ۶ نوع فسفولیپید و ۴ آپوپروتئین است که کشش سطحی را در آلوئول کاهش می دهند و مانع از کلاپس آلوئول در زمان بازدم می شوند. تولید سورفاکتانت حدود هفته ۲۴ بارداری آغاز می شود و تا پایان زمان بارداری ترم ادامه دارد. تنها در زمانی که نوزاد واقعاً رسیده شده باشد سورفاکتانت مؤثر و کارا به وجود می آید. این بدین معنا است که در نوزاد اواخر نارس به میزان کافی سورفاکتانت تکامل یافته که آلوئول های ریه را به صورت باز نگه دارد وجود ندارد و اغلب این نوزادان که بلافاصله پس از تولد سرحال به نظر می آیند، چند ساعت بعد به دلیل مشکلات تنفسی به بخش مراقبت های تخصصی / ویژه نوزادان منتقل می شوند.

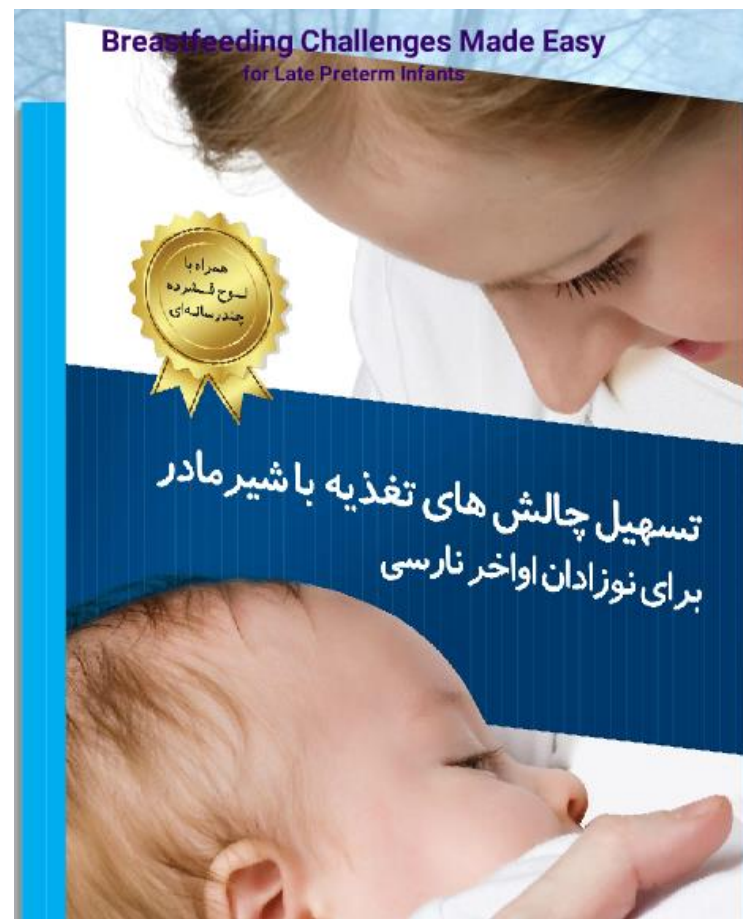
تسهیل چالش های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس

مشکلات تنفسی متداول در نوزادان اواخر نارس

مشکلات تنفسی متداول در نوزادان اواخر نارس شامل موارد زیر است:

- تاکی پنه گذرای نوزادی^۱ (TTN)
- تاکی پنه^۲ (تنفس تند)
- آپنه^۳
- آپنه نارس^۴
- دیسترس تنفسی شدید^۵
- جدایی مادر و نوزاد

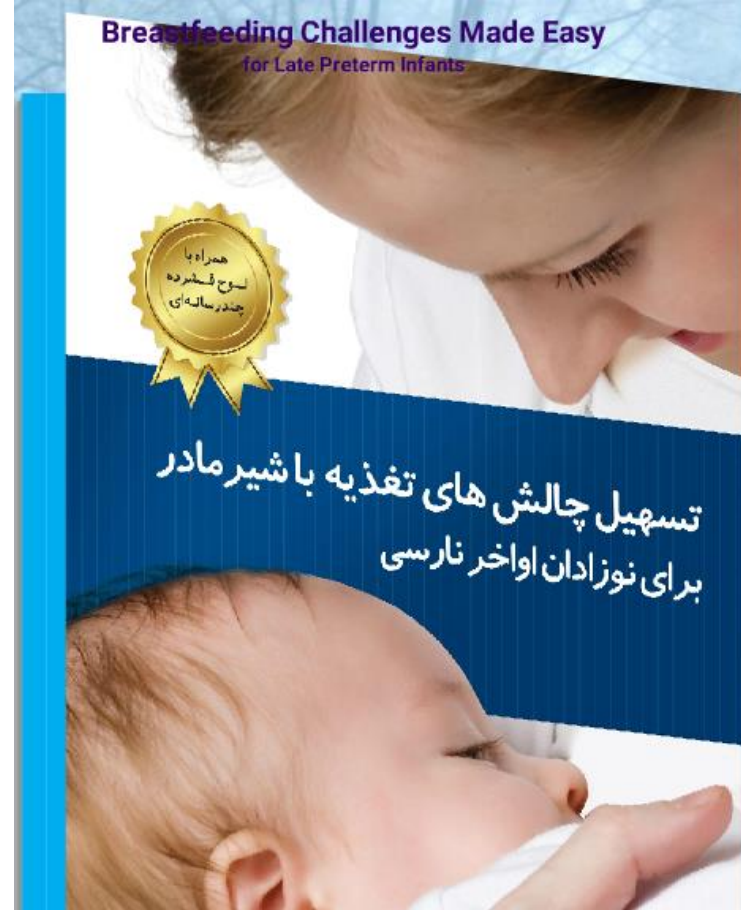
شرایط تنفسی ناپایدار اغلب مستلزم بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان برای پایش دقیق یا درمان است. جدایی مادر و نوزاد سبب مهار عامل عادی در باندینگ، تماس پوست با پوست و سبب عدم تغذیه بر حسب تقاضای نوزاد می شود. دوشیدن با شیردوش برقی و دوشیدن دستی آغاز باید بلافاصله پس از جدایی مادر و نوزاد آغاز و حداقل هر ۳ ساعت یکبار تکرار شود.



تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس

نیاز به افزایش سوخت و ساز در دیسترس تنفسی

ناپایداری تنفسی در این نوزادان سبب خستگی سریع و عدم تغذیه بهینه با شیر مادر می‌شود. نوزادان با مشکلات تنفسی معمولاً خسته و بی‌حال هستند و در صورت دیسترس تنفسی شدید ممکن است تا بهبود وضعیت آنان، NPO شوند. از طرفی نوزادان دچار تاکی پنه گذرای نوزادی یا آپنه نارس می‌باشند که در حین مونیتورینگ تنفسی قادر باشند به تغذیه با شیر مادر ادامه دهند. ممکن است تغذیه نوزادی که دچار مشکل تنفسی شده چه مستقیم از پستان و چه با بطری بسیار مشکل باشد زیرا چنین نوزادی فاقد ذخیره سوخت و ساز برای تأمین انرژی خواهد بود.



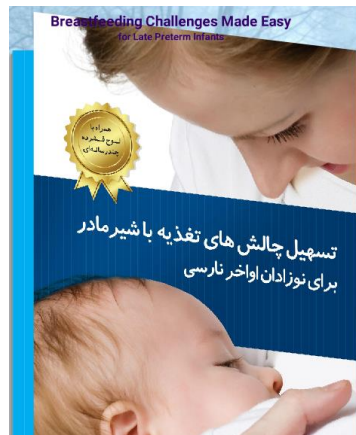


اثرات روش های نامؤثر تغذیه با شیر مادر بر عملکرد تنفسی: تغییر شکل حنجره^۱

روش های های نامؤثر تغذیه با شیر مادر اثرات شدیدی بر کارکرد تنفسی نوزاد اواخر نارس دارند. رفلکس های حنجره ای در این

نوزادان با تأخیر هستند و ممکن است به علت بافت غضروفی به نسبت نرم حنجره بر اثر خمیدگی بیش از حد سر و گردن از شکل طبیعی خود خارج شده یا روی هم بخوابد و سبب آپنه انسدادی شود. در این حالت اغلب افزایش تعداد تنفس رخ می دهد. افزایش سرعت تنفس و مسدود شدن مسیر هوایی بیش از پیش نوزاد را در معرض ریفلاکس و آسپیراسیون قرار می دهد.

تغییر شکل حنجره یا انسداد حنجره‌ای ممکن است حین تلاش‌های مکرر نوزاد در گرفتن پستان رخ دهد. عوامل مستقیم تغییر شکل و انسداد حنجره می‌تواند ناشی از وضعیت شیردهی نوزاد در حالتی باشد که سبب خم شدن سر نوزاد شود. از آن میان می‌توان به وضعیت شیردادن گهواره‌ای^۱ به گونه‌ای که سر نوزاد در خم آرنج دست مادر قرار گیرد، یا وضعیت زیربغلی^۲ غیر صحیح به گونه‌ای که نوزاد به پشت خوابیده و از زیر پستان را می‌گیرد، اشاره نمود. نوزادی که در وضعیت زیربغلی قرار گرفته ممکن است به دلیل عدم حمایت و سنگینی پستان مادر بر روی قفسه سینه خود دچار خفگی شود. در حین آروغ گرفتن اگرچانه نوزاد از قفسه سینه اش دور نگاه داشته نشود ممکن است انسداد حنجره رخ دهد. قرار دادن نوزاد در پارچه مورب به روی شانه مادر^۳ حداقل پیش از اینکه نوزاد برسد نیز می‌تواند منجر به انسداد حنجره و دیسترس تنفسی شود. با اطمینان از اینکه چانه نوزاد با پستان مادر در زاویه حدود ۹۰ درجه یا اندکی سر به عقب قرار دارد و نوزاد در حین گرفتن پستان و در طول شیر خوردن مستقیم در مقابل پستان قرار دارد، می‌توان از وقوع تغییر شکل حنجره پیشگیری کرد. کشیدگی بیش از حد گردن نیز می‌تواند سبب تغییر شکل حنجره شود.



تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر
برای نوزادان اواخر نارس

تسهیل چالش های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس



خلاصه

در مقایسه با نوزادان رسیده، نوزادان اواخر نارس بیشتر در معرض خطر دیسترس تنفسی و عوارض ناشی از کاهش سطح اکسیژن هستند. این نوزادان مدت زمان کوتاه تری را در رحم سپری کرده اند که سبب می شود ریه های نارس داشته باشند و تولید سورفاکتانت و تخلیه مایع آمنیوتیک از ریه کمتر انجام گیرد. از آنجا که ممکن است در نوزادان اواخر نارس عوارض تنفسی مدتی پس از تولد بروز کند، اغلب این نوزادان در بخش پس از زایمان مراقبت می شوند. دیسترس تنفسی وضعیت اورژانسی به حساب می آید و اغلب منجر به جدایی نوزاد و مادر می شود.

تغذیه مؤثر با شیر مادر برای پیشگیری از بررسی‌های غیرضروری در تشخیص سپتی سمی

وقتی از نوزادان اواخر نارس مراقبت می‌کنیم باید نهایت سعی خود را مبذول کنیم تا وقوع افت قند خون، افت دمای بدن، دیسترس تنفسی، شیرخوردن ضعیف و زردی را به حداقل برسانیم. با این کار نه تنها پیامدهای منفی ناشی از هریک از این مشکلات از بین خواهند رفت بلکه از تحمیل هزینه‌های اضافی به بخش سلامت، درد و ناراحتی به نوزاد و استرس والدین نیز پیشگیری می‌شود. به وسیله تغذیه مؤثر و آغاز به موقع شیر مادر و با پیروی از روش‌های پیشگفت و نیز تغذیه با آغوز که خود حاوی ویژگی‌های ایمنی بسیاری است، می‌توان احتمال بروز نشانه‌های سپتی سمی را وقتی هیچ عفونتی در میان نیست به حداقل رساند.



عدم کفایت تولید شیر

دلایل بسیاری مربوط به شرایط مادر وجود دارند که منجر به تأخیر در تولید شیر یا تولید ناکافی آن می شود. این کاهش مقدار یا تأخیر در مرحله دوم ازدیاد تولید شیر^۱ می تواند ناشی از عدم تکامل بافت پستان (هیپوپلازی)، صدمه وارده به پستان بر اثر جراحی و/ یا آسیب فیزیکی، تأثیرات هورمونی، اختلالات متابولیکی و اقدامات پزشکی انجام شده در حین بارداری، لیبر و زایمان باشد.



دلایل هورمونی عدم تولید شیر کافی

دلایل هورمونی مانند سندرم تخمدان کیستیک (PCOS)، ناهنجاری‌های تیروئید و سندرم شیهان همگی می‌توانند بر تولید شیر مادر تأثیر منفی داشته باشند.



تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر
برای نوزادان اواخر نارس

سندرم تخمدان پلی کیستیک^۷

اگرچه نشانگان تخمدان پلی کیستیک (PCOS) کاملاً شناخته شده نیست، سندرمی است که بدکاری تخمدان، غدد درون ریز و متابولیک را در بر می گیرد و منجر به نازایی، بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت می شود. بدکاری‌های هورمونی با تولید شیر نیز در ارتباط است. اگرچه ممکن است مادرانی که اختلالات هورمونی اندکی دارند شیر بسیاری نیز تولید کنند ولی افراد دیگری که دارای کم کاری تیروئید، چاقی، مقاوم به انسولین و تغییرات استروژن هستند تولید شیر بسیار کمتری دارند. همچنین ممکن است PCOS خطر پره اکلامپسی، دیابت بارداری و زایمان زودرس را نیز افزایش دهد.



کم کاری تیروئید^۱

غدد تیروئید سوخت و ساز را کنترل می کنند. آنها با هورمون های بارداری و شیردهی در ارتباط و برای رشد عادی پستان و آغاز شیردهی ضروری می باشند. کم بودن هورمون های تیروئید ممکن است سبب کاهش تولید شیر شود. البته بهترین تحقیقات انجام شده بر روی موش صحرائی، موش خانگی و نمونه های گاو صورت گرفته است. داده های جمع آوری شده از تحقیق انجام شده بر روی موش ها نشان داد که هورمون های تیروئید در ایجاد پاسخ تولید شیر وجود هورمون رشد و پرولاکتین ضروری هستند. بدون هورمون های ضروری تیروئید بچه موش وزن نمی گیرد. کم کاری تیروئید می تواند غلظت سرمی اکسی توسین و جهش شیر را کاهش داده منجر به از دست دادن وزن بیشتر در بچه موش ها شود. کم کاری تیروئید کنترل نشده در بارداری می تواند سبب زایمان زودرس، تولد نوزاد کم وزن و عقب افتادگی ذهنی نوزاد شود.



تسهیل چالش های تغذیه با شیر مادر
برای نوزادان اواخر نارس

پرکاری تیروئید^۲

برخی مادران دچار پرکاری تیروئید، تولید شیر زیادی دارند در حالی که سایرین جهش شیر اندکی دارند که سبب عدم موفقیت در شیردهی می‌شود. پرکاری تیروئید در موش‌ها سبب آغاز زودهنگام فاز دوم تولید شیر (تبدیل آغوز به شیر) می‌شود اما با اختلال در آزادسازی اکسی توسین برای جهش شیر سبب می‌شود که نوزادان شان وزن کمتری بگیرند و پستان‌ها زودتر به حالت عادی بازگشته تولید شیر زودتر متوقف شود. همچنین پرکاری تیروئید، سوخت و ساز چربی کبدی و پستانی مادر را تغییر می‌دهد.



سندرم شیهان^۳

سندرم شیهان یکی از عوارض نادر بارداری است که اغلب پس از دست دادن خون زیاد مانند خونریزی پس از زایمان یا جدا شدن جفت اتفاق می‌افتد. خونریزی زیاد یا کاهش فشارخون پس از زایمان می‌تواند منجر به ایسکمی هیپوفیز قدامی و نکروز این ناحیه شود. متداول‌ترین علائم سندرم شیهان اشکال در تولید شیر یا عدم تولید شیر می‌باشد. گهگاه این مسئله تا سال‌ها پس یعنی زمانی که علائم شدیدتری از کم کاری هیپوفیز بروز کند، تشخیص داده نمی‌شود.



باقی ماندن قطعات جفت^۱

اگرچه منابع مکتوب اندکی پیرامون اثرات باقی ماندن قطعات جفت بر روی شیردهی وجود دارد، ما می‌دانیم که دفع جفت سبب کاهش سطح پروژسترون و در نتیجه افزایش پرولاکتین می‌شود که برای فاز دوم تولید شیر ضروری است. بدون دفع کامل جفت ممکن است سطح پروژسترون بالا بماند و با آزادسازی پرولاکتین تداخل کند و در نتیجه مانع از آغاز فاز دوم تولید شیر شود.



کیست تکالوتیین^۱

اگرچه کیست‌های تکالوتیین نادر هستند، سبب می‌شوند تخمدان‌ها طی بارداری به وسیله چندین کیست بزرگ شوند. این کیست‌ها سبب تأخیر در فاز دوم تولید شیر می‌شوند زیرا مقادیر زیادی تستوسترون تولید می‌کنند که بازدارنده تولید شیر می‌باشد. ممکن است ۴ هفته یا بیشتر پس از زایمان طول بکشد تا سطح تستوسترون به قدر کافی برای آغاز تولید شیر پایین بیاید.



تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس

علل متابولیک اختلال در تولید شیر

دیابت^۲

معمولاً زنانی که دیابت کنترل نشده دارند اغلب در آغاز فاز دوم تولید شیر دچار تأخیر می‌شوند. در زنان مبتلا به دیابت شیرین وابسته به انسولین، اغلب فاز دوم تولید شیر به ۲۴ ساعت زمان بیشتر احتیاج دارد تا لاکتوز، سیترات و نیتروژن کل آن به سطح غلظت زنان غیر دیابتی برسد.

چاقی

برخی تحقیقات به این حقیقت می‌پردازند که مادران دارای اضافه وزن یا چاق (شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۶) در مقایسه با زنان بدون اضافه وزن با احتمال کمتری شیردهی را آغاز می‌کنند، در آغاز فاز دوم شیردهی دچار تأخیر هستند و شیردهی را زودتر قطع می‌کنند. گفته می‌شود اضافه وزن/چاقی تنها تأثیرگذارنده منفی بر پاسخ پرولاکتین است.



تسهیل چالش های تغذیه با شیر مادر
برای نوزادان اواخر نارس



Breastfeeding Challenges Made Easy

for Late Preterm Infants

کم خونی مادر

کم خونی مادر می تواند ناشی از مصرف کم آهن، از دست دادن خون یا عوامل دیگر باشد. کم خونی با کم بودن تولید شیر و توقف زود هنگام شیردهی در ارتباط است.

خونریزی پس از زایمان

خونریزی پس از زایمان می تواند منجر به کاهش حجم خون، کم خونی، افزایش سطح سدیم شیر و نیز احتمال بروز سندرم شیهان شود. برخی از نوزادان با رشد ناکافی، از کم آبی هیپرناترمی رنج می برند.



مداخله‌های زایمانی مؤثر در اختلال تولید شیر

پژوهشگران دریافته‌اند که چندین عامل تأثیرگذار و البته منفی بر روی تغذیه با شیر مادر وجود دارند. در ذکر عوامل تأثیرگذار منفی بر تغذیه نوزاد با شیر مادر در کنار سایر عوامل می‌توان به زایمان سزارین، فاز دوم لیبر طولانی‌تر از ۱ ساعت و وزن تولد کمتر از ۳۶۰۰ گرم اشاره کرد. در پژوهشی آغاز دیر هنگام تغذیه با شیر مادر (طولانی‌تر از ۷۲ ساعت)، با سزارین در اولین زایمان، فاز دوم لیبر طولانی‌تر از ۱ ساعت، نوک سینه صاف یا فرورفته و سایر عوامل توأم بود. از دست دادن بیش از حد وزن با زایمان نخست، زمان لیبر طولانی، استفاده از داروهای کنترل کننده درد زایمان در چندزایی و عوامل دیگر توأم بود.





القای پیتوسین (اینداکشن)^۱

القای اکسی توسین مصنوعی (پیتوسین) سبب تأخیر در آغاز شیردهی و تداخل با ترشح اکسی توسین طبیعی بدن می شود. نشان داده شده نوزادانی که در حین زایمان در معرض اکسی توسین مصنوعی قرار گرفته اند در مقایسه با نوزادانی که در معرض این هورمون مصنوعی قرار نگرفته و سریع و شدید رفتارهای پیش تغذیه ای داشته اند، ۱/۵ برابر بیشتر رفتارهای پیش تغذیه ای متوسط یا ضعیف را از خود بروز می دادند.

بی حسی اپیدورال^۲

یافته ها نشان می دهد تعداد بسیار کمی از نوزادانی که مادران شان بی حسی اپیدورال دریافت کرده بودند طی چهار ساعت نخست پس از تولد آغاز به مکیدن پستان می کنند. آنها اغلب در مدتی که در بیمارستان بودند با شیر مصنوعی تغذیه شده تعداد کمتری در زمان ترخیص از بیمارستان انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند. در واقع بی حسی اپیدورال به طور قابل توجهی زمینه را برای توقف شیردهی فراهم می کند.



سزارین

ماتور و همکاران به این نتیجه رسید که زنانی که عمل سزارین انتخابی می‌شوند و بی‌حسی نخاعی دریافت می‌کنند در مقایسه با زنانی که سزارین اورژانسی و کاملاً بی‌هوش می‌شوند شیردهی را بسیار زودتر آغاز می‌کنند.

زایمان سزارین بشدت با تغذیه ناکارآمد نوزاد با شیر مادر، تأخیر در فاز دوم تولید شیر و کاهش وزن نوزاد به دلیل استفاده از دارو در حین لیبر، نظیر آنچه در سزارین انجام می‌شود، در ارتباط است. هم‌چنین دیده شده نوزادان اواخر نارس که با سزارین متولد شده‌اند در مقایسه با نوزادان با زایمان طبیعی، بسیار بیشتر در خطر افت قند خون قرار دارند.



دریافت بیش از اندازه مایعات وریدی در حین زایمان

در بررسی ها محققان نتیجه گیری کردند که محدود کردن تزریق مایعات به صورت وریدی، زمانی که حجم مایعات کمتر از ۲۵۰۰ میلی لیتر باشد بر روی وزن نوزاد تأثیری ندارد. همچنین تزریق بیش از اندازه مایعات وریدی در حین زایمان ممکن است موجب اضافه بار مایعات در بدن و احتقان نوک پستان، هاله پستان و بافت پستان شود که سبب بروز مشکلاتی در گرفتن پستان و کاهش دریافت شیر در نوزاد می گردد.



انتظارات از این کارگاه:

- با تمام توان برای کاهش سزارین های بی مورد تلاش کرد و در مورد تغذیه آنان با شیرمادر با حساسیت و آگاهی لازم، کمک و نظارت نمود.
- به مادر یاد داد که چگونه به فرزند نارس خود به ویژه در زمان تغذیه کمک کند.
- از آن جایی که درصد قابل توجهی قادر به مکیدن قوی و تخلیه کامل پستان نیستند باید به مادر آموزش داد که در چنین مواردی، پیش از خسته شدن نوزاد از مکیدن هر دو پستان و از دست دادن مقداری انرژی او را از پستان جدا نمود.
- یعنی تا زمانی که مکیدن نوزاد قوی است به او اجازه داده شود که هر دو پستان را برای دقایقی بمکد و سپس بقیه شیر پستان ها دوشیده و بلافاصله بعد از نوبت بعدی تغذیه ، شیر دوشیده شده به نوزاد ارائه شود. البته نه با بطری که مکیدن آن به انرژی بیشتری نیاز دارد.
- مادر بایستی پستان های خود را در هر نوبت شیردهی برای استفاده از نوبت بعدی بدوشد.