

تغذیه شیرخواران نارس از پستان مادر و شیرانسان

(قسمت دوم)

تغذیه زودهنگام با شیرمادر

مادری که رفکلس جاری شدن قوی همراه با جریان مقدار خیلی زیاد شیر از پستان دارد ممکن است لازم باشد قبل از تغذیه زودهنگام، پستان هایش را بدوشد. این امر احتمال ایجاد حالت خفگی در شیرخوار را به واسطه جریان زیاد شیر کاهش می دهد. بعضی از شیرخواران نارس نیازمند وسایل تغذیه ای نظیر رابط پستان (nipple shield) هستند تا تغذیه از راه دهان به صورت مناسبی صورت پذیرد. استفاده از يك رابط نازك پستان از جنس سیلیکون به عنوان يك وسیله موقت ممکن است انتقال شیر را در يك نوزاد نارس افزایش دهد. تغذیه از طریق لوله (لوله بینی معدی Nasogastric tube) که در تلاش های اولیه تغذیه با شیرمادر به طور ویژه ای مفید است کمک می کند تا بدون به کاربردن بطری شیر، امکان استفاده از شیرکمکی (شیر دوشیده و ذخیره شده مادر) فراهم شود.

برگرفته از کتاب

Breastfeeding Handbook for Physicians

ترجمه: دکتر سیدعلیرضا مرندی،

فوق تخصص نوزادان، استاد ممتاز دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی

شهید بهشتی، رئیس هیئت مدیره انجمن

ترویج تغذیه با شیرمادر





وزن کردن شیرخوار قبل و بعد از تغذیه با شیرمادر اگر با ترازوی الکترونیک شیرخوار انجام شود دقیق است. تغییرات وزن بر حسب گرم تقریباً معادل شیر دریافت شده بر حسب میلی لیتر است. در صورت امکان باید استفاده از بطری منع شود تا زمانی که مادر اعتماد به نفس تثبیت شده‌ای بر به کارگیری روش‌های تغذیه با شیرمادر داشته باشد.

مهم‌ترین کار آن است که تغذیه با شیرمادر زمانی شروع شود که شیرخوار هوشیار و گرسنه است و علائم مناسبی را از خود نشان می‌دهد، گریه نمی‌کند و بیش از حد تحریک نشده است. مادر باید در یک صندلی راحتی بنشیند که قسمت پشتی آن حالت عمودی داشته و شیرخوار بر روی یک بالش لمیده باشد، این حالت موجب می‌شود شیرخوار به مادر نزدیک‌تر شده و در سطح پستان قرار گیرد.

وضعیت دادن مناسب به شیرخوار اساسی است. شیرخوار ممکن است در وضعیت typical holds (وضعیت معمولی) قرار گیرد. مادران اغلب ضعف عضلات گردن نوزاد، چالش‌های وضعیتی مجرای تنفسی وی و تلاش‌های ضعیف او در امر مکیدن را دست‌کم می‌گیرند. باید از طرف متخصص صاحب‌نظر در امر تغذیه با شیرمادر و یا دیگری که تجارب لازم دارند به مادر و شیرخوار کمک شود.

وضعیت cross-cradle hold برای بیشتر مادرانی

که شیرخوار نارس دارند بهترین روش است، چون این روش به مادر فرصت می‌دهد که سر فرزند و پستان خود را همزمان کنترل کند تا بهترین امکان گرفتن پستان اتفاق افتد.

مادر ممکن است مجبور باشد تغییراتی در نحوه نگهداشتن پستان خود از شکل C(C-hold) به شکل U(U-hold) بدهد تا مطمئن شود که وزن پستان او با توانایی شیرخوارش در امر مکیدن تداخل نمی‌کند. در نوع دوم نگهداری پستان، دست می‌تواند از فک شیرخوار هم حمایت اضافی داشته باشد. برای نگهداشتن پستان به شکل U، شست در یک طرف پستان در پشت آرنج و سایر انگشتان در طرف مقابل قرار می‌گیرد.

برای تشخیص زمان تغذیه در اوقاتی که شیرخوار

بیدار و هوشیار است باید از علائم رفتاری او استفاده کرد. اگر شیرخوار در زمان‌هایی که برای تغذیه او تلاش می‌شود مستمراً به خواب می‌رود، مادر ممکن است او را به پستان دیگر بگذارد یا از وسیله شیردهی استفاده کند که خستگی کمتری در زمان مکیدن برای شیرخوار ایجاد شود. اگر شیرخوار مکیدن را شروع نمی‌کند، مادر ممکن است کمی شیر را بر روی نوک پستان بدوشد تا وقتی که مادر، نوک و آرنج پستان خود را در داخل دهان نوزاد می‌گذارد، کودک مزه شیرش را بچشد. اگر شیرخوار برای مدت کوتاهی بمکد، مادر باید پس از مکیدن فرزند، پستان‌های خود را بدوشد تا پستان‌ها تخلیه شده و ذخیره شیر تأمین شود.

پایش تغذیه

در مدیریت تغذیه نوزادان با وزن تولد خیلی کم که از شیر انسان تغذیه می‌شوند ارزیابی رشد و شاخص‌های بیوشیمیایی مربوط به وضعیت تغذیه مهم است. **معیارهای رشد باید مکرراً پایش شود (اندازه‌گیری روزانه وزن و هفتگی قد و دور سر).** افزایش وزن به‌میزان تقریبی ۲۰ گرم برای هر کیلوگرم در روز (یا ۲۰ تا ۳۰ گرم در روز اگر وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم است) یک هدف متعارف است. قد و اندازه دورسر باید تقریباً ۱ سانتی‌متر در هفته افزایش یابد.

برنامه‌ریزی ترخیص

برنامه‌ریزی ترخیص باید مدنظر باشد و خیلی قبل از تاریخ ترخیص از بیمارستان، شروع و در آن نظرات والدین هم دیده شود. تاریخ پیش‌بینی شده باید مرتباً در جلسات برنامه‌ریزی به‌روز شود و یک نفر متخصص شیردهی متبحر و خبیره در مراقبت از نوزادان نارس، باید هر زمانی که ممکن است اظهار نظر نماید. عوامل تغذیه‌ای در برنامه‌های ترخیص مهم هستند از جمله افزایش وزنی که مستمر و با میزان کافی باشد، مخاطرات تغذیه‌ای بررسی و درمان شده باشد، تغذیه دهانی مطلوب بدون این‌که وضعیت قلبی-تنفسی را تهدید کند انجام شود. در زمان ترخیص باید روشن شده باشد که شیرخوار قادر است از راه دهان تغذیه نموده و شیر را طبق خواست خود دریافت و مستمراً افزایش کافی وزن داشته باشد. در اندازه‌گیری‌های بیوشیمیایی، مواد غیرطبیعی برای مثال، افزایش آلکالین فسفاتاز و کاهش فسفر سرم و اوره (Urea nitrogen) باید مورد توجه قرار گرفته و درمان شود.

تغذیه انحصاری با شیرمادر

اگر در مورد میزان دریافت شیر، رشد یا اندازه‌گیری‌های بیوشیمیایی نگرانی وجود ندارد، باید بعد از ترخیص، تغذیه انحصاری با شیرمادر تشویق شود. معمولاً تغذیه انحصاری با شیرمادر به‌معنی ترکیبی از تغذیه از پستان و یا تغذیه با شیر دوشیده‌شده انسان است. پس از ترخیص، می‌توان با افزودن بر نوبت‌های تغذیه مستقیم از پستان از مصرف شیر دوشیده‌شده کاست. **این یک برداشت شایع نادرست است که هر شیرخوار نرسی که با شیرمادر تغذیه می‌کند به‌طور اتوماتیک به شیرمصنوعی کمکی نیاز دارد.** این امر در مورد شیرخوارانی که با تغذیه انحصاری از شیرمادر، خوب رشد می‌کنند صدق نمی‌کند.





مولتی ویتامین و آهن به عنوان مکمل

اگر شیرخوار نارس پس از ترخیص، منحصراً از پستان مادر و یا از شیر دوشیده انسان تغذیه می‌کند، استفاده از مولتی‌ویتامین و آهن به صورت مکمل توصیه می‌شود. مقدار مصرف مولتی‌ویتامین یک میلی‌لیتر در روز است. سولفات آهن به مقدار ۲ میلی‌گرم برای هر کیلوگرم در روز، از عنصر آهن باید مصرف شود. اگر شیرخوار شیر غنی شده و یا شیرخشک را به عنوان مکمل شیرمادر مصرف می‌کند، دوز مولتی‌ویتامین و آهن مکمل بر مبنای مقدار شیرخشک مصرفی شیرخوار باید کاهش یابد. گزارشاتی از خطر کمبود روی در آن دسته از شیرخواران نارس که منحصراً با شیرمادر تغذیه شده‌اند پس از چند ماه از ترخیص از بیمارستان وجود دارد. در صورتی که رشد، از حد مطلوب کمتر و تغذیه نامطلوب باشد و بثوراتی در اطرف دهان یا اطراف مقعد مشاهده شود ممکن است حاکی از کمبود روی بوده و مصرف ۱ تا ۲ میلی‌گرم روی برای هر کیلوگرم وزن در روز به عنوان مکمل در رژیم غذایی لازم است.

کنترل کردن

شاخص‌های رشد باید یک هفته بعد از ترخیص کنترل شده و تا رسیدن به میزان طبیعی به صورت ماهیانه تکرار شود. این‌گونه پایش کردن می‌تواند به این تصمیم کمک کند که چه زمانی شیرمصنوعی کمکی باید اضافه و یا حذف شود. در امر ترسیم منحنی رشد باید به جای سن ظاهری کودک، از سن اصلاح‌شده مربوط به نارسی او استفاده نمود.

نوزادان نارس خفیف (LPI) Late Preterm Infants

این دسته از شیرخواران در بیمارستان نگرانی‌های ویژه در مورد تغذیه با شیرمادر است به خصوص برای زردی و یا دهیدراتاسیون، یافته‌ها عمدتاً به دریافت ناکافی شیرمادر مربوط می‌شوند. با توجه به افزایش شناخته‌شده مخاطرات پزشکی LPI در مقایسه با شیرخواران ترم، باید آنان را به خصوص در روز اول بعد از تولد از نزدیک زیر نظر داشت و مانیتور کرد. هرچند هم اتاکی برای حمایت از تغذیه با شیرمادر به خصوص برای این دسته از شیرخواران به‌طور ویژه‌ای مفید است، بر طبق سن حاملگی و شرایط شیرخوار، مراقبت‌های مورد نیاز او باید تعیین‌کننده سطح خدمات باشد. برای نوزادی که رسیده‌تر بوده و وضعیت او تثبیت شده است، تغذیه با شیرمادر در ساعات اول زندگی و هم‌اتاکی با مادر و تغذیه بر طبق میل شیرخوار باید

شیرخواران LPI که بین هفته‌های ۳۴ تا ۳۶ بارداری (آغاز هفته ۳۴ تا پایان هفته ۳۶) متولد می‌شوند ۳/۴ نوزادان نارس متولدشده در آمریکا را تشکیل می‌دهند. بر خلاف ظاهرشان که شبیه نوزادان ترم است، در تکامل قلبی، تنفسی، متابولیک، ایمنی، عصبی و حرکتی عقب‌تر هستند. در این دسته از شیرخواران، زردی، سپسیس، دیسترس تنفسی، تغذیه نامناسب، بی‌ثباتی درجه حرارت یا هیپوگلیسمی در زمانی که نوزاد پس از تولد در بیمارستان بستری است، بیشتر اتفاق می‌افتد، به علاوه احتمال خیلی بیشتر بستری شدن مجدد این دسته از شیرخواران با فاصله کوتاهی از ترخیص از بیمارستان به دلیل زردی، مشکلات تغذیه، دهیدراتاسیون، سپسیس و آپنه وجود دارد. از مهم‌ترین مخاطره برای بستری شدن مجدد

تشویق شود. اگر شیرخوار در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده است، سیاست باید مبنی بر حمایت از مجموعه مادر-شیرخوار و تغذیه با شیرمادر باشد. در زمان تغذیه با شیرمادر باید در مورد حجم شیری که از مادر به شیرخوار منتقل می‌شود ارزیابی صورت گرفته و به میزان وزنی که شیرخوار از دست می‌دهد و نیز کم‌آبی بدن و زردی او توجه شود. این دسته از شیرخواران به دلیل سرعت زیاد رشدشان و محدودیت میزان آهنی که در اواخر حاملگی دریافت کرده‌اند، نیازمند ۲ میلی‌گرم آهن برای هر کیلوگرم وزن بدن در روز هستند تا بتوانند از آهن کافی برخوردار باشند. ترخیص آنان نباید زودتر از ۴۸ ساعت پس از تولد اتفاق افتد. باید معیارهای لازم جهت ترخیص آنان تدوین شده باشد که عبارتند از: تثبیت وزن که از وزن تولد بیشتر از ۷٪ تا ۸٪ کم نشود، درجه حرارت آنان پایدار و ذخیره شیرمادر کافی باشد مگر این که بنا باشد که از شیرکمی استفاده شود. اطمینان از کفایت حجم شیر دریافتی از مادر، میزان زردی نوزاد و برنامه برای پیگیری آن، برنامه مکتوب برای تغذیه بعد از ترخیص

و ویزیت شیرخوار ظرف ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از ترخیص. ویزیت سرپائی باید شامل گرفتن دقیق شرح حال و ارزیابی مقدار وزن از دست‌رفته (کمتر از ۸٪) یا افزایش وزن (هدف بیش از ۲۰ گرم در روز)، ۶ تا ۸ نوبت ادرار در روز، دفع مدفوع زرد و دانه‌دار تا روز چهارم و میزان توانمندی در تغذیه با شیرمادر باشد. باید به مشکلات و نگرانی‌های تغذیه با شیرمادر رسیدگی شده و شیرخوار از نظر نیاز به شیرمصنوعی کمکی ارزیابی شود. تغذیه‌های سه‌مرحله‌ای اغلب برای آن دسته از نوزادان LPI که کاهش وزن آنان ادامه یافته و یا وزنشان اضافه نمی‌شود مورد نیاز است. تکنیک تغذیه سه‌مرحله‌ای شامل تغذیه از پستان مادر، تغذیه از شیرانسان یا شیرمصنوعی و دوشیدن پستان برای نگهداری ذخیره شیرمادر است. توزین شیرخوار قبل و بعد از تغذیه با شیرمادر برای ارزیابی کفایت مقدار شیری که به نوزاد منتقل می‌شود و نیز برای مشخص کردن مقدار شیرکمی که ممکن است مورد نیاز باشد می‌تواند مفید باشد. (به شکل ۱ مراجعه شود)

شکل ۱ - افزایش مخاطرات برای LPI

