

تغذیه شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب با شیر مادر¹

اهداف آموزشی:

۱. شناخت انواع شکاف کام و لب در شیرخواران
۲. آگاهی از نحوه تغذیه این شیرخواران با شیر مادر
۳. اطلاع از روش‌های جایگزین برای تغذیه این شیرخواران

مقدمه

شکاف کام یک نقص مادرزادی (نقص هنگام تولد) است که اگر همراه با سایر نواقص باشد، شیوع آن یک در ۶۰۰-۸۰۰ تولد و اگر به تنهایی باشد ۵/۵ تا ۵/۶ در هر ۱۰ هزار تولد اتفاق می‌افتد. ضمناً ممکن است تنها و یا بخشی از ۱۵۰ تا ۳۰۰ سندروم شناخته‌شده باشد. شکاف می‌تواند یک‌طرفه یا دوطرفه و به انواع ناقص (نسبی) یا کامل طبقه‌بندی شود، شکاف کام ناقص محدود به یک ناحیه است ولی شکاف کامل از لب به کام نرم گسترش می‌یابد و ممکن است حتی بینی نیز درگیر باشد. صرف نظر از اندازه شکاف، وجود شکاف در کام سخت و نرم ممکن است تغذیه شیرخوار با شیر مادر را با مشکل مواجه کند یا حتی آن را غیرممکن کند زیرا فضای دهان شیرخوار برای ایجاد مکش کاملاً بسته نمی‌شود و این مسئله تأثیر منفی بر رشد شیرخوار و تولید شیر می‌گذارد. بعضی شیرخواران با شکاف کام عریض، به دلیل اشکال در حرکات عضلات داخل دهان، در زمینه بلع نیز مشکل دارند زیرا حرکات زبان در انتهای کام کنترل نمی‌شود.

اگرچه شکاف‌های لب، آشکار و مشخص هستند، مشاوران شیردهی معمولاً اولین کسانی هستند که می‌توانند شکاف‌های کام را شناسایی کنند. در یک مطالعه در بریتانیا در شناسایی شکاف‌های آشکار، تأخیر در تشخیص به میزان ۲۸ درصد بود. در چندین مورد به‌ویژه زمانی که پزشکان برای بررسی دهان نوزادان تازه متولدشده تنها از معاینه با انگشت

استفاده کرده بودند و به‌طور تخصصی در زمینه تشخیص شکاف‌ها آموزش ندیده بودند، حتی شکاف‌های نسبتاً بزرگ کام سخت نیز تا چند سال پس از تولد شناسایی نشده بود. پژوهشگران این مطالعه استفاده از بررسی چشمی با استفاده از یک چراغ‌قوه و آبسلانگ به همراه معاینه با انگشت را توصیه کرده‌اند. برای معاینه کام سخت باید صبر کرد تا نوزاد زبان خود را پایین بیاورد یا با ملایمت آن را به سمت پایین فشار دهد یا اینکه رفلکس استفراغ کردن را در او ایجاد کرد. البته به علت بزرگ‌بودن زبان نوزاد، شکاف‌های کام نرم اغلب شناخته نمی‌شوند.

اهمیت تغذیه با شیر مادر در شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب

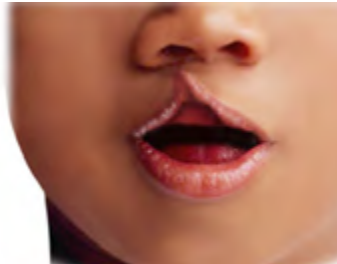
شیرخواران فوق می‌توانند و باید تا حد امکان از طریق پستان مادر تغذیه شوند زیرا تغذیه با شیر مادر برای این شیرخواران از اهمیت بیشتری برخوردار است به‌طوری‌که نسبت به آنها که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند و از بطری استفاده می‌کنند، سبب ایجاد ارتباط بیشتر، رشد طبیعی‌تر دهان و صورت (به علت استفاده از آرئول پستان و تحریک رشد فیزیولوژیکی بهتر عضلات دهان)، گفتار بهتر، پیشگیری از عفونت‌های گوش (به دلیل ایجاد فشار کمتر در گوش میانی نسبت به تغذیه با بطری) افت شنوایی کمتر، تحریک و التهاب کمتر نسوج آزرده موجود در شکاف (به علت ماهیت غیرآلرژن‌بودن شیر مادر که حاوی مواد حفاظتی و ضدالتهابی هم هست)، مشکلات تنفسی و گوارشی کمتر، می‌شود. روند تغذیه با شیر مادر در این شیرخواران در موارد خفیف که شکاف کام به‌صورت سوراخی کوچک در کام نرم (A) یا شکاف کوچک و مختصر در لب (B) باشد عموماً عادی و بدون مشکل است. ولی انواع دیگر این ناهنجاری‌ها می‌تواند سبب اشکال در مکیدن، بلع، تنفس و تکلم شود به طوری که شیرخواران مبتلا به شکاف کام ممکن است برگشت شیر از بینی داشته باشند یا نیاز باشد که مدت تغذیه و یا گرفتن آروغ آنان زمان بیشتری طول بکشد. در این شیرخواران، چفت‌شدن کامل دهان با آرئول و پستان (C)، ایجاد فشار منفی مؤثر تا حد امکان و روش مکیدن بهتر و مؤثر از عوامل مهم موفقیت در تغذیه مستقیم از پستان است.

اگر شکاف لب یک‌طرفه باشد با پرکردن فضای خالی با آرئول و یا انگشت شست و گرفتن صحیح پستان، تغذیه با شیر مادر به‌خوبی انجام می‌گیرد. بنابراین پستان خود مادر به علت پرکردن شکاف لب بهترین روش مناسب برای تغذیه این شیرخواران است. ولی اگر

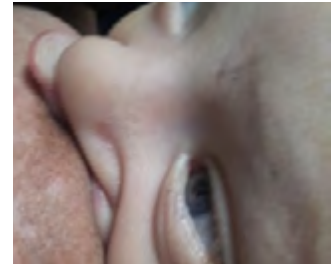
شکاف لب دوطرفه باشد به دلیل عدم چسبیدن کامل لب‌ها به پستان، تغذیه پستانی با مشکلات بیشتری همراه می‌شود همچنین می‌توان با حمایت پستان به روش Dancer position ضمن حمایت چانه و قراردادن انگشت شست و نشانه در طرفین گونه‌های شیرخوار و نگه‌داشتن پستان با کف دست و سه انگشت دیگر، به تغذیه شیرخوار کمک کرد. اگر شکاف منحصرأ محدود به لب باشد این شیرخواران با حرکات مکانیکی طبیعی زبان و فک قادر به فشردن نوک پستان و هاله و بلع هستند، ولی ممکن است به دلیل چفت‌نشدن لب بالا به پستان در ایجاد فشار منفی داخل دهان اختلال ایجاد شود. شواهد نشان داده است که شیرخوارانی که فقط شکاف لب دارند می‌توانند با ایجاد فشار منفی در دهان خود تغذیه پستانی موفق‌ی داشته باشند.



تصویر A



تصویر B



تصویر C

شکاف کام آشکار

شیرخواران با شکاف کام سخت معمولاً نوک زبان خود را در محل شکاف قرار می‌دهند که این امر می‌تواند تکامل حرکات زبان را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از مشکلات عمده در شیردادن به شیرخوار با شکاف کام، ناتوانی او در ایجاد فشار منفی در دهان است مگر اینکه شکاف مسدود شود. فشار منفی خفیف به شیرخوار کمک می‌کند که پستان را در خلال مکیدن در دهان خود حفظ کند. مهم‌تر اینکه فشار منفی برای خارج کردن طبیعی شیر از پستان، ضروری است. قبلاً تصور می‌شد که حرکت موجی‌شکل زبان باعث خروج شیر از پستان می‌شود. مطالعات اخیر که با اولتراسوند انجام شده نشان داده است که فشار منفی ایجادشده در اثر پایین‌آمدن قسمت عقب زبان و فک پایین در انتهای حرکت موجی‌شکل زبان به عقب، مهم‌ترین عامل در مقدار شیر انتقال‌یافته به شیرخوار محسوب می‌شود.



شکل ۱، شکاف کام نرم

مشکلات تغذیه‌ای در نوزادانی که به شکاف کام مبتلا هستند احتمال بروز اختلالات رشدی را در آنها افزایش می‌دهد. شکاف‌ها مسیری برای ورود هوا به حلق دهانی ایجاد و به‌طور بالقوه از ایجاد فضای لازم برای تولید فشار منفی جلوگیری می‌کنند (شکل ۱). اگر حفره بینی در هنگام پایین آمدن زبان و فک تحتانی مسدود باشد فشار منفی می‌تواند از طریق حلق بینی، حلق دهانی و حلق تحتانی ایجاد شود. از آنجا که

در شکاف‌های کام سخت یک فضای هوایی با حجم زیاد ایجاد می‌شود، برای خروج شیر از پستان بایستی زبان و فک حرکت بیشتری داشته باشند. مشخص نیست که آیا محدودیت‌های تشریحی امکان قدرت حرکتی کافی برای ایجاد فشار منفی مناسب در چنین حجم بزرگی را میسر می‌سازد یا خیر. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی از این شیرخواران قادرند مقداری شیر را از پستان به دهان خود منتقل کنند ولی مکانیسم‌های آن مورد مطالعه قرار نگرفته است.

سندروم پیر رابین:

سندروم پیر رابین (PRS)^۲ شامل ناهنجاری‌هایی مانند فک پایین کوچک، افتادگی زبان به سمت عقب، انسداد راه هوایی و مشکلات تغذیه‌ای است. به‌طور کلی در PRS قوس عمیق کامی یا شکاف کام به شکل حرف U دیده می‌شود (شکل ۲).



PRS به‌عنوان یک سندروم ناهنجار شناخته شده است زیرا فک پایین که بسیار کوچک است سبب بروز مشکلات بعدی می‌شود از جمله زبان در سمت عقب دهان قرار می‌گیرد و یک قوس عمیق

شکل ۲- کام کاملاً شکافته U شکل در یک نوزاد مبتلا به

PRS. به فک پایین کوچک و زبان عقب‌افتاده توجه کنید.

به طرف کام تشکیل می‌دهد. مشکل عمده در PRS،

ناتوانی شیرخوار در حفظ راه هوایی به‌ویژه در خلال تغذیه است. بعضی از محققان بر این باورند که تغییرات تشریحی برای مسدود کردن مسیر هوایی کارآمد نیستند و وجود ناهنجاری در ساقه مغز را علت آن می‌دانند و بعضی نیز عقیده دارند که عملکرد ماهیچه چانه‌ای-زبانی ضعیف است. بعضی از شیرخواران ممکن است قادر باشند مسیر هوایی را با تلاش تنفسی زیاد باز نگه دارند ولی کاهش اشباع اکسیژن می‌تواند در خلال خواب یا وضعیت خوابیده به پشت رخ دهد. ناهنجاری‌های عصب صورت نیز در اکثر کالبدشکافی‌های شیرخواران مبتلا به PRS مشاهده شده است. از آنجا که تعدادی از عضلات صورت در تغذیه نقش دارند و از طریق این عصب تحریک می‌شوند، این ناهنجاری‌ها می‌توانند مشکلات تغذیه‌ای را تشدید کنند. به‌طور کلی شیرخواران مبتلا به PRS ممکن است مکیدن ضعیف یا ضعف در حرکت ماده غذایی (حرکت شیر به سمت عقب در راستای زبان برای بلعیدن امن) داشته باشند. گاهی بند زبانی (tongue-tie) همراه با PRS رخ می‌دهد. اگر احتمال خطر انسداد راه هوایی ناشی از عقب افتادن زبان وجود داشته باشد نباید بند زبانی، تحت درمان قرار گیرد. یکی از محققان، دو مورد انسداد راه هوایی ناشی از عقب‌افتادگی زبان در راه هوایی (glossoptosis) را پس از فرنوتومی گزارش و مجدداً تأکید کرده است که در صورت وجود PRS عمل فرنوتومی نباید انجام شود.

تغذیه در وضعیت دمر (خوابیده به شکم) یا نیمه‌دمر به طوری که سر به عقب کشیده شده باشد می‌تواند برای شیرخواران مبتلا به PRS سودمند باشد. نوزادان مبتلا به PRS بدون شکاف کام یا لب، ممکن است بتوانند از پستان مادر تغذیه کنند، ولی به احتمال زیاد این تغذیه ناکارآمد است و رشدشان ضعیف خواهد بود. روش‌های تحریک پیش از تغذیه³ که برای شیرخواران مبتلا به PRS که با بطری تغذیه می‌شوند مفید است می‌تواند در شیرخوارانی که از پستان تغذیه می‌شوند نیز سودمند باشد. روش مفید دیگر عبارت است از مکیدن غیرتغذیه‌ای مختصر و ماساژ ملایم (زبان) با نوک انگشت برای جلو آمدن زبان بلافاصله پیش از تغذیه.

روش شیردادن در شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب

مدیریت و روش‌های تغذیه در این شیرخواران بستگی به اندازه و محل شکاف دارد. در نوع یک‌طرفه، نوک پستان و هاله نزدیک کامی قرار می‌گیرد که سالم است. در نوع دوطرفه،

3| Prefeeding stimulation technique

شیردادن به روش نشسته⁴ به نحوی که صورت او به طور مستقیم با پستان در تماس و نوک پستان رو به پایین و یا کمی منحرف به یک طرف باشد، کمک کننده است. بعضی شیرخواران ترجیح می دهند که مادر به روی آنها خم شود⁵ تا بتوانند با کمک نیروی جاذبه زمین، پستان را در دهانشان نگه دارند و شیر بخورند. اگر شکاف به لب محدود باشد بخشی از پوست و یا بافتی از پستان یا انگشت مادر می تواند شکاف را مسدود و از ورود هوا به داخل دهان جلوگیری کند. اگر شکاف، کوچک و در قسمت جلوی کام سخت باشد خود بافت پستان یا یک محافظ نوک پستان سیلیکونی نازک می تواند سطح کافی برای مسدود کردن شکاف ایجاد و امکان مکیدن تقریباً طبیعی را فراهم کند. ولی اگر شکاف به سمت داخل دهان پیش رفته باشد به طوری که بافت پستان نتواند به آن برسد می توان از مسدود کننده کام (یک پروتز آکرلیکی که کام را می پوشاند) استفاده کرد. قسمتی از این مسدود کننده که در دهان شیرخوار قرار می گیرد باید صاف و هموار باشد تا از تحریک و صدمه به پستان جلوگیری شود.

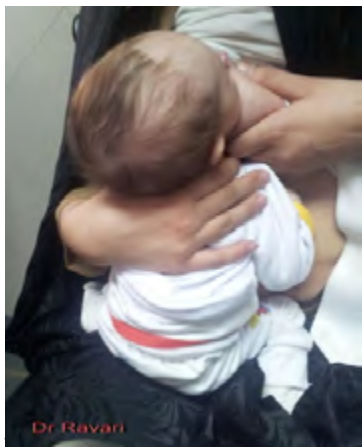
برخی از این شیرخواران اگر به خوبی از قسمت شانه ها و پشت نگه داشته شوند و مادر از دست خود برای حفظ پستان در دهان آنها استفاده کند، شیرخوار می تواند پستان گرفتن خود را کاملاً حفظ کند و از پستان جدا نشود. همچنین مادر می تواند از دست خود برای فشردن پستان جهت دوشیدن شیر به داخل دهان شیرخوار در حین شیر خوردن او استفاده کند. حمایت از پستان به روش دانسر چون سبب نگه داشتن دهان شیرخوار به پستان می شود، مؤثر است. اگر شکاف کوچک و حفظ پستان گرفتن، مشکل اصلی شیرخوار باشد، سفت کردن قسمت جلوی پستان با استفاده از حمایت پستان به روش V hold (استفاده از دو انگشت دوم و سوم در دو طرف پستان به صورت قیچی) می تواند مفید باشد.

مادر بایستی انگشتان خود را به اندازه کافی دور از هاله قرار دهد تا مانع دسترسی نوزاد به هاله پستان نشده و از ایجاد پستان گرفتن سطحی جلوگیری کند.

وضعیت شیردهی مناسب می تواند در خلال مکیدن و بلعیدن از ورود شیر به حلق بینی جلوگیری کند. به طور کلی شیردادن در وضعیت نشسته و یا زیربغلی برای این شیرخواران مناسب تر است. مادر می تواند به طور نیمه نشسته به عقب تکیه داده و شیرخوار را در وضعیت سر بالا و از طرف شکم بر روی قفسه سینه خود قرار دهد، به طوری که چانه

4| Straddle position 5| Lean over

شیرخوار کمی به سمت بالا و عقب قرار گیرد، یا مادر می‌تواند در وضعیت نشسته، پاهای خود را باز کند و نوزاد را بر روی یک ران خود بنشاند⁶ به طوری که پاهای نوزاد در طرفین ران مادر قرار گیرد و نوزاد در وضعیت عمودی و در راستای بدن مادر قرار گرفته و از پستان تغذیه کند.



ممکن است شیر به پستان را به دست خود دراز کردن ممکن شیرخوار به دارد، زیرا نوزادان نمی‌توانند فشار منفی لازم را برای حفظ پستان در دهان خود، ایجاد کنند. اگر شکاف نامتقارن است مادر می‌تواند پستان خود را به گونه‌ای هدایت کند که نوک آن در بخش سالم‌تر کام قرار گیرد.

شیردریافتی شیرخوار مبتلا به شکاف کام، باید به‌طور عملی و با توزین او با یک ترازوی دقیق مورد بررسی قرار گیرد و رشدش به‌دقت کنترل شود. زیرا این شیرخواران به دلیل افزایش نیازهای متابولیک، بیشتر در معرض اختلال رشد قرار می‌گیرند، لذا در صورت نیاز به شیر کمکی ترجیحاً باید با شیر دوشیده مادرشان یا شیر بانک شیر تغذیه شوند. در صورت تغذیه انحصاری با شیر مادر بروز اوتیت مدیای مزمن (خطری که شیرخواران دارای شکاف کام را تهدید می‌کند) کاهش می‌یابد.

مادران را باید در مورد وضعیت‌های مناسب شیردهی، چگونگی حمایت پستان، نگاه‌داشتن چانه و چفت‌شدن دهان شیرخوار با پستان و دوشیدن شیر در دهان او همچنین پیدا کردن یک روش جایگزین مؤثر و بدون استرس جهت تغذیه شیرخوار و شناخت نشانه‌های استرس آموزش داد تا بتوانند به روشی شیرخوار خود را تغذیه کنند که سبب بی‌زاری و نفرت او از

⁶ Straddle sit

تغذیه نشود. ضمن حفظ تولید شیر و داشتن یک برنامه زمان‌بندی مناسب برای دوشیدن شیر، شیرخوار باید به متخصصین ذی‌ربط از جمله تیم‌های جراحی شکاف کام ارجاع شود.

روش‌های تغذیه‌ای جایگزین برای نوزادان با شکاف کام

مادرانی که به شیرخواران مبتلا به شکاف کام مستقیماً از پستان خودشان شیر می‌دهند و یا از وسایل تغذیه‌ای جایگزین برای دادن شیر دوشیده‌شده خودشان یا بانک شیر استفاده می‌کنند، به اطلاعاتی در مورد فواید تغذیه شیرخوار با شیر مادر و حفظ و تداوم تولید شیر نیاز دارند. شروع زودهنگام دوشیدن شیر، استفاده از تجهیزات شیردوش و مدیریت دوشیدن شیر مسائلی هستند که باید مد نظر قرار گیرند. توصیه به دوشیدن مکرر (۸ تا ۱۰ بار در روز) برای تولید شیر فراوان می‌تواند مفید باشد. مادران ممکن است برای برنامه‌ریزی در مورد دوشیدن شیر به کمک نیاز داشته باشند. در موارد شکاف کام استفاده از پمپ الکتریکی دوتایی، کمک‌کننده است. هنگامی که تولید شیر به‌خوبی محقق شود، مادران می‌توانند تعداد دفعات دوشیدن‌های روزانه را کاهش دهند و تولید شیر خود را حفظ کنند.

مجدداً تأکید می‌شود که به دلیل احتمال بیشتر خطر بروز عفونت‌های مکرر گوش به‌خصوص در موارد شکاف کام و نیاز به وزن‌گیری برای انجام اعمال جراحی به‌موقع، تغذیه با شیر مادر بهترین انتخاب است چون ضمن تغذیه مناسب و دریافت مواد حفاظتی، با کاهش خطر عفونت و افزایش استحکام پیوند عاطفی همراه است. به همین منظور در صورتی که تغذیه از پستان نتواند به‌درستی انجام شود، از وسایلی مانند فنجان، قاشق، سرنگ، محافظ نوک پستان (در موارد خاص)، بطری‌های مخصوص و یا تغذیه انگشتی و غیره استفاده می‌شود. تغذیه با بطری‌های مخصوص توصیه‌شده نیز ممکن است مورد استفاده قرار گیرند اما اغلب به عمل و تجربه دقیق نیاز است تا روش تغذیه مناسبی برای رشد کافی شیرخوار انتخاب شود. تغذیه این کودکان به دلیل خطر آسپیراسیون، آهسته و پُر استرس است.

مکمل‌رسانی فعال به‌صورت SNS می‌تواند تغذیه از پستان را برای شیرخواران با شکاف کام حتی اگر قادر به انتقال شیر هم نباشند، فراهم کند و به طبیعی کردن حرکات زبان و کشش لازم برای گسترش طبیعی کام کمک کند. در مورد دستگاه‌های مکمل‌رسان تجارتي (سیستم مکمل‌رسان، SNS) یا دست‌ساز آن (توسط لوله تغذیه معمولی در بطری شیر)

که بر اساس نیاز به فشار منفی کار می‌کنند، باید انتهای لوله بین زبان شیرخوار و پستان مادر قرار بگیرد تا پستان بتواند شکاف را به اندازه کافی مسدود کند و یا از وسیله مکمل‌رسان به‌گونه‌ای استفاده شود که شیر با نیروی جاذبه و یا فشردن محفظه شیر، جریان یابد. وسیله SNS تجارتي را می‌توان به طریقی مشابه با ایجاد یک سوراخ کوچک در انتهای آن و کلامپ کردن لوله آن با انگشت برای کنترل و یا توقف جریان شیر تغییر داد. ساده‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین کار استفاده از یک لوله تغذیه (French 5 یا باریک‌تر) همراه با یک سرنگ پر از شیر است که می‌تواند مفید باشد. بهتر است که لوله به پستان با چسب چسبانده یا با انگشت خود مادر نگه داشته شود و انتهای آن نزدیک نوک پستان قرار گیرد. همچنین می‌توان از یک سرنگ دندانپزشکی (سرنگی با نوک خمیده) و یا رابط سلیکونی سرنگ (Finger feeder) نیز استفاده کرد ولی باید دقت کرد که شیر وارد شکاف



نشود. اکثر مشاوران شیردهی که از این سرنگ‌ها استفاده می‌کنند به جای قراردادن نوک آن بر روی بافت مخاطی دهان نوزاد، آن را بر روی پستان مادر قرار می‌دهند. همچنین می‌توان از وسیله Hazelbaker Finger feeder استفاده کرد که با مکیدن شیرخوار، جریان شیر کنترل می‌شود. در هنگام مکمل‌رسانی فعال، مادر انتقال شیر از سرنگ متصل به لوله تغذیه

را توسط فشار به پیستون سرنگ با مک‌زدن شیرخوار هماهنگ می‌کند. هنگامی که نوزاد فک تحتانی و قسمت عقب زبان خود را پایین می‌آورد، مادر پیستون سرنگ را فشار می‌دهد تا توده غذایی (bolus) کوچک دیگری که همان شیر است را به دهان نوزاد منتقل کند (تقریباً ۰/۵ میلی‌لیتر یا به اندازه‌ای که نوزاد بتواند به‌طور امن بلعد). هدف از این کار تا حد امکان دستیابی به الگوی طبیعی مکیدن است: نسبت ۱:۱ مکیدن-بلعیدن برای ۱۰ الی ۲۰ فعالیت مکیدن، همراه با ۵ تا ۶ ثانیه مکث برای تنفس که دست‌کم به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه اول تغذیه انجام می‌شود. با خسته‌شدن نوزاد مکث‌ها به احتمال زیاد طولانی‌تر خواهند شد. عدم بلع نشانه این است که حجم توده‌های شیر بسیار کوچک هستند و بر عکس، نشت شیر از کنار لب و یا صدای بلعیدن غیرطبیعی، نشانه بزرگ‌بودن بیش از حد توده شیر واردشده به دهان است. بازکردن انگشتان و چشم‌ها و یا مقاومت در خوردن،

نشان می‌دهند که سرعت انتقال شیر بیش از حد است. تا زمانی که مادر بتواند انتقال شیر را به‌درستی با مکیدن نوزاد هماهنگ کند و در مواقع مکث‌های تنفسی متوقف کند، بایستی مورد نظارت قرار گیرد.

تغذیه‌کننده هابرمن⁷

در تغذیه‌کننده هابرمن، نوک (teat) آن از طریق یک مسیر یک‌طرفه (از بطری به نوک) جدا شده است و به نوزاد اجازه می‌دهد که تنها با استفاده از فشردن آن شیر بنوشد. مادر و یا کسی که شیرخوار را تغذیه می‌کند می‌تواند با فشردن نوک آن به تلاش‌های تغذیه‌ای نوزاد کمک کند. به‌علاوه این تغذیه‌کننده یک شکاف در نوک آن دارد که امکان کنترل اندازه توده شیر را از طریق جهت‌دهی نوک آن در دهان نوزاد فراهم می‌سازد. اگر شکاف موازی با زبان باشد، جریان در کندترین حالت خود و اگر شکاف نوک آن عمود بر زبان باشد، جریان در سریع‌ترین حالت خود قرار دارد. نوک تغذیه‌کننده هابرمن دارای سه خط مشخص برای نشان‌دادن جریان شیر است. طول نسبی خطی که به سمت بینی نوزاد قرار می‌گیرد وضعیت جریان شیر را نشان می‌دهد. این بطری در دو نوع، یکی با نوک بلند معمولی برای کمک به ایجاد شیار مرکزی در زبان و دیگری با نوک کوتاه‌تر است که برای نوزادان نارس کوچک یا نوزادانی که رفلکس عق‌زدن قوی دارند، مناسب است.

طرز استفاده از تغذیه‌کننده هابرمن

با تماس نوک تغذیه‌کننده هابرمن بر روی لب بالا یا بند لب بالایی شیرخوار، به او در رفلکس بازکردن دهان (دهانی کاملاً باز) کمک می‌شود. هنگامی که شیرخوار دهان خود را کاملاً باز می‌کند، مادر می‌تواند پایه نوک تغذیه‌کننده را به ابتدای زبان او تماس دهد و نوک تغذیه‌کننده را درون دهان او بگذارد (شکل ۳). این وضعیت به شبیه‌سازی تغذیه از پستان برای حفظ رفتارهای تغذیه‌ای طبیعی کمک می‌کند. در ابتدا بهتر است انتقال شیر را از نشانه جریان آهسته، شروع کرد (کوتاه‌ترین خط بر روی سر بطری که به سمت بینی نوزاد اشاره دارد) و سپس زمانی که نسبت مکیدن-بلعیدن-تنفس ۱:۱:۱ با هماهنگی مناسب بلعیدن و تنفس حاصل شد، سرعت جریان را با چرخاندن تغذیه‌کننده افزایش داد. اگر شیرخوار نتواند جریان سریع را تحمل کند، بایستی جریان را کاهش داد تا زمانی که او بتواند بدون علائم استرس (انگشتان و چشم‌های باز، چین‌دادن به پیشانی، حالت نگران،

⁷ (Special Needs Feeder) Haberman Feeder

تغییر رنگ، دیسفاژی، سرفه کردن، گرفتگی بینی که با پیشرفت تغذیه افزایش می‌یابد، قورت دادن یا دیگر صداهای مربوط به بلع با هماهنگی ضعیف) به تغذیه ادامه دهد. اگر سر بطری (teat) برای کمک به حرکات زبان شیرخوار جهت خروج شیر فشرده می‌شود، بایستی دقت کرد که فشار ایجادشده هماهنگ با تلاش‌های تغذیه‌ای شیرخوار باشد تا هماهنگی در بلعیدن و تنفس او را تحت تأثیر قرار ندهد.



شکل ۳- استفاده از یک PRS و ناپایداری راه هوایی. به انگشتان باز شده دست و پا توجه کنید. جلو در یک نوزاد مبتلا

تغذیه کننده پیجن⁸

تغذیه کننده پیجن یک بطری پلاستیکی قابل انعطاف با سر دارای دریچه است. سر این تغذیه کننده به بطری سیلیکونی معمولی شباهت دارد ولی دارای یک سمت نرم تر و یک سمت سفت تر است. سمت نرم تر در مقابل زبان قرار می‌گیرد و شیر به علت فشردگی سر بطری توسط زبان از نوک تغذیه کننده جریان می‌یابد. جریان حاصل از تغذیه کننده پیجن نسبتاً زیاد است بنابراین توانایی نوزاد جهت بلعیدن امن در این جریان باید مورد ارزیابی قرار گیرد. تغذیه کننده پیجن در مورد شیرخوارانی که می‌توانند این نوع جریان شیر را تحمل کنند، امکان استقلال بیشتری را نسبت



به یک تغذیه‌کننده فشردنی که به تناوب با هر مکیدن بطری فشرده می‌شود فراهم می‌سازد. محققان مشاهده کردند که نوزادان مبتلا به شکاف‌های کام و لب، هنگامی که از تغذیه‌کننده پیچ‌ن استفاده می‌کنند، در مقایسه با یک بطری معمولی می‌توانند به‌طور مؤثرتری عمل تغذیه را انجام دهند

تغذیه‌کننده مید جانسون⁹



این تغذیه‌کننده از یک بطری نرم و انعطاف‌پذیر با نوک پلاستیکی کوتاه تشکیل شده است. با فشردن بطری با هر مکیدن و یا با هر ۳ تا ۵ بار مکیدن در شیرخواری که مشکل تنفسی دارد شیر به دهان نوزاد هدایت می‌شود. به‌طور کلی این بطری می‌تواند تغذیه را برای نوزاد فراهم کند ولی در رشد و تکامل عضلات دهان و زبان که در تغذیه طبیعی با پستان مادر وجود دارد، تأثیری ندارد.

تغذیه با انگشت

تغذیه با انگشت گاهی برای نوزادان با شکاف کام مفید است به‌ویژه در موارد مبتلا به PRS که ممکن است در حفظ باز نگه‌داشتن راه هوایی با دیگر روش‌های جایگزینی در تغذیه (حتی هنگامی که در وضعیت نیمه‌دمر قرار داده می‌شوند) مشکل داشته باشند. این نوزادان چون قادر به ایجاد فشار منفی در درون دهان خود نیستند، با استفاده از این روش تغذیه‌ای (استفاده از سرنگ و لوله تغذیه) یک جریان فعال ایجاد می‌شود. شیرخوار را می‌توان در وضعیت نشسته یا خوابیده به شکم نگه داشت به طوری که سر او کمی به سمت عقب قرار گیرد تا راه هوایی او بیشتر باز بماند. به جلو راندن فک پایین (استفاده از انگشتان برای ایجاد فشار به پشت زاویه فک برای کشیدن و به جلو آوردن زبان) به کاهش انسداد راه هوایی کمک می‌کند. هنگامی که نوزاد دهان خود را کاملاً باز می‌کند اگر والدین (با انگشت تمیز) یا درمانگر با انگشت دستکش دار، انگشت خود را در طول زبان او بکشد. شیرخوار به زودی یاد خواهد گرفت که از زبان خود برای بردن انگشت به عمق دهان (جایی که اگر شکاف وجود نداشت، محل اتصال کام سخت و نرم بود) استفاده کند. تلاش‌های مکیدن شیرخوار می‌تواند سرعت تغذیه را تعیین کند.

⁹ Mead Johnson

هر گاه شیرخوار عمل مکیدن را انجام می‌دهد، مادر یا درمانگر با کمک سرنگ متصل به لوله تغذیه، مقدار کمی شیر را به دهان او منتقل می‌کند و با توقف مکیدن‌ها، عمل انتقال را خاتمه می‌دهد.



استفاده از انگشت برای تغذیه یک نوزاد در وضعیت خوابیده به شکم و سر کمی به سمت عقب می‌تواند سرعت تغذیه را تنظیم و حرکات طبیعی زبان را تقویت کند. به انگشتان مادر که فک پایین را به سمت جلو هدایت می‌کند تا کیفیت راه هوایی این نوزاد مبتلا به PRS را بهبود ببخشد، توجه کنید.

شکاف‌های زیرمخاطی و ناکارآمدی کامی - حلقی¹⁰

شکاف‌های زیرمخاطی در محل تلاقی کام سخت و نرم (velum) می‌توانند عملکرد طبیعی ماهیچه‌های کام نرم را مختل کنند و سبب خروج شیر از بینی در خلال تغذیه آرام و تغذیه طولانی (بیش از ۴۰ دقیقه) در شیرخوار شوند. شکاف‌های زیرمخاطی در جمعیت عمومی نادر هستند ولی در ۳ درصد کودکان مبتلا به شکاف لب (لب‌شکری) رخ می‌دهند. یکی از پیامدهای شکاف زیرمخاطی، ناکارآمدی کامی-حلقی است (ناتوانی ماهیچه‌های حلقی و کام نرم برای بستن حلق بینی). مکانیسم‌های عصبی (توان و یا هماهنگی ضعیف انقباضات ماهیچه‌ای) و همچنین دیگر مشکلات تشریحی مانند هیپوپلازی (رشد کم و ناکامل) کام نرم نیز می‌توانند سبب ناکارآمدی کامی-حلقی شوند. نوزادان با ناکارآمدی کامی-حلقی

10 | Submucous Clefts and Velopharyngeal Inadequacy

معمولاً می‌توانند از پستان مادر تغذیه کنند ولی ممکن است خروج شیر از بینی سبب آزار آنان شود (شکل ۴). برخی نوزادان از خروج شیر از بینی پس از تغذیه یا در حین تغذیه رنج برده و یا به نظر می‌رسد که نمی‌توانند به خوبی تغذیه کنند. هر گاه شیرخوار به‌طور پیوسته مکیدن‌های کوتاه داشته باشد¹¹ یا بدون سیانوز باشد و صدای تنفسی خشن در خلال تغذیه داشته باشد و یا دست‌کم گاهی شیر از بینی او خارج شود، بیشتر به ناکارآمدی کامی - حلقی باید شک کرد. تغییر وضعیت شیرخوردن (نشسته با پاهای باز، دراز کشیده به پهلو، یا خوابیده به شکم) می‌تواند خروج شیر از بینی را کاهش دهد. علائم فیزیکی در شکاف کام زیرمخاطی عبارتند از: زبان کوچک دو شاخه، وجود درز در محل تقاطع کام سخت و کام نرم، عدم وجود خار خلفی بینی در قسمت عقب کام سخت، شکاف میانی برجسته در کام و برآمدگی اطراف بینی (شکل ۵). با تاباندن نور به درون حفره بینی نوزاد ممکن است یک ناحیه نیمه‌شفاف در قسمت مرکزی کام او مشاهده شود. احتمال دارد شکاف زیرمخاطی نهفته بدون دو شاخه‌شدن زبان کوچک، باشد و آشکارسازی آن بدون تصویربرداری مغناطیسی (ام. آر. آی). دشوار باشد. ناکارآمدی کامی - حلقی را می‌توان از طریق آندوسکوپی بینی نیز تشخیص داد. گاهی پزشک ممکن است مادر را از شیردهی با پستان منصرف کند ولی تجربه مؤلف در کارکردن بر روی این شیرخواران نشان می‌دهد که آنها در تغذیه با پستان نسبت به بطری (حتی با استفاده از تغذیه‌کننده هابرمن و تنظیم دقیق سرعت جریان شیر) عملکرد بهتری دارند (شکل ۶).



شکل ۵- کودکی با ناکارآمدی کامی - حلقی و علائم نامحسوس شکاف زیرمخاطی، شامل برآمدگی‌های نزدیک بینی، و لب بالایی مانند بال پرنده (gull wing)



شکل ۴- خروج شیر از بینی به علت ناکارآمدی کامی - حلقی



شکل ۶- شکاف‌های عرضی دوطرفه بر روی صورت (بزرگی بیش از حد دهان (macrostomia) این وضعیت می‌تواند به صورت مجزا یا همراه با کوچک‌بودن یک‌طرفه صورت یا رشد ناهنجار فک پایین و قسمت میانی صورت رخ دهد. این نوزاد با گرفتن مقدار کافی از پستان به دهان می‌توانست به خوبی تغذیه کند ولی قادر به فشردن دهان خود بر روی شیشه شیر نیست.

تا زمانی که شیرخوار بتواند تمام نیازهای تغذیه‌ای خود را با پستان مادر برآورده سازد تغذیه‌کننده هابرمین را می‌توان علاوه بر تغذیه پستانی مورد استفاده قرار داد. در شیرخوار ممکن است مقاومت در برابر تغذیه در سه ماهگی به علت احساس ناراحتی یا استرس حاصل از نفوذ شیر به حلق بینی او رخ دهد. معمولاً تشویق و یا پرت کردن حواس شیرخوار در هنگام تغذیه، سودمند است. بعضی از شیرخواران به نگه‌داشتن یک اسباب‌بازی در خلال تغذیه به خوبی پاسخ می‌دهند و برخی دیگر اگر در کیسه آغوشی مخصوص قرار بگیرند و تغذیه شوند و مادر نیز در حال حرکت باشد، پاسخ مثبت می‌دهند.

شیرخواران با شکاف‌های آشکار یا زیرمخاطی ممکن است به طور غیرمؤثری تغذیه کنند و فرآیند تولید شیر مادر را به خطر بیندازند. لذا بایستی به دقت تحت نظر قرار گیرند تا از رشد مناسب آنها اطمینان حاصل شود. اگر فرآیند رشد مشکل داشت، مکمل‌رسانی با شیر دوشیده‌شده مادر (استفاده از SNS یا دیگر روش‌های تغذیه‌ای جایگزین) می‌تواند به رشد شیرخوار و افزایش تولید شیر مادر کمک کند. روش‌های تغذیه‌ای جایگزین با در نظر گرفتن دو هدف، یعنی تغذیه و به هنجارسازی مهارت‌های حرکتی شیرخوار، صورت می‌گیرد. مهم است که شیرخوار تا حد امکان در تغذیه مشارکت داشته باشد و شیر نباید صرفاً به درون دهان او ریخته شود. روش تغذیه‌ای اتخاذشده بایستی حرکات طبیعی زبان را تقویت کند تا عملکرد مناسب زبان در آینده فراهم شود.

ملاحظات قبل و بعد از عمل ترمیمی و مدیریت شیردهی:

عموماً اولین عمل ترمیم شکاف لب در طی سه ماه اول زندگی و در مورد شکاف کام در شش ماه دوم سال اول زندگی است. اکثر شیرخواران می‌توانند بدون آنکه صدمه‌ای به بخیه بخورد و یا پاره شود، بلافاصله و

مستقیم از پستان مادر تغذیه کنند. مزیت‌های تغذیه مستقیم از پستان بعد از عمل جراحی شکاف لب و شکاف کام نسبت به استفاده از قاشق، قطره چکان، بطری، یا لوله معده و سرنگ، شامل نیاز کمتر به مسکن، دریافت مایعات وریدی کمتر، تخت روز کمتر بستری و وزن‌گیری بهتر شیرخوار بدون پارگی محل ترمیم است. برای تغذیه و رشد مناسب این شیرخواران معمولاً ترکیبی از چند روش تغذیه‌ای استفاده می‌شود. شیرخواران مبتلا به شکاف کام به علت جدا نبودن فضای بینی با دهان، در هنگام تغذیه مقدار زیادی هوا می‌بلعند که می‌تواند منجر به اتساع شکم، حالت به گلو پریدن شیر، عقرزدن، بی‌حالی در هنگام تغذیه، استفراغ و طولانی‌شدن زمان تغذیه شود. اگر این شیرخواران با شیر مادر تغذیه شوند باید از تولید شیر کافی مادر اطمینان داشت، همچنین دوشیدن شیر، تغذیه مستقیم از پستان در وضعیت‌های مناسب شیردهی همراه با رساندن شیر کافی توسط روش‌های جایگزین و گرفتن آروغ، از اقدامات اساسی و مهم در این خصوص است.

خلاصه:

شکاف کام و شکاف لب می‌تواند هر یک به تنهایی و یا توأم و به‌صورت یک نقص مادرزادی به‌صورت یک‌طرفه یا دوطرفه، ناقص و یا کامل شیوع داشته باشد. اگرچه شکاف لب آشکار و مشخص است، شکاف کام تنها با معاینه دقیق بررسی دهان نوزاد تشخیص داده می‌شود. این شیرخواران می‌توانند تا حد امکان از طریق پستان مادر تغذیه شوند و مشکلات گوارشی و تنفسی و عفونت‌های گوش و افت شنوایی در این شیرخواران نسبت به آنها که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند، بسیار کمتر است. در مورد شکاف لب یک‌طرفه، با پرکردن فضای خالی با آرئول و یا انگشت شست و گرفتن صحیح پستان، تغذیه با شیر مادر به‌خوبی انجام می‌شود. شیردهی در وضعیت نشسته و یا زیربغلی بسیار کمک‌کننده است. مشکلات تغذیه‌ای در شیرخواران مبتلا به شکاف کام، احتمال بروز اختلالات رشد را در آنان افزایش می‌دهد.

اگر شکاف کوچک و در قسمت جلوی کام سخت باشد، خود بافت پستان می‌تواند آن را بپوشاند و امکان مکیدن تقریباً طبیعی را فراهم کند ولی اگر شکاف به سمت داخل دهان پیش رفته باشد به طوری که پستان نتواند به آن برسد می‌توان از یک پروتز آکرلیکی

پوشاننده کام استفاده کرد. رشد شیرخوار با شکاف کام باید به دقت و مکرر کنترل شود. زیرا این شیرخواران به دلیل افزایش نیازهای متابولیک، بیشتر در معرض اختلال رشد قرار می گیرند. برای شیرخواران مبتلا به شکاف کام که قادر به تغذیه مستقیم از پستان مادر نباشند می توان شیر دوشیده شده مادر را از طریق قاشق، فنجان، سرنگ، محافظ نوک پستان (در موارد خاص)، SNS و یا بطری های مخصوص و یا تغذیه انگشتی به شیرخوار خوراند.

مادرانی که مستقیماً به شیرخواران مبتلا به شکاف کام خود از پستان شیر می دهند و یا از روش های تغذیه ای جایگزین با استفاده از شیر دوشیده شده خود استفاده می کنند، خود به اطلاعاتی در مورد فواید تغذیه با شیر مادر، حفظ و تداوم تولید شیر نیاز دارند. شروع زود هنگام دوشیدن شیر و نحوه استفاده از تجهیزات شیردوش و مدیریت دوشیدن شیر مسائلی هستند که باید مد نظر قرار گیرند. توصیه به دوشیدن مکرر (۸-۱۰ بار در روز) برای تولید شیر فراوان می تواند مفید باشد. مادران ممکن است برای برنامه ریزی در مورد دوشیدن شیر به کمک نیاز داشته باشند. در موارد شکاف کام استفاده از پمپ الکتریکی دوتایی کمک کننده است. هنگامی که تولید شیر به خوبی محقق شد، مادران می توانند دفعات دوشیدن های روزانه را کاهش دهند و تولید شیر خود را حفظ کنند.

انواع بطری های مخصوص برای تغذیه این شیرخواران عبارتند از:

تغذیه کننده هابرم، پیجن و میدجاسون که می توانند مورد استفاده قرار گیرند، اما برای انتخاب روش تغذیه مناسب که تأمین کننده رشد کافی شیرخوار باشد، اغلب به کار و تجربه دقیق نیاز است. تغذیه این کودکان به دلیل خطر آسپیراسیون، آهسته و پر استرس است. عمل ترمیم شکاف لب طی سه ماه اول زندگی و در مورد شکاف کام در شش ماه دوم سال اول زندگی توصیه شده است.

منابع:

- 1- Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, Third Edition, 2017.
- 2- Breastfeeding Management for the Clinician, Second Edition, Marsha Walker, 2011.