



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

unicef



ศูนย์วิจัยและส่งเสริม母乳喂养
THAI BREASTFEEDING CENTER



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การวิจัยและเฝ้าระวังสุขภาพ

เวชปฏิบัติ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

Clinical Practice of Breastfeeding



บรรณาธิการ

ภาวีน พัวพรพงษ์

คมกฤช เอี่ยมจิตรกุล

ศิรินุช ชมโท

อรพร ดำรงวงศ์ศิริ

ชื่อหนังสือ เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
Clinical Practice of Breastfeeding

ISBN: 978-616-91375-5-9

จัดพิมพ์โดย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1 2559

จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม

จำนวนหน้า 364 หน้า

พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด

ISBN: 978-616-91375-5-9



สารจากประธาน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



ทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF แนะนำให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึงหกเดือนหลังคลอดเนื่องจากมีข้อมูลจากการวิจัยยืนยันชัดเจนว่ามีประโยชน์ต่อทั้งทารก (ลดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อ ภูมิแพ้ เบาหวาน โรคอ้วน ฯลฯ) และยังมีประโยชน์ต่อมารดาด้วย เช่น ลดการตกเลือดหลังคลอด มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม ฯลฯ

สูตินรีแพทย์เป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่หญิงตั้งครรภ์จะมาพบและรับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์ จึงมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะแนะนำให้มารดาทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจและเตรียมตัวในการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะทำให้ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น กระผมขอวิงวอนให้สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องใส่ใจและตั้งใจที่จะช่วยรณรงค์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจัง

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับคณาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ 11 สถาบัน ได้ช่วยเรียบเรียงเนื้อหาที่จำเป็นเป็นคู่มือการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และเสนอแนวทางการแก้ปัญหา จำนวน 60 เรื่องที่จะช่วยให้แพทย์สามารถศึกษาในระยะเวลาอันสั้น แล้วนำไปใช้ได้ทันที ซึ่งจะทำให้แพทย์สามารถสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยความมั่นใจ ยินดีและภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิกศุภ ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สารจากประธาน

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย



กุมารแพทย์มีบทบาทที่ร่วมดูแลทารกตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจนทารกคลอด และติดตามดูแลทารกให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีพัฒนาการตามวัย มารดาจึงมักขอคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยสำหรับทารก ซึ่งความคาดหวังของมารดาและครอบครัวมักมีความต้องการให้ลูกที่เกิดมามีความเฉลียวฉลาด มีพัฒนาการที่ดี และมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง การให้ลูกได้กินนมแม่อย่างเหมาะสม จากนั้นกินอาหารตามวัยร่วมกับกินนมแม่ต่อไปเป็นเวลาสองปีหรือนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับการต้องการของมารดาและทารก น่าจะตอบโจทย์ของความต้องการนี้ได้ เนื่องจากนมแม่ถือเป็นอาหารมาตรฐานที่ควรให้แก่ทารกแรกเกิดเป็นสิ่งที่ธรรมชาติสร้างมาให้มีความเหมาะสมสำหรับลูกของมนุษย์ โดยมีประโยชน์ที่ทราบกันดีแล้วว่า ช่วยในเรื่องความเฉลียวฉลาด การป้องกันการติดเชื้อ ลดการเกิดภูมิแพ้ มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในวัยเด็ก ลดการเกิดเบาหวานและโรคอ้วนเมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้น

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับคณาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ 11 สถาบันได้ช่วยเรียบเรียงเนื้อหาที่จำเป็นเป็นคู่มือการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางการแก้ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทารกปกติและทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำหรือการดูแลเฉพาะโดยหนังสือเล่มนี้น่าจะช่วยให้แพทย์สามารถสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสมและปฏิบัติภารกิจนี้ด้วยความมั่นใจ

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

สารจากประธาน

คณะกรรมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



คณะกรรมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกันของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย โดยมีมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เป็นเลขานุการและจัดหาทุนดำเนินการ ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทย องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาบันผลิตแพทย์ การผลิตสื่อเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งที่จะให้อาจารย์แพทย์ และนักศึกษาแพทย์ใช้เป็นตำราเพื่อการเรียนรู้ในเรื่องนี้ ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้จัดพิมพ์ขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 มีเนื้อหาทางทฤษฎีที่ทันสมัย ครอบคลุมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างค่อนข้างสมบูรณ์ แต่ไม่ได้เน้นเรื่องการปฏิบัติเท่าไรนัก คณะกรรมการจึงได้มอบหมายให้ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ภาวีน พัวพรพงษ์ อาจารย์นายแพทย์คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงศิรินุช ชมโท และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรพร ดำรงวงศ์ศิริ เป็นบรรณาธิการจัดทำหนังสือ เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Clinical Practice of Breastfeeding) โดยมีอาจารย์แพทย์จากสถาบันผลิตแพทย์ 11 สถาบัน รวมจำนวน 39 คน เป็นผู้นิพนธ์ คณะกรรมการฯ หวังอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการเรียนการสอน และบุคลากรผู้ให้การดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่

ขอขอบคุณคณะกรรมการ อาจารย์ผู้นิพนธ์ และอาจารย์แพทย์อาวุโส ที่มีประสบการณ์ในเรื่องการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ช่วยตรวจทานแก้ไข ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการทำหนังสือเล่มนี้

ขอขอบคุณ คณะกรรมการบริหารมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนการทำโครงการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการจัดทำหนังสือเล่มนี้ เพื่อให้แพทย์มีความรู้ความเข้าใจ รู้แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อสุขภาพของเด็กไทย ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ

ประธานคณะกรรมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



คำนำ



แม้เรื่องกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเป็นเรื่องพื้นฐานที่แต่ดั้งเดิม แม่จะให้นมลูกอยู่แล้วตามธรรมชาติ และการเรียนรู้เรื่องกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะได้รับผ่านการมองเห็น ความใกล้ชิด ความประทับใจและซึมซับถึงประสบการณ์กาให้นมลูกของคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านในสังคมดั้งเดิม ประกอบกับการให้การสนับสนุนจากคนรุ่นก่อน รุ่นสู่รุ่น แต่ในสังคมยุคปัจจุบันที่เป็นครอบครัวเดี่ยวและให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม การให้นมลูกซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติถูกละเลย ร่วมกับการโฆษณาทางสื่อถึงการใส่สารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในนมผงดัดแปลงสำหรับทารกต่างๆ ที่สารต่างๆ เหล่านี้มีอยู่แล้วอย่างครบถ้วนและหลากหลายมากกว่าในนมผงแม่ที่ขาดทักษะและขาดการสนับสนุนในการให้นมลูก จึงอาจมีความกดดันและเลือกที่จะใช้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกเป็นทางออก โดยจะเห็นว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือนจากการสำรวจของยูนิเซฟในปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 5.4 และในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 12.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ร้อยละ 50 มาก

แพทย์ในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญและเป็นผู้นำในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องมึบทบาทในการให้การสนับสนุนกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความรู้ทางการแพทย์รวมทั้งโรคต่างๆ มีเพิ่มขึ้น ในขณะที่กาเรียนรู้และอบรมทักษะต่างๆ ของแพทย์มีระยะเวลาจำกัด กาจัดทำหนังสือเล่มนี้จึงตั้งใจในการช่วยเหลือแพทย์ โดยเลือกกาให้คำแนะนำ คำปรึกษา แนวทางการแก้ไขปัญหา และนำเสนอทักษะที่จำเป็นที่จะใช้ในการสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถนำคู่มือนี้ติดไว้ประจำที่คลินิก ผักครรรค์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด หอผู้ป่วยทารกวิกฤต คลินิกหลังคลอด

คลินิกเด็กดี และคลินิกนมแม่ หรือพกพาติดตัวในกรณีที่เป็นแพทย์ที่ต้องดูแลเกี่ยวกับมารดาและทารกเป็นประจำ

สุดท้ายนี้ ทีมบรรณาธิการพร้อมผู้ร่วมจัดทำทุกท่านหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้แพทย์มีความพร้อมและมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษามารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมเป็นตัวแทนที่ส่งแรงใจผ่านความตั้งใจที่จะเห็น **“เด็กไทยได้กินนมแม่”** เพิ่มขึ้น

ทีมบรรณาธิการ



ประวัติผู้พิมพ์



กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

พ.บ., วว. กุมารเวชศาสตร์
ศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

กุลมา ชูศิลป์

พ.บ., วว. กุมารเวชศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล

พ.บ., วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คมกฤษ เอี่ยมจिरกุล

พ.บ., วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จรรยา จิระประดิษฐา

พ.บ., วว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
Cert. in Neonatal-Perinatal Medicine, University of Calgary, Canada
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ฉัตรฉาย เปรมพันธ์พงษ์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
อาจารย์ หน่วยทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชฎานิต อภิรักษ์วิริยะ

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุษณา เพชรพิเชฐเชียร

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฐานิตรา ตันติเตมิต

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (มะเร็งวิทยานรีเวช)
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ดารณี ศิริชัยสุทธิกร

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ธานินทร์ พิรุณเนตร

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
พันโท, หน่วยทารกแรกเกิด
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)
รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บุรณี เสวตสุทธิพันธ์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชา นันทน์ถนอมิต

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปรีศนา พานิชกุล

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล

พ.บ. (เกียรติคุณอันดับ 1), ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
Cert. in Neonatology, Rainbow Babies and Children's Hospital,
Case Western Reserve University, USA
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พรรณทิพา ฉัตรชาติ

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1), ว.ว.กุมารเวชศาสตร์ (ภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกัน)
Cert. in Allergy & Immunology, USA
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรรณวรา ปรีตกุล

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
MMedSci MedEd, University of Nottingham, UK
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤษัท พงษ์มี

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พัชราภา ทวีกุล

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1), ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาวิน พัวพรพงษ์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เมลิตา สุขสมานวงศ์

พ.บ., ว.ว. สุนิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)
อาจารย์ ภาควิชาสุนิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รัชดา เกษมทรัพย์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
Master of Science (Nutrition)
กุมารแพทย์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

รัตนชัย เริ่มรวย

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

พ.บ., ว.ว. สุนิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
อาจารย์ ภาควิชาสุนิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วรางค์ทิพย์ คูอุฒยากร

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัชรီ ดันติประกา

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิภาดา เหล่าสุขสถิตย์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

อาจารย์แพทย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิไลพร เตชะสาธิต

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศรัยอร ธงอินเนตร

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (โรคหัวใจ)

อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ศศิวิมล สุ่นสวัสดิ์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)

อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริรุข ชมโท

พ.บ. (เกียรติคุณมออันดับ 1), ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (โภชนาการ)
Ph.D.(Nutrition), Dip. Pediatric Nutrition
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดาทิพย์ ไชลิตะมงคล

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุทธา หามนตรี

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (มะเร็งวิทยานรีเวช)
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โสภาพรณ เงินฉ่ำ

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด),
วท.ม. ระบาดวิทยาคลินิก
Cert. in Neonatology
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อนุชา ธาตรีมนตรีชัย

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ (ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)
Clinical Fellowship in Neonatology, Ontario, Canada
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อรพร ดำรงวงศ์ศิริ

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาโภชนวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อรสา เหมะจันทร์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

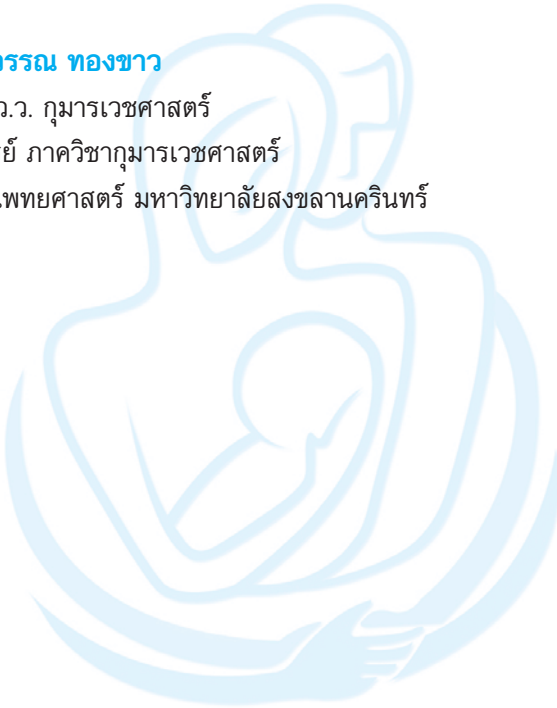
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อรุณวรรณ ทองขาว

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สารบัญ



ส่วนที่ 1 ความรู้พื้นฐาน

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม _____ 1
สุทธา หามนตรี
2. ส่วนประกอบสำคัญของนมแม่และการเปลี่ยนแปลงในภาวะต่างๆ ____ 7
ฐานิตรา ตันติเตมิต

ส่วนที่ 2 การดูแลระหว่างพักครรภ์ และการคลอด

3. การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ _____ 15
อรสา เหมะจันทร์
4. การให้ลูกกินนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์ _____ 24
พรรณวรา ปริตกุล
5. การให้อาหารและสารน้ำในระยะคลอด _____ 28
วิภาดา เหล่าสุขสถิตย์
6. การตัดสายสะดือและการดูแลทารกแรกเกิด _____ 33
เมลิตา สุขสมานวงศ์
7. การให้มารดาได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด ____ 37
เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล
8. การเริ่มต้นให้ทารกกินนมแม่ _____ 41
เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล

ส่วนที่ 3 การดูแลมารดาในระยะหลังคลอดและการกักในโรงพยาบาล

9.	การสอนและการประเมินการเข้าเต้า _____	44
	<i>ดารณี ศิริชัยสุทธิกร</i>	
10.	การจัดทำให้นมลูก _____	54
	<i>ภาวิน พัวพรพงษ์</i>	
11.	การให้นมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอด _____	59
	<i>ภาวิน พัวพรพงษ์</i>	
12.	การเตรียมมารดาก่อนกลับบ้าน _____	64
	<i>ดารณี ศิริชัยสุทธิกร</i>	
13.	ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด _____	68
	<i>ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์</i>	
14.	การประเมินทารกว่าได้รับน้ำนมเพียงพอ _____	73
	<i>วรางค์ทิพย์ คุฎมยากร</i>	

ส่วนที่ 4 ปัญหาห้วนนม เต้านม และการสร้างน้ำนม

15.	ภาวะเจ็บห้วนนมและเจ็บเต้านม _____	78
	<i>คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล</i>	
16.	เต้านมคัดตึง _____	82
	<i>คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล</i>	
17.	เต้านมอักเสบและฝีที่เต้านม _____	86
	<i>รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย</i>	
18.	ท่อน้ำนมอุดตัน _____	92
	<i>รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย</i>	

19.	น้ำนมมาช้า _____	95
	<i>ปริศนา พานิชกุล</i>	
20.	มารดามีน้ำนมน้อย _____	101
	<i>ศรัยอร ธงอินเนตร</i>	
21.	มารดามีน้ำนมมากเกินไป _____	106
	<i>ชฎานิศ อภิรักษ์วิริยะ</i>	
22.	การกู้น้ำนม _____	112
	<i>อรุณวรรณ ทองขาว</i>	
23.	การใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม _____	117
	<i>วัชรีย์ ตันติประภา</i>	

ส่วนที่ 5 ปัญหาสุขภาพของมารดา

24.	มารดาที่มีโรคประจำตัว _____	123
	<i>ชุษณา เพชรพิเชฐเชียร</i>	
25.	มารดาที่ได้รับการผ่าตัด _____	129
	<i>ชุษณา เพชรพิเชฐเชียร</i>	
26.	มารดาที่ได้รับรังสีรักษา _____	132
	<i>ชุษณา เพชรพิเชฐเชียร</i>	

ส่วนที่ 6 ปัญหาด้านการก่อกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

27.	ข้อควรปฏิบัติเมื่อมารดาและทารกต้องแยกจากกัน _____	135
	<i>บุรณี เศวตสุทธิพันธ์</i>	
28.	ทารกน้ำหนักลดลงมากหลังเกิด _____	139
	<i>วัชรีย์ ตันติประภา</i>	

29.	ทารกที่มีภาวะตัวเหลือง <i>ฉัตรฉาย เปรมพันธ์พงษ์</i>	145
30.	ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ <i>ศศิวิมล สุ่นสวัสดิ์</i>	153
31.	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด <i>พฤห์ส พงษ์มี</i>	159
32.	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแฝด <i>จรรยา จิระประดิษฐา</i>	166
33.	ทารกร้องกวนมาก <i>วิไลพร เตชะสาธิต</i>	170
34.	ทารกที่ปฏิเสธการเข้าเต้า <i>สุดาทิพย์ ไสลิตะมงคล</i>	174
35.	ทารกมีปัญหาหลับสั่นหัวนม <i>สุดาทิพย์ ไสลิตะมงคล</i>	176
36.	ทารกที่หลับมาก <i>วิไลพร เตชะสาธิต</i>	180
37.	ทารกมีภาวะล้นติด <i>โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ</i>	183
38.	ทารกที่มีปากแหว่งและเพดานโหว่ <i>กุลมา ชูศิลป์</i>	190
39.	การให้นมแม่ในทารกกลุ่มอาการดาวน์ <i>ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล</i>	197
40.	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ได้รับการผ่าตัดรักษา เนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิด <i>จรรยา จิระประดิษฐา</i>	205

41.	ทารกที่มีโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก _____	214
	<i>ศิรินุช ชมโท</i>	
42.	โรคติดเชื้อที่มีข้อควรระวังในการให้นมแม่ _____	220
	<i>กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ</i>	
	<i>รัตนชัย เจริมรวย</i>	
43.	ธนาครนมนมแม่และการแบ่งปันนมแม่ _____	229
	<i>ประชา นันทันฤมิต</i>	
44.	ภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันของทารก _____	235
	<i>พัชรภา ทวีกุล</i>	
45.	ปัญหาการถ่ายอุจจาระในทารก _____	238
	<i>วิไลพร เตชะสาธิต</i>	
46.	ภาวะภูมิแพ้และการแพ้อาหาร _____	241
	<i>พรรณทิพา ฉัตรชาติรี</i>	
47.	ผลกระทบของภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตรต่อ สารอาหารในน้ำนม _____	247
	<i>อรพร ดำรงวงศ์ศิริ</i>	
48.	ภาวะขาดธาตุเหล็กและการป้องกันแก้ไข _____	251
	<i>ศิรินุช ชมโท</i>	
49.	การให้อาหารตามวัยสำหรับทารก _____	257
	<i>อรพร ดำรงวงศ์ศิริ</i>	
50.	การติดตามการเจริญเติบโตของทารก _____	264
	<i>รัชดา เกษมทรัพย์</i>	
51.	การหย่านมแม่อย่างเหมาะสม (Weaning) _____	274
	<i>อรพร ดำรงวงศ์ศิริ</i>	

ส่วนที่ 7 การบ่อนนมด้วยวิธีทางเลือกอื่น

52. การบ่อนนมด้วยถ้วย ช้อน และหลอดฉีดยา _____ 279
วารรงค์ทิพย์ คุ้มฉายากร
53. การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะทารกดูดนมจากเต้า _____ 285
ธานินทร์ พิรุณเนตร
54. การบ่อนนมทารกด้วยการใช้ขวดนม _____ 292
ภาวีนี พัวพรพงษ์
55. การกลับไปทำงานของมารดากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ _____ 295
อรุณวรรณ ทองขาว

ภาคผนวก

- ส่วนที่ 1 การบีบเก็บน้ำนม การจัดเก็บนมแม่ และการนำไปใช้ _____ 299
อนุชา ธาตรีมนตรีชัย
- ส่วนที่ 2 การให้คำปรึกษาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ _____ 304
ปริศนา พานิชกุล
- ส่วนที่ 3 อาหารและโภชนาการของมารดา
 ในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร _____ 311
ชัชฌา เพชรพิเชฐชัย
- ส่วนที่ 4 การคุมกำเนิดในมารดาที่ให้นมบุตร _____ 316
อรสา เหมาะจันทร์
- ส่วนที่ 5 ยาที่ใช้บ่อยในมารดาที่ให้นมบุตร _____ 323
ภาวีนี พัวพรพงษ์
- ดัชนี _____ 329
- Index _____ 336

บทที่ 1

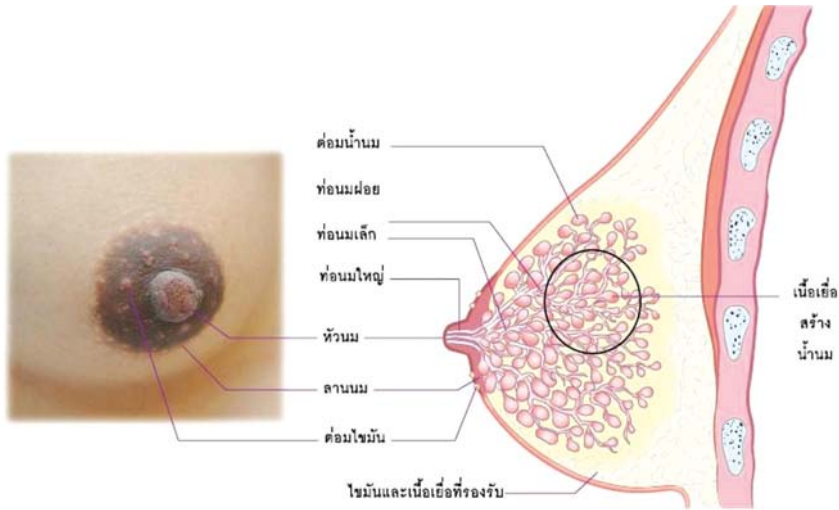
กายวิภาคและสรีรวิทยาของ
การสร้างและการหลั่งน้ำนม

สุทธา ทามนตรี

กายวิภาคของเต้านม⁽¹⁾

ลักษณะภายนอกของเต้านม จะเห็นเป็นก้อนเนื้อสองก้อนที่ยื่นจากหน้าอก อยู่ที่ระดับกระดูกซี่โครงซี่ที่สองถึงหก มีหัวนมที่ล้อมรอบด้วยลานนมอยู่บริเวณใกล้ศูนย์กลางหรือค่อนข้างทางด้านล่าง หัวนมปกติจะยาวประมาณ 7 มิลลิเมตร และความยาวของหัวนมจะเพิ่มขึ้นได้ราว 2 มิลลิเมตรในระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงช่วงใกล้คลอด ลานนมจะเป็นบริเวณสีคล้ำรอบๆ หัวนม บริเวณลานนมจะมีต่อมไขมันหรือต่อมมอนต์โกเมอรี (Montgomery gland) ที่สร้างไขมันช่วยปกป้องผิว หัวนมและลานนมให้ชุ่มชื้นและมีอิมมูโนโกลบูลินเอ (Ig A) ที่ช่วยต่อต้านเชื้อโรค บริเวณหัวนมและลานนมขณะให้นมลูก ดังแสดงในรูปที่ 1-1 นอกจากนี้ต่อมไขมันยังสร้างกลีตินที่จะช่วยให้ทารกค้นหาและเจอนมแม่ได้ ในระหว่างการตั้งครรภ์ต่อมไขมันนี้จะเจริญเติบโตมากขึ้นและใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสังเกตการตั้งครรภ์ได้

ลักษณะทางกายวิภาคภายในของเต้านม ประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่สานกันหลวมๆ เรียกว่า เส้นเอ็นคูเปอร์ (Cooper's ligament) เป็นโครงสร้างที่ช่วยให้เต้านมคงรูป โดยมีเนื้อเยื่อไขมันมาเกาะโดยรอบ ซึ่งเป็นกลุ่มเนื้อเยื่อที่บ่งบอก



รูปที่ 1-1 แสดงลักษณะภายนอกและโครงสร้างภายในของเต้านม⁽²⁾

ขนาดเต้านม และกลุ่มเนื้อเยื่อสำคัญได้แก่เนื้อเยื่อสร้างน้ำนม โดยปริมาณน้ำนมมารดาไม่ได้ขึ้นกับขนาดของเต้านมและเต้านมของมารดาแต่ละคนจะเหมาะสมที่สุดสำหรับบุตรของตน

เนื้อเยื่อส่วนสร้างน้ำนมจะมีส่วนของเซลล์ซึ่งมีลักษณะเป็นถุงเล็กๆ ที่สร้างน้ำนมเรียก ต่อมน้ำนมหรืออัลวีโอลัส (alveolus) ครอบๆ แต่ละต่อมน้ำนมจะมีกล้ามเนื้อเล็กๆ ที่จะบีบขับน้ำนมไปที่ท่อน้ำนม และมีเครือข่ายของเส้นเลือดที่จะนำสารอาหารมาช่วยในการสร้างน้ำนมของเซลล์ จากต่อมน้ำนมจะมีท่อนมฝอยหรือท่อน้ำนมแลคติเฟอรัส (lactiferous duct) ต่อเชื่อมออกมารวมกันเป็นท่อที่ใหญ่ขึ้นและรวมกันเข้าสู่ท่อที่ส่งสู่อหัวนม (nipple) การส่งต่อน้ำนมจากท่อน้ำนมไปที่หัวนม ทารกจะต้องออกแรงกดบริเวณลานนมเพื่อไล่น้ำนมในท่อน้ำนมออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในส่วนของเต้านมยังมีเส้นประสาทที่ส่งสัญญาณจากเต้านมไปที่สมองเพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนที่สร้างน้ำนมด้วย

สรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม⁽¹⁾

เต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์สองระยะ ได้แก่

1. ระยะสร้างต่อมน้ำนม (mammogenesis) จะเริ่มเมื่อตั้งครรภ์ โดยจะมีการสร้างเซลล์สร้างน้ำนมที่มีขนาดและรูปร่างที่แตกต่างกันพร้อมกับมีการแตกแขนงของท่อน้ำนมออกมากขึ้นในเนื้อเยื่อเต้านม เต้านมจะขยาย ดึงคัดและเจ็บ หัวนมจะมีสีเข้ม คล้ำขึ้น

2. ระยะสร้างน้ำนม (lactogenesis) จะเริ่มในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ระยะย่อยๆ ดังนี้

- **ระยะการสร้างน้ำนมระยะที่ 1** จะเริ่มที่อายุครรภ์ประมาณ 16-20 สัปดาห์ ระยะนี้เต้านมจะมีความพร้อมในการสร้างน้ำนมโดยเซลล์สร้างน้ำนมจะมีการสะสมสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างน้ำนม อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการตั้งครรภ์จะไม่มี การหลั่งน้ำนมเนื่องจากมารดาจะมีระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และเอสโตรเจนที่สร้างจากรกสูงคอยยับยั้งการหลั่งน้ำนม ในช่วงนี้เต้านมจะมีการขยายขนาดและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

- **ระยะการสร้างน้ำนมระยะที่ 2** จะอยู่ในช่วงหลังคลอด 3-7 วัน เมื่อมีการคลอดรก ระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนจะลดลงในทันที ในขณะที่มีฮอร์โมนโปรแลคตินสูงและมีปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) พอเหมาะที่จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างน้ำนม ในช่วงนี้จะมีการเพิ่มของเลือด ออกซิเจน และน้ำตาลมาเลี้ยงที่เต้านมมากขึ้น ร่วมกับในเต้านมเริ่มมีการสร้างและหลั่งน้ำนมออกมา มารดาจึงอาจเกิดการดึงคัดเต้านม ปวด ไม่สบายตัว และอาจมีไข้ต่ำๆ ได้ ระยะนี้จะมีการสร้างหัวน้ำนม (colostrums) ซึ่งเป็นน้ำนมที่มีปริมาณน้อย แต่มีภูมิคุ้มกันสูง ปริมาณภูมิคุ้มกันจะมีปริมาณสูงในช่วงแรกหลังคลอดและลดความเข้มข้นลงเมื่อปริมาณน้ำนมสูงขึ้น

- **ระยะการสร้างน้ำนมระยะที่ 3** จะเริ่มประมาณ 7 วันหลังคลอด ระยะนี้ปริมาณน้ำนมจะมีความสัมพันธ์กับการกระตุ้น โดยการดูดนมวันละ 8-12 ครั้ง และการระบายนมจนเกลี้ยงเต้าจะเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมการสร้างน้ำนม การมีน้ำนมค้างอยู่ในเต้านมจากการให้นมห่างหรือปริมาณการระบายนมแต่ละครั้ง

น้อยจะทำให้มีการสร้างน้ำนมน้อยลง จากข้อมูลในปัจจุบันให้การสนับสนุนว่ามีสารโปรตีนที่มีผลยับยั้งการสร้างน้ำนมอยู่ในน้ำนมที่เหลือค้างทำให้ในกรณีที่ยังมีน้ำนมอยู่ในเต้านมจะส่งผลให้ผลิตน้ำนมน้อยและในกรณีที่น้ำนมเกลี้ยงเต้าจะส่งผลให้มีการผลิตน้ำนมมาก การให้นมที่น้อยกว่า 6 ครั้งใน 24 ชั่วโมงหรือให้น้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวันจะทำให้ระดับโปรแลคตินลดต่ำลงและมีผลต่อการสร้างน้ำนมได้เช่นเดียวกันกับการไม่มีการระบายน้ำนมออกเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมงจะทำให้ความดันของน้ำนมในท่อน้ำนมสูงขึ้น สารที่ยับยั้งการสร้างน้ำนมสะสมมากขึ้น ทำให้การผลิตน้ำนมลดลง⁽³⁾

สรีรวิทยาของการสร้างน้ำนม⁽¹⁾

ฮอร์โมนโปรแลคตินเป็นฮอร์โมนหลักในการสร้างน้ำนม และยังมีฮอร์โมนอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้างน้ำนม ได้แก่ คอร์ติซอล อินซูลิน ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ และฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต ซึ่งจะควบคุมการสร้างและเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและไขมันในน้ำนม

โปรแลคติน เป็นฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ทำให้ต่อมน้ำนมสร้างน้ำนม โดยจะถูกกระตุ้นเมื่อทารกดูดนม ทำให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมพร้อมในการกินนมของทารก ในเมื่อต่อไป โปรแลคตินจะทำให้มารดารู้สึกอ่อนคลายและง่วงนอน ระดับของโปรแลคตินจะสูงในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและจะลดต่ำลงแล้วจะสูงขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นด้วยการดูดนม โดยโปรแลคตินจะมีระดับสูงในช่วงเวลากลางคืนมากกว่ากลางวัน ดังนั้นจึงต้องให้ทารกดูดนมกระตุ้นในเวลากลางคืน ระดับของโปรแลคตินในระยะแรกหลังคลอดจะอยู่ที่ 200 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ในช่วง 10-90 วันหลังคลอดจะอยู่ที่ 75 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ในช่วง 90-180 วันหลังคลอดจะอยู่ที่ 50 นาโนกรัม/มิลลิลิตร และในช่วงหลังจาก 180 วันหลังคลอดจะอยู่ที่ 35 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินจะสูงขึ้นร้อยละ 80-150 ภายในไม่กี่วินาทีหลังมีการกระตุ้นที่หัวนม การกระตุ้นดูดนมมากกว่า 8 ครั้งต่อวันและครั้งละ 10-20 นาทีจะกระตุ้นให้ระดับโปรแลคตินสูงเพียงพอที่จะกวดการทำงานของฮอร์โมนจากรังไข่และฮอร์โมนที่กระตุ้นการตกไข่ ซึ่งจะทำให้ไม่มีประจำเดือนและช่วยเว้นระยะของการมีบุตรได้

สรีรวิทยาของการหลั่งน้ำนม⁽¹⁾

ฮอร์โมนออกซิโทซินเป็นฮอร์โมนหลักในการควบคุมการหลั่งน้ำนมออกฤทธิ์ต่อเซลล์กล้ามเนื้อเล็กๆ ที่อยู่รอบๆต่อมน้ำนม ทำให้เกิดการหดตัวและหลั่งน้ำนมออกมาในท่อน้ำนม กระบวนการนี้ เรียกว่า oxytocin reflex หรือ milk ejection reflex หรือ letdown reflex ซึ่งจะช่วยให้ทารกดูดนมได้ง่ายขึ้น สามารถถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าจะที่บ่งบอกถึงการดูดนมของลูกผ่านสมองส่วนหน้าไปกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส ได้แก่ การมองเห็นลูก การได้ยินเสียงลูกหรือการไต่กลิ่นของลูก และการกระตุ้นด้วยการดูดนมของลูก⁽⁴⁾

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการให้มารดาสัมผัสผิวกับทารกตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอดจะช่วยกระตุ้นการหลั่งออกซิโทซินและเป็นผลดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁵⁾ อีกทั้งออกซิโทซินยังออกฤทธิ์ต่ออวัยวะเป้าหมายอื่นๆ ด้วย ได้แก่ กระตุ้นการทำงานของลำไส้ และกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ดังจะเห็นได้จากเมื่อทารกดูดนม มารดาจะมีการปวดเกร็งของตัวมดลูก

การหลั่งออกซิโทซินจะถูกยับยั้งชั่วคราวได้โดยความเจ็บปวดที่รุนแรงจากหัวนมแตก การเจ็บแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ รวมทั้งความวิตกกังวล ความสงสัย หรือความอับอายซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งเป็นที่สร้างฮอร์โมนออกซิโทซิน รวมทั้งจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารนิโคตินในบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. ภาวิน พัวพรพงษ์. กลไกการสร้างน้ำนม. ใน: ภาวิน พัวพรพงษ์, บรรณาธิการ. รอบรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. นครนายก: ซี.ที. ดอทคอม; 2558. หน้า 51-65.
2. สาวิตรี พรานพนัส, สุอารีย์ อันตระการ, ยุพยง แห่งเชาวนิช. กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม. ใน: สุภาวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศน์วรวิฒิ, บรรณาธิการ. แสงทิวลิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ โอโยรา; 2555. หน้า 1-14.

3. Wilde CJ, Addey CV, Boddy LM, Peaker M. Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. *Biochem J.* 1995;305(Pt 1):51-8.
4. Feher SD, Berger LR, Johnson JD, Wilde JB. Increasing breast milk production for premature infants with a relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics.* 1989;83:57-60.
5. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007:CD003519.

บทที่ 2

ส่วนประกอบสำคัญของนมแม่ และการเปลี่ยนแปลงในภาวะต่างๆ

ฉันทิตรา ตันตติติก

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะนอกจากจะประกอบด้วยสารอาหารที่ครบถ้วน ยังมีสารที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านการอักเสบป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการเจริญเติบโต ส่วนประกอบต่างๆ ในน้ำนมมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามระยะของการสร้างน้ำนมช่วงเวลาการให้นมบุตร ระยะเวลาหลังคลอดและอายุครรภ์เพื่อให้เป็นไปตามกลไกตามธรรมชาติ เหมาะสมกับความต้องการของทารก

หากบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับรายละเอียด คุณค่า ส่วนประกอบของนมแม่และการเปลี่ยนแปลงในภาวะต่างๆ จะมีประโยชน์อย่างมากในการให้คำปรึกษา สนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้มารดาที่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

ส่วนประกอบสำคัญของนมแม่

วิธีการที่เป็นมาตรฐานในการศึกษาส่วนประกอบในน้ำนมคือการสุ่มตรวจส่วนประกอบจากน้ำนมตลอด 24 ชั่วโมง โดยเก็บจากหลายช่วงเวลาในมารดาคน

เดียว ซึ่งทำได้ยากในทางปฏิบัติ การศึกษาที่ผ่านมา จึงมีวิธีการเก็บที่แตกต่างกัน เมื่อทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ต่างกัน และยังมีวิธีการรวบรวมการเก็บน้ำนม รวมทั้งการตรวจสอบสารต่างๆ แตกต่างกันไปทำให้ผลการศึกษามีความหลากหลาย⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม สามารถสรุปส่วนประกอบที่สำคัญในนมแม่ระยะสมบุรณ์เต็มที่ไดดังนี้

ส่วนประกอบที่เป็นสารอาหารทางโภชนาการ (nutritional component)

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. สารอาหารหลัก (macronutrients) คือสารอาหารที่ร่างกายต้องการปริมาณมากเพื่อให้พลังงานต่อร่างกาย น้ำนมคุณภาพดีจะมีพลังงานเฉลี่ยประมาณ 65-70 กิโลแคลอรีต่อเดซิลิตร ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ สารอาหารหลักในน้ำนม ได้แก่ สัดส่วนน้ำหนักต่อส่วนสูงของมารดา ปริมาณโปรตีนที่มารดาได้รับประทาน จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ระยะเวลาที่กลับมามีประจำเดือน และความถี่ของให้นมบุตร⁽¹⁾

1.1 โปรตีน ในน้ำนมสมบุรณ์เต็มที่จะมีโปรตีนประมาณ 0.9-1.2 กรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณโปรตีนในน้ำนมของในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่นๆ แต่มีความเหมาะสมกับการทำงานของไตของทารกแรกเกิดที่ยังไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ โปรตีนในนมแม่แบ่งออกเป็นชนิดเวย์ (whey) และเคซีน (casein) ในระยะแรกจะมีสัดส่วนเวย์ต่อเคซีน 90:10 แล้วลดลงเรื่อยๆ เป็น 50:50 ในระยะหลัง การที่มีเวย์โปรตีนมากและมีเคซีนชนิดเบต้าทำให้นมแม่ย่อยง่าย เบต้าเคซีนจะถูกย่อยเป็นไมเซลล์ (micelle) เล็กๆ ช่วยในการดูดซึมแร่ธาตุแตกต่างจากนมวัวที่มีเคซีนชนิดอัลฟา ซึ่งย่อยยาก แม้จะมีการปรับสัดส่วนโปรตีนในนมผงตัดแปลงสำหรับทารกก็ยังคงมีความแตกต่างกับนมแม่⁽²⁾

เวย์โปรตีนประกอบด้วยอัลฟาแลคตัลบูมิน แลคโตเฟอริน secretory IgA ไลโซไซม์ และอัลบูมิน นอกจากนี้ยังมีไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีนร้อยละ 25-30 ของจำนวนสารไนโตรเจนทั้งหมด ได้แก่ ยูเรีย ครีเอติน ยูริกแอซิด ครีเอตินิน และสารที่มีความสำคัญอื่นๆ ได้แก่

- **ทอรีน** มีสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาท จอตา และการดูดซึมไขมัน
- **คาร์นิติน** มีสำคัญในการสังเคราะห์กรดไขมันสำหรับสมอง
- **นิวคลีโอไทด์** ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก การซ่อมแซมเยื่อบุลำไส้และการเติบโตของจุลินทรีย์ในลำไส้ใหญ่

1.2 ไขมัน เป็นแหล่งพลังงานหลักมีปริมาณเฉลี่ย 3.2-3.6 กรัมต่อเซซิลิตร ในน้ำนมผสม母乳เต็มที่ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ 98 ของปริมาณไขมันทั้งหมด ส่วนที่เหลือประกอบด้วยโคเลสเตอรอล ไคลิเซอไรด์ โมโนกลีเซอไรด์ ฟอสโฟไลปิดส์และกรดไขมัน กรดไขมันในนมแม่ส่วนใหญ่เป็นชนิดสายยาวและไม่อิ่มตัว (long chain polyunsaturated fatty acids, LCPUFAs) ซึ่งเป็นแหล่งของกรดไขมันจำเป็นที่รู้จักกันดี 2 ชนิดคือ

- **Arachidonic acid** หรือ AA (C20:4 Ω 6) อยู่ในกลุ่มโอเมก้า 6 เป็นวัตถุดิบที่สำคัญของการสร้างพอสตาแกลนดินและลิพิด์อื่น มีบทบาทสำคัญในกระบวนการทางสรีรวิทยาและภูมิคุ้มกันของร่างกาย⁽²⁾

- **Docosahexaenoic acid** หรือ DHA (C18:3 Ω 3) อยู่ในกลุ่มโอเมก้า 3 มีการสะสมในเนื้อเยื่อสมองอย่างรวดเร็วในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์จนถึง 2 ปีแรกของชีวิต มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาของระบบประสาท และการมองเห็น ในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะยังไม่สามารถสังเคราะห์ AA และ DHA ได้มากพอ มารดาควรรับประทานอาหารที่มี DHA สูง เช่น ปลาทะเล สาหร่ายในระหว่างการตั้งครรภ์และในระยะให้นมบุตร มีการศึกษาพบว่าสมองของทารกที่ได้รับนมผงดัดแปลงสำหรับทารกจะมีปริมาณ DHA ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของสมองของทารกที่กินนมแม่⁽²⁾

ในมารดาที่เว้นระยะการให้นมบุตรนาน มีบุตรหลายคน และมารดาที่มีปริมาณน้ำนมมากจะมีปริมาณไขมันในน้ำมน้อย ความเข้มข้นของไขมันยังสัมพันธ์กับความเข้มข้นและปริมาณไขมันในน้ำนมที่ให้นมบุตรครั้งก่อนหน้า ในกรณีที่มารดาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอร่างกายจะดึงไขมันที่สะสมไว้มาใช้และสังเคราะห์เพิ่มเติมจากเนื้อเยื่อเต้านมได้ การปรับตัวโดยธรรมชาตินี้ทำให้มีปริมาณไขมันในน้ำนมที่คงตัว

1.3 คาร์โบไฮเดรต สารประกอบคาร์โบไฮเดรตส่วนใหญ่ในน้ำนมประกอบด้วย

- **แลคโตส (lactose)** เป็นคาร์โบไฮเดรตหลักในน้ำนม มีปริมาณ 6.7-7.8 กรัมต่อเดซิลิตรในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที แลคโตสเป็นน้ำตาลย่อยง่ายทำให้ง่ายร่างกายนำไปใช้ได้ง่าย โดยจะถูกย่อยสลายด้วยเอนไซม์แลคเตสได้เป็นกลูโคสและกาแลคโตส กาแลคโตสเป็นส่วนประกอบสำคัญของสารที่ช่วยในการเติบโตของระบบประสาท ปริมาณแลคโตสที่พบในนมแม่มีมากกว่าเมื่อเทียบกับในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการพลังงานของสมองมนุษย์ที่ต้องการมากกว่า ความเข้มข้นของแลคโตสในน้ำนมไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้ในมารดาที่ขาดอาหาร แต่อาจสูงขึ้นได้ในมารดาที่มีน้ำนมปริมาณมากและให้นมบุตรบ่อยครั้ง⁽³⁾

- **โอลิโกแซคคาไรด์ (human milk oligosaccharide, HMO)** เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่สำคัญอีกชนิดหนึ่ง โดยมีปริมาณมากเป็นอันดับสามรองจากน้ำและแลคโตส ร่างกายทารกไม่สามารถย่อยสลายน้ำตาลชนิดนี้ได้ ดังนั้น HMO จะยังคงสภาพอยู่ในทางเดินอาหารและกระตุ้นการเติบโตของแบคทีเรียที่มีประโยชน์ช่วยป้องกันทารกจากภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ⁽⁴⁾

2. สารอาหารรอง (micronutrients) เป็นสารอาหารที่ไม่ให้พลังงาน แต่มีบทบาทสำคัญในการทำงานของร่างกายประกอบด้วย

2.1 วิตามิน แบ่งเป็น

- **วิตามินที่ละลายในน้ำ (water soluble vitamin)** ได้แก่ วิตามินบี และวิตามินซี มีเพียงพอในทารกที่ได้รับนมแม่ตลอดหกเดือนแรก ยกเว้นในมารดาบางกลุ่ม เช่น มารดาที่รับประทานปลาร้าหรือใบเมี่ยงปริมาณมาก เนื่องจากอาหารดังกล่าวจะขัดขวางการดูดซึมวิตามินบีหนึ่ง มารดาที่รับประทานมังสวิรัติน้อยครั้งครัดอาจได้รับวิตามินบีหกและบีสิบสองไม่เพียงพอ มารดาที่คลอดก่อนกำหนดหรือใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานจะมีระดับวิตามินบีหกในน้ำนมลดลง ควรเสริมวิตามินบีหกอย่างน้อยวันละ 600 มิลลิกรัมซึ่งการให้วิตามินบีรวม มีวิตามินบีหก 4 มิลลิกรัม เพียงพอแล้วสำหรับการให้ทดแทน หากได้รับปริมาณสูงเกินไปจะทำให้ปริมาณน้ำนมลดลงได้⁽²⁾

- **วิตามินที่ละลายในไขมัน (fat soluble vitamin)** ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค วิตามินในกลุ่มนี้มีเพียงพอสำหรับทารกยกเว้นวิตามินเคซึ่งมีปริมาณน้อยมาก แนะนำให้ฉีดวิตามินเคในทารกแรกเกิดทุกราย เพื่อป้องกันโรคเลือดออกจากภาวะขาดวิตามินเค ส่วนวิตามินดีแม้ว่าจะมีปริมาณน้อยแต่หากได้รับนมแม่และแสงแดดเพียงพอคืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงในขณะที่ใส่เสื้อผ้าปกติ ระดับวิตามินดีจะเพียงพอ อย่างไรก็ตามในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาแนะนำให้เสริมวิตามินดีให้กับทารกที่กินนมแม่ทุกราย^(1,3)

2.2 แร่ธาตุ ปริมาณแร่ธาตุที่ทารกต้องการมีครบถ้วนและเพียงพอในนมแม่ไม่ขึ้นกับอายุมารดาอายุครรภ์ ปริมาณอาหารหรืออาหารเสริมใดๆ ที่มารดารับประทาน แร่ธาตุที่สำคัญได้แก่

- **เหล็ก** ทารกที่เกิดครบกำหนดจะได้รับเหล็กอย่างเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตในช่วง 4-6 เดือนแรก ร่างกายทารกสามารถดูดซึมเหล็กในนมแม่ได้ดี หากไม่เพียงพอจะใช้เหล็กสะสมที่มีในร่างกายมาเสริม ดังนั้นในช่วง 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ มารดาควรได้รับเหล็กอย่างเพียงพอ ทารกที่เกิดก่อนกำหนดมีความจำเป็นต้องเสริมเหล็กตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน

- **แคลเซียม** แหล่งแคลเซียมในน้ำนมแม่มาจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกของมารดา ไม่ขึ้นกับปริมาณอาหารที่มารดารับประทาน ในทารกที่เกิดก่อนกำหนดอาจมีระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสที่ต่ำลงได้ ควรมีการเสริมแคลเซียมและฟอสฟอรัสในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันภาวะกระดูกบางในมารดา

3. ส่วนประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่สารอาหาร (non-nutritional component) หรือส่วนประกอบทางชีวภาพ (bioactive components) คือสารที่มีออกฤทธิ์ต่อกระบวนการทางชีวภาพหรือเป็นสารตั้งต้นที่มีผลต่อกระบวนการทำงานต่างๆ ของร่างกาย แบ่งออกเป็น

3.1 สารที่มีผลต่อการเจริญเติบโต ช่วยพัฒนาและซ่อมแซมการทำงานในหลายระบบ

- **ระบบทางเดินอาหาร** epidermal growth factor (EGF) กระตุ้นการเติบโตและยังป้องกันการเสียชีวิตของเซลล์ลำไส้ มีความเข้มข้นมากในหัวนมและทารกที่เกิดก่อนกำหนด
- **ระบบหลอดเลือดและการไหลเวียนโลหิต** vascular endothelial growth factor (VEGF) ช่วยสร้างหลอดเลือด ลดภาวะตาบอดในทารกเกิดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity) erythropoietin (Epo) กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เพิ่มความเข้มข้นของเลือดและมีบทบาททำให้เซลล์ที่ผนังลำไส้ยึดติดแน่นขึ้น
- **ระบบประสาทในทางเดินอาหาร** neuronal growth factor กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนด
- **การเติบโตของเนื้อเยื่อ** insulin-like growth factor (IGF-I, IGF-II) พบมากในหัวนม
- **ระบบต่อมไร้ท่อ** calcitonin มีผลต่อการเติบโตและการสร้างกระดูก somatostatin บทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจน adiponectin จะช่วยควบคุมการเผาผลาญลดการอักเสบและ ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคอ้วนเมื่อทารกเติบโตขึ้น นอกจากนี้ยังมี leptin, resistin และ ghrelin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีหน้าที่ควบคุมการหิว-อิ่ม การสร้างพลังงาน ส่วนประกอบของร่างกายและการสร้างอาหาร

3.2 สารที่ส่งเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย^(1,3) ได้แก่

- **Cytokine** เป็นโปรตีนที่ระบบภูมิคุ้มกันสร้างขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น แบ่งเป็น
 - 1) กลุ่มที่ต่อต้านการอักเสบได้แก่ transforming growth factor- β (TGF- β) ควบคุมการอักเสบ ซ่อมแซมบาดแผล และป้องกันภาวะภูมิแพ้ granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) ช่วยพัฒนาการทำงานของลำไส้ ป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด
 - 2) กลุ่มที่กระตุ้นการอักเสบได้แก่ tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin 6 (IL-6), interleukin 8 (IL-8) และ interferon (IFN)

- **อิมมูโนโกลบูลิน** ที่สำคัญได้แก่ secretory IgA พบในนมแม่ระยะแรก ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดท้องเสียได้ถึง 9 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่ไม่ได้รับนมแม่
- **โอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharide)** เป็นพรีไบโอติกที่กระตุ้นการเติบโตของจุลินทรีย์สุขภาพในลำไส้
- **โปรตีนอื่นๆ ที่ช่วยต่อต้านเชื้อโรค** ได้แก่ lactoferrin, lactadherin, bile salt stimulated lipase (BSSL), haptocorrin

การเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของนมในภาวะต่างๆ

1. การเปลี่ยนแปลงตามระยะของการสร้างน้ำนม^(2,5)

1.1 หัวน้ำนม (colostrums) คือน้ำนมที่หลังใน 7 วันแรก มีปริมาณน้อยให้พลังงาน 67 แคลอรีต่อ 100 มิลลิลิตร มีสีเหลืองข้นจากเบต้าแคโรทีน อุดมไปด้วยโปรตีน วิตามินที่ละลายในไขมัน สารที่ช่วยการเติบโตและสารภูมิคุ้มกันในปริมาณสูงซึ่งได้แก่ secretory IgA เม็ดเลือดขาว ไลโซไซม์ และ lactoferrin ส่วนปริมาณไขมันและน้ำตาลจะต่ำกว่านมในระยะหลัง หากทารกได้น้ำหรืออาหารอื่นจะทำให้ทารกได้รับหัวน้ำนมลดลงส่งผลต่อภูมิคุ้มกันและพลังงานที่ไม่เพียงพอ

1.2 น้มนมช่วงเปลี่ยน (transitional milk) คือน้ำนมที่หลังในช่วงประมาณสัปดาห์ที่ 1-2 หลังคลอด โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 8 วันแรก สีจะใสขึ้น ระดับโปรตีน สารภูมิคุ้มกันและวิตามินที่ละลายในไขมันจะลดลง ในขณะที่ปริมาณไขมัน น้ำตาลและวิตามินที่ละลายในน้ำจะเพิ่มขึ้น

1.3 น้มนมสมบูรณ์เต็มที่ (mature milk) มีน้ำเป็นส่วนประกอบหลัก หนักให้นมบุตรจะต้องการน้ำมากขึ้น ถ้าอยู่ในภาวะขาดน้ำปริมาณปัสสาวะและน้ำที่สูญเสียไปทางอื่นจะลดลงก่อนที่จะกระทบต่อปริมาณน้ำนม

2. การเปลี่ยนแปลงจากการเก็บรักษาและการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำนม⁽¹⁾

การเก็บรักษาน้ำนมอาจจะทำให้องค์ประกอบต่างๆ ในน้ำนมเปลี่ยนแปลงไป หากมีการใช้ความร้อน ไม่ว่าจะเป็นการพาสเจอร์ไรซ์ซึ่งเป็นกรรมวิธีฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยความร้อนที่อุณหภูมิและเวลาที่ต่างกันออกไป หรือการแช่เย็นแล้ว

ละลายใหม่ จะทำให้ส่วนประกอบทางโปรตีน สารระบบภูมิคุ้มกันและสารที่ช่วยในการเติบโตมีปริมาณลดลง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อส่วนประกอบของน้ำนม เช่น ปริมาณไขมันพบมากในน้ำนมส่วนหลังเทียบกับน้ำนมส่วนหน้า มีความเข้มข้นมากกว่าในเวลากลางวัน ชนิดอาหารที่มารดารับประทานอาจมีผลต่อชนิดของกรดไขมันในน้ำนม เชื้อชาติ น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดอาจมีผลต่อระดับสารอาหารในนมแม่ แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน⁽⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):49-74.
2. ศิริรุช ชมโท, ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิ. ส่วนประกอบของนมแม่. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมารพ สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 15-26.
3. ภาวิน พัวพรพงษ์. ส่วนประกอบของนมแม่. ใน: ภาวิน พัวพรพงษ์, บรรณาธิการ. รอบรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. นครนายก: ซี.ที.ดอทคอม; 2558. หน้า 11-33.
4. Andreas NK, Kampmann B, Le-Doare KM. Human breast milk milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum Dev.* 2015;91(11):629-35.
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Biochemistry of human milk. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A guide for the medical profession.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2015. P.91-145.



การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์

อรสา เหมจันทร์

ในระยะตั้งครรภ์เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มารดามีความพร้อมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูบุตรหลังจากคลอด การเตรียมมารดาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยมีการให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประโยชน์ของนมแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว พร้อมกับประเมินความผิดปกติของเต้านมและหัวนมเพื่อทำการแก้ไขก่อนการคลอด รวมถึงให้คำปรึกษากรณีมารดาที่มีความกังวล โดยสร้างความมั่นใจว่ามารดาทุกคนสามารถมีน้ำนมเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของบุตร หากมีความตั้งใจและปฏิบัติอย่างถูกวิธี⁽¹⁾

แนวทางการให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

องค์การวิชาการด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Academy of Breastfeeding Medicine) พบว่าการให้ความรู้ สร้างความมั่นใจและมีการสนับสนุนช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มอัตราและระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้แนะนำการให้สุศึกษาแก่มารดาอย่าง

ครอบคลุม⁽²⁾ โดยจัดให้มีระบบดังต่อไปนี้

1. คลินิกฝากครรภ์ จัดให้มีบรรยากาศของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบุคลากรทางแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมให้มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- มีการเขียนนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ไม่มีการโฆษณา โฆษณาแฝงหรือแจกตัวอย่างนมผงสำหรับทารกในคลินิกฝากครรภ์
- ควรมีการบันทึกประวัติของมารดาเกี่ยวกับประสบการณ์ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลงในสมุดฝากครรภ์และเวชระเบียน เพื่อประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง

2. การชักประวัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดเป็นส่วนหนึ่งของการชักประวัติเมื่อมาฝากครรภ์ ได้แก่ ประวัติการเริ่มให้นมบุตร ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวม ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงอุปสรรคและสาเหตุของการเลิกให้นมแม่

ในกรณีครรภ์ก่อนไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิจารณาชักประวัติเกี่ยวกับความเข้าใจถึงผลเสียของการให้นมผง รวมถึงอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือสิ่งที่มารดาคิดว่าจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อนได้

นอกจากนี้ควรประเมินโรคประจำตัวของคนในครอบครัว โดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของหอบหืด (asthma) ผื่นแพ้ผิวหนัง (eczema) เบาหวาน (diabetes) และโรคอ้วน (obesity) ได้

3. ค่านิยม ควรมีการประเมินความเชื่อและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งส่งผลต่อค่านิยมแต่ละคน รวมถึงโครงสร้างทางครอบครัวและสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวอาจมีทั้งช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือบางรายอาจยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ความรู้และสุขศึกษาจึงอาจ

จำเป็นต้องให้ทั้งหญิงตั้งครรภ์เอง สามีและครอบครัวใกล้ชิดที่จะอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ ในช่วงหลังคลอด นอกจากนี้ ควรประเมินภาวะทางเศรษฐกิจ อาชีพหรือเวลาในการทำงานของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวางแผนการแก้ไขล่วงหน้า

4. การประเมินเต้านม ควรมีการประเมินเต้านมเบื้องต้นเมื่อมาฝากครรภ์ และประเมินซ้ำในไตรมาสที่ 3 เนื่องจากเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดการตั้งครรภ์ หากตรวจพบว่าหัวนมสั้น บอดหรือบวมควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญนมแม่เพื่อช่วยแก้ไขความผิดปกติของหัวนมดังกล่าว ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และควรให้ความมั่นใจกับมารดาว่าในช่วงหลังคลอดจะสามารถให้นมบุตรได้ หากมีความพยายามและได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญเรื่องนมแม่

5. การสนทนาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรมีการสนทนาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ โดยอาจแบ่งเน้นเนื้อหาที่สำคัญในแต่ละไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ 1 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อทั้งมารดาและทารก โดยให้สามีและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรับฟังด้วย รวมถึงอุปสรรคที่พบบ่อยของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ความไม่มั่นใจ ความยุ่งยาก ลำบากใจ ข้อจำกัดด้านเวลา การทำงานและขาดการสนับสนุนทางสังคม ความกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร หรือการเจ็บหัวนมหรือเต้านมจากการให้นมบุตร เป็นต้น นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้มารดามีการซักถามได้

ไตรมาสที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างครอบคลุม ได้แก่ ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก ผลเสียและความเสี่ยงของการให้นมผงหรืออาหารตามวัยที่ไม่เหมาะสม ความสำคัญของการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วหลังคลอด การโอบกอดทารก เนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) การที่แม่ลูกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลาหลังคลอด การสังเกตอาการหิวของทารก ลักษณะของการที่ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ ความถี่ของการให้นมแม่ การอุ้มลูก การดูดนมของทารกที่ถูกต้อง และการหลีกเลี่ยงการใช้จุกหลอกหรือจุกนมยาง เป็นต้น

- แนะนำให้มารดามีการพูดคุยกับผู้ที่ มีประสบการณ์หรือประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม โดยอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน รวมถึงอาจยกตัวอย่างบุคคลที่มีชื่อเสียงเพื่อเป็นต้นแบบ (role model) และสร้างแรงบันดาลใจให้มีความพยายามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

- ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเติม นอกเหนือจากที่ได้รับที่คลินิกฝากครรภ์ และแนะนำการเข้าร่วมกลุ่มที่มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น องค์กรที่เกี่ยวข้อง หรือสื่อเครือข่ายสังคม (social network) ต่างๆ

- มารดาที่ทำงานนอกบ้าน ควรแนะนำให้มีการวางแผนการให้นมบุตรเมื่อต้องกลับไปทำงาน ระยะเวลาที่สามารถลาคลอดได้ นโยบายของสถานที่ทำงาน ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถานที่ในการปั๊มนม และเก็บน้ำนม เป็นต้น

ไตรมาสที่ 3 ให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการคลอด และหลังคลอด

- จัดการสอนแสดงและฝึกปฏิบัติการอุ้มลูกและการจับเต้านมในการให้นมลูกที่ถูกต้อง โดยใช้หุ่นจำลองทารกและเต้านมปลอม

- แนะนำการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดบุตร กระบวนการคลอดปกติ และการผ่าตัดคลอด โดยควรเน้นให้มารดารับรู้ถึงสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมาคลอด หรืออาจจัดกิจกรรมในการพามารดาเข้าเยี่ยมชมห้องคลอดก่อนมาคลอดบุตรจริง

- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกลไกการสร้างน้ำนม และตรวจประเมินเต้านมซ้ำอีกครั้งเพื่อดูความเปลี่ยนแปลง รวมถึงแนะนำการเลือกยกทรงให้มีขนาดเหมาะสม

- เปิดโอกาสให้มารดาได้พบทีมกุมารแพทย์ที่จะดูแลทารกหลังคลอด เพื่อพูดคุยวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทารก และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะคลอดและหลังคลอด ควรให้ข้อมูลมารดาระหว่างการคลอดและหลังคลอด โดยเน้นแนวทาง การช่วยเหลือ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงที่นอนโรงพยาบาล และการมาตรวจหลังคลอดของ ทั้งมารดาและทารก รวมถึงช่องทางในการปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมารดากลับบ้าน

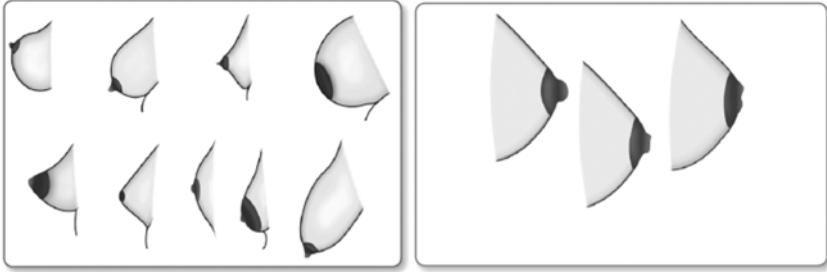
- ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแนวทางการป้องกันและแก้ไขเบื้องต้น เช่น ภาวะเต้านมคัด (breast engorgement) ภาวะหัวนมแตก การประเมินว่าทารกได้รับนมเพียงพอหรือไม่ ภาวะทารก ร้องกวน เป็นต้น

- แนะนำบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten steps to successful breastfeeding) โดยให้มารดาเข้าใจและให้ความมั่นใจว่า สถานพยาบาลที่มาคลอดบุตรนั้นมีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding friendly hospital)

การตรวจเต้านมและหัวนม

การตรวจเต้านมและหัวนมในช่วงฝากครรภ์ เป็นการประเมินความผิดปกติที่ อาจส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหลังคลอด ให้สังเกตขนาดและรูปร่าง ของเต้านม แผลผ่าตัดบริเวณเต้านม คล้ำก่อนที่เต้านม ดูขนาดและรูปร่างของ หัวนมและลานนม รวมถึงวัดความยาวหัวนม โดยพบว่าขนาดของเต้านมและความ ยาวหัวนมจะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น และความยาวหัวนมในระยะ หลังคลอดที่มากกว่า 7 มิลลิเมตรจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มากกว่า⁽³⁾ รูปที่ 3-1 แสดงลักษณะหัวนมและเต้านมแบบต่างๆ⁽⁴⁾

องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำการตรวจความยาวหัวนมในระหว่างการฝาก ครรภ์ เนื่องจากการตัดสินใจว่ามารดามีหัวนมสั้น หรือมีปัญหาอื่น เช่น หัวนมแบน (flat nipple) หัวนมบอด (inverted nipple) หรือหัวนมม้วน (retracted nipple) อาจทำให้มารดาขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁵⁾ และหากมุ่งแก้ไขมาก เกินไปอาจทำให้เกิดความเครียด⁽¹⁾ ในกรณีมารดาที่มีหัวนมผิดปกติ ควรให้กำลังใจ และความเชื่อมั่นแก่มารดา รวมถึงให้ความช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดย เร็วหลังจากคลอดเมื่อทารกเริ่มดูดนม โดยเน้นย้ำว่าทารกไม่ได้ดูดเฉพาะหัวนมแต่



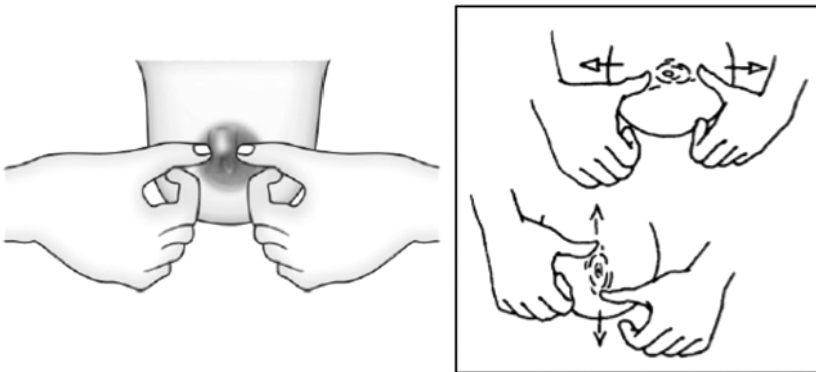
รูปที่ 3-1 แสดงลักษณะหัวนมและเต้านมแบบต่างๆ⁽⁴⁾

จับถึงลานนมและเนื้อเต้านมบางส่วนด้วย ดังนั้นการเริ่มเข้าเต้าที่ถูกต้องจะทำให้หัวนมยืดออกมาได้⁽⁴⁾

การแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติในช่วงก่อนคลอด

มีวิธีการหลายวิธี⁽¹⁾ ได้แก่

1. Hoffmann's maneuver ให้มารดาวางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างที่บริเวณระหว่างหัวนมและลานนม กดนิ้วหัวแม่มือพร้อมกับรูดจากฐานหัวนมในทิศตรงข้ามกัน ทำไปรอบๆ ตามเข็มนาฬิกา ดังรูปที่ 3-2 โดยทำซ้ำวันละ 5-10 ครั้ง ทำได้ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด



รูปที่ 3-2 แสดงการทำ Hoffmann's maneuver⁽⁴⁾

2. ปทุมแก้ว (Breast shells หรือ breast cups) ทำด้วยพลาสติกใส มีลักษณะเป็นถ้วยมีรูเปิดที่ฐาน ซึ่งใช้กดบริเวณลานนมและดันให้หัวนมยื่นผ่านรูเปิดของปทุมแก้ว (รูปที่ 3-3) โดยจะใส่ไว้ได้ยกทรง และเริ่มใส่ในไตรมาสสุดท้าย ช่วงแรกจะใส่วันละ 2-3 ชั่วโมงหลังจากนั้นให้ใส่ในช่วงกลางวัน เมื่อคลอดแล้ว อาจใส่ก่อนให้ทารกดูดนมประมาณ 30 นาทีเพื่อช่วยให้หัวนมยื่นออกมา



รูปที่ 3-3 แสดงปทุมแก้วและการใส่ปทุมแก้ว

3. Nipple puller ลักษณะเป็นกระเปาะยางต่อกับกรวยพลาสติก (รูปที่ 3-4) การใช้ทำโดยบีบกระเปาะยาง และวางกรวยพลาสติกครอบหัวนมให้แนบสนิท จากนั้นปล่อยมือที่บีบออกซ้าๆ จะทำให้เกิดแรงดูดดึงหัวนมให้ยืดออกได้ ทิ้งไว้ 5-10 นาที หากมีอาการเจ็บหัวนมให้หยุด ก่อนนำออกให้บีบกระเปาะยางเพื่อลดแรงดูดแล้วจึงดึงออกเพื่อป้องกันหัวนมแตก



รูปที่ 3-4 แสดง Nipple puller และการใช้ Nipple puller

4. Syringe puller ใช้หลักการเดียวกับ nipple puller โดยดัดแปลงใช้กระบอกฉีดยาขนาด 10-20 มิลลิลิตร ตัดปลายด้านที่ต่อกับเข็มฉีดยาออก แล้วนำลูกสูบของกระบอกฉีดยามาสวมย้อนทางจากปลายด้านที่ตัดออก (รูปที่ 3-5) การใช้ทำโดยนำด้านที่มีปีกครอบบนหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม ดึงลูกสูบจนสังเกตเห็นหัวนมยื่นยาวออก



รูปที่ 3-5 แสดงวิธีการทำ Syringe puller

เนื่องจากการกระตุ้นบริเวณเต้านมและหัวนม สามารถกระตุ้นให้มีการหดตัวของมดลูกได้ จึงควรระมัดระวังและแนะนำมารดาที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาหัวนมดังกล่าวข้างต้นว่าหากมีการแข็งตัวของมดลูกให้หยุดทันที รวมถึงไม่แนะนำให้ทำในมารดาที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ หรือมีความเสี่ยงในการคลอดกำหนดอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพยง แห่งเขาวนิช. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีศิลป์, ยุพยง แห่งเขาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 99-105.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Protocol Number #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting. Breastfeed Med. 2009;4(1):43-5.

3. Puapornpong P, Raunrongmorakot K, Paritakul P, Ketsuwan S, Wongin S. Nipple length and its relation to success in breastfeeding. J Med Assoc Thai. 2013;96 Suppl 1:S1-4.
4. Mokashi A, Nimbalkar S. Clinical Management in Breastfeeding. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher; 2013. p.47-9.
5. ภาวีน พัวพรพงษ์, พรรณวรา ปริตกุล. การเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: ภาวีน พัวพรพงษ์, บรรณาธิการ. รอบรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. นครนายก: ซี.ที.คอตคอม; 2558. หน้า 67-78.



บทที่ 4

การให้ลูกกินนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์

พรรณวรา ปรีตกุล

ความรู้พื้นฐาน

โดยปกติ หญิงให้นมบุตรจะมีระดับฮอร์โมนโปรแลคตินสูง ซึ่งฮอร์โมนนี้จะยับยั้งการตกไข่และเป็นกลไกในการเว้นช่วงระยะห่างในการมีบุตรตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม กลไกนี้จะป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณหกเดือนเท่านั้น⁽¹⁾ หลังจากนั้นเมื่อทารกกินนมแม่น้อยลงหรือเริ่มกินอาหารตามวัย หญิงให้นมบุตรก็อาจมีการตกไข่และตั้งครรภ์ได้อีก เนื่องจากปัจจุบันมีคำแนะนำให้ทารกกินนมแม่เป็นระยะเวลานานขึ้น ทำให้มีมารดาส่วนหนึ่งตั้งครรภ์โดยที่บุตรยังกินนมแม่อยู่ มารดาเหล่านี้มักเกิดความกังวลใจในการตัดสินใจว่าควรจะให้บุตรกินนมแม่ต่อไป หรือควรให้หยุดกินนมแม่เนื่องจากกังวลว่าการให้นมแม่ต่อไป อาจส่งผลเสียกับการตั้งครรภ์ ดังนั้น แพทย์ควรมีความรู้เพียงพอเพื่อให้คำปรึกษาแก่มารดาได้อย่างมั่นใจ

การให้ลูกกินนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์นั้นโดยทั่วไปถือว่าปลอดภัย ไม่เพิ่มโอกาสของการแท้งบุตรในครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนด และพบว่าไม่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกโตช้าในครรภ์⁽²⁾ แต่มีข้อพึงระวังและข้อห้ามบางประการซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

1. ภาวะโภชนาการของมารดาต้องสมบูรณ์ เนื่องจากทั้งการตั้งครรภ์และการให้นมบุตรนั้นเป็นภาวะที่ร่างกายของมารดาจะต้องการพลังงานและสารอาหารต่างๆ มากขึ้นกว่าปกติ หากจะให้นมบุตรไปด้วยในขณะที่กำลังตั้งครรภ์ยังต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารและดูแลภาวะโภชนาการให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอ โดยเฉพาะแคลเซียมและเหล็ก โดยทั่วไปควรแนะนำให้มารดาดื่มน้ำในปริมาณมากเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง โดยเน้นอาหารประเภทโปรตีน กินผักและผลไม้สดที่มีความหลากหลาย เพิ่มปริมาณแคลเซียมจากอาหารประเภทปลาตัวเล็กและเต้าหู้ และรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูง เช่น ไข่แดง ตับ เป็นต้น หรือรับประทานเหล็กเสริมในรูปแบบของยาให้เพียงพอ⁽³⁾

2. อาการเจ็บหัวนมและเต้านม เนื่องจากอาการเจ็บหัวนมและเต้านมนั้นพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรก การให้ลูกดูดนมในช่วงนี้จึงอาจมีความเจ็บปวดและทรมานมาก ในหญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการแพ้ท้องมาก อาจรู้สึกอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ ในกรณีนี้มารดาอาจตัดสินใจหยุดการให้ลูกกินนม ซึ่งแพทย์ควรให้กำลังใจ ให้การรักษาประคับประคองเท่าที่ทำได้ ส่วนการจะให้ลูกกินนมต่อหรือไม่นั้นควรเคารพต่อการตัดสินใจของมารดา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในมารดาที่ตั้งใจให้ลูกกินนมแม่ต่อระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เลิกล้มความตั้งใจเนื่องจากอาการเจ็บหัวนมและเต้านม⁽⁴⁾

3. ปริมาณน้ำนมอาจเปลี่ยนแปลงไประหว่างตั้งครรภ์ แม้โดยทั่วไปแล้วคุณค่าและสารอาหารในนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์นั้นจะไม่เปลี่ยนแปลง แต่ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างตั้งครรภ์นั้นอาจทำให้น้ำนมมีปริมาณลดลงได้ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 2-3 ซึ่งปริมาณที่ลดน้อยลงนี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกคนโตหย่านมด้วยตนเองเนื่องจากไม่ยอมดูดนมแม่ต่อได้⁽⁴⁾

4. ในกรณีที่ครรภ์นั้นมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะรกเกาะต่ำควรงดการให้นมแม่ เนื่องจากการที่หัวนมถูกกระตุ้นระหว่างให้นมนั้นอาจทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการหดตัวของมดลูก ดังนั้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน

หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น มีภาวะปากมดลูกสั้นหรือเคยมีการผ่าตัดปากมดลูกมาก่อน ควรงดการผูกกระดุนที่หัวนม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำหากเกิดการหดรัศตัวของมดลูกอาจกระตุ้นให้เกิดการตกเลือดอย่างรุนแรงได้ ดังนั้น จึงควรงดการกระดุนที่หัวนมด้วยเช่นกัน ส่วนกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ปกติ หากระหว่างที่ให้นมอยู่เกิดอาการท้องแข็งสม่ำเสมอ หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดควรพบแพทย์ทันที

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษา

แพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ลูกกินนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์แก่มารดาอย่างครบถ้วน โดยในรายที่เป็นการตั้งครรภ์ปกตินั้น ควรให้ความมั่นใจแก่แม่นำนมที่ผลิตระหว่างตั้งครรภ์นั้นยังคงมีสารอาหารที่มีประโยชน์อยู่ และการให้นมต่อไปนั้นจะไม่ส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ควรบอกให้ทราบถึงข้อควรระวังด้วย ในหญิงตั้งครรภ์บางราย หากเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ดูแลเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อาจพิจารณาส่งปรึกษาสูติแพทย์เพื่อช่วยในการประเมินและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้มารดาตัดสินใจได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

หากมารดาเลือกที่จะให้ลูกกินนมแม่ต่อไป แพทย์ควรสนับสนุนการตัดสินใจ และจะต้องให้ความสำคัญเรื่องภาวะโภชนาการเป็นพิเศษ โดยประเมินจากการรับประทานอาหารของมารดารายนั้นๆ และให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมในรายที่อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การให้ลูกกินนมนั้นสามารถให้ไปได้ตลอดการตั้งครรภ์จนมารดาคลอด และหลังคลอดก็ยังสามารถให้นมลูกควบคู่กันไปได้ทั้ง 2 คนได้ ในช่วงหลังคลอดใหม่ๆ ซึ่งมารดาอาจจะอ่อนเพลียมากและยังไม่มี ความมั่นใจในการให้ลูกเข้าเต้าพร้อมกัน ควรเริ่มจากให้ลูกกินนมแม่ทีละคนก่อน ซึ่งโดยทั่วไปมักจะให้คนน้องดูดก่อน เพราะนมแม่เป็นแหล่งอาหารเดียวของน้อง เมื่อน้องอิ่มแล้ว จึงให้คนพี่ดูด ต่อมา หากมารดา มีความมั่นใจและมีปริมาณน้ำนมมากเพียงพอแล้ว อาจให้ดูดพร้อมกันทั้ง 2 คนโดยดูดคนละเต้าก็ได้ (nursing trio) ซึ่งการให้ลูกดูดพร้อมกันทั้งสองคนนั้น มีข้อดีคือลดความโกรธและความหงุดหงิดจากการรอคอยที่จะได้ดูดนมของลูกแต่ละคน และลดความเหนื่อยล้าของมารดาที่จะต้องให้นมด้วย

ในกรณีที่มีการตัดสินใจที่จะให้ลูกกินนมแม่ต่อในตอนแรก แต่ไม่สามารถทำได้ตามที่ตั้งใจ ซึ่งอาจจะเป็นด้วยมีอาการเจ็บหัวนม หรือปริมาณน้ำนมลดน้อยลงมาก แพทย์ควรให้กำลังใจและแนะนำว่าแม้จะหย่านมไปชั่วคราวขณะตั้งครรภ์ แต่หลังคลอดเมื่อปริมาณน้ำนมมีเพียงพอ หากคนพียงอยากกินนมแม่ต่อก็สามารถกลับมากินได้ใหม่ได้ โดยร่างกายจะสามารถปรับตัวเพื่อผลิตน้ำนมให้เพียงพอต่อลูกทั้งสองคนได้เอง

ส่วนกรณีที่มีการตัดสินใจหย่านมเลยในขณะที่ตั้งครรภ์หลังจากได้รับข้อมูลรอบด้านจากแพทย์แล้ว ก็ควรสนับสนุนการตัดสินใจของมารดา โดยให้คำแนะนำถึงการหย่านมอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดโอกาสเกิดอาการคัดตึงเต้านมหรือเต้านมอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

1. Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. *Eur J of Contracept Reprod Health Care.* 1997;2:105-11.
2. Cetin I, Assandro P, Massari M, Saqone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al. Breastfeeding during pregnancy: Position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact.* 2014;30(1):20-7. doi:10.1177/0890334413514294.
3. Bryant T. Tandem Nursing: A Review and Guidelines. *International Journal of Childbirth Education.* 2012;27(4).
4. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact.* 1993;9: 83-8.



บทที่ 5

การให้อาหารและสารน้ำ ในระยะคลอด

วิภาดา เหล่าสุสทิศย์

ความรู้พื้นฐาน

ระยะคลอดเป็นระยะที่มีความวิกฤตที่สุดช่วงหนึ่งของการตั้งครรภ์ เป็นระยะที่มีการเพิ่มการใช้พลังงานของเซลล์เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า จากการที่เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกมีการบีบและคลายตัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายชั่วโมง ความต้องการสารน้ำและพลังงานเพื่อหล่อเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำและพลังงานที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ จะส่งผลถึงการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอดได้ นอกจากนี้พลังงานและสารน้ำที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ จะมีผลต่อระบบการเผาผลาญ และภาวะความเป็นกรดต่างในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เอง ซึ่งของเสียในเลือดจะสามารถไปตามหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูก ผ่านไปที่รกจนถึงทารกในครรภ์ก็อาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเป็นกรดต่างและระดับเกลือแร่ในร่างกายของทารกหลังคลอดได้⁽¹⁾

สรีรวิทยาของระบบย่อยอาหารของกระเพาะอาหาร (gastric emptying time) ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยทั่วไปอาหารที่มีลักษณะเป็นของแข็งหรือกึ่งแข็ง (semi-solid) จะเคลื่อนออกจากกระเพาะได้ช้ากว่าอาหารที่เป็นของเหลว ส่วนปัจจัย

ที่มีผลให้อาหารประเภทของแข็งหรือกึ่งแข็งเคลื่อนออกจากกระเพาะอาหารได้ ซ้ำมากขึ้นอีก ได้แก่ ปริมาณ ระดับความเป็นกรด-ด่าง ส่วนประกอบของไขมันในอาหาร อุณหภูมิ และความเข้มข้นของอาหารนั้นๆ ในหญิงตั้งครรภ์พบว่าน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร แรงตึงตัวของกล้ามเนื้อของกระเพาะ และ peptic activity จะลดลงจากอิทธิพลของ vagal tone ที่ลดลง แต่หลักฐานปัจจุบันสรุปว่าภาวะตั้งครรภ์ไม่มีผลเปลี่ยนแปลง gastric emptying time อย่างไรก็ตาม เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอดยังไม่มียังข้อมูลที่ชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดหรือการได้รับยาบางอย่างในระยะคลอด จะมีผลทำให้ gastric emptying time เปลี่ยนแปลงหรือไม่⁽²⁾

การงดรับประทานน้ำและอาหารในระยะคลอดมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือหากมารดาต้องงดน้ำและงดอาหารเป็นเวลานาน มารดาจะเกิดความเครียด อ่อนเพลียและไม่มีแรงเบ่งคลอด ซึ่งอาจต้องมีการใช้หัตถการในการช่วยคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลเสียต่อการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ในระยะหลังคลอด

การให้สารน้ำในระยะคลอด

สารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมีหลายชนิด แบ่งเป็นชนิดใหญ่ๆ ได้ 2 ชนิด คือ crystalloid และ colloid หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะที่มีความผิดปกติของระดับสารน้ำในร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคไต หรือกำลังมีภาวะน้ำในร่างกายขาดหรือเกินอยู่ จะพิจารณาให้สารน้ำที่เป็น crystalloid เป็นส่วนใหญ่ ในปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้อาหารและสารน้ำในระยะคลอด โดยสรุปได้ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะคลอดทุกคน ไม่ว่าจะได้รับประทานน้ำและอาหารหรือไม่ ควรได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย เนื่องจากมีหลักฐานว่าช่วยลดระยะของการคลอด⁽³⁾ และเพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์หากต้องได้รับสารน้ำอย่างรีบด่วน

- ควรให้สารน้ำที่มีลักษณะ isotonic solution

- ควรให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของ dextrose หรือไม่นั้นยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน⁽⁴⁾ แต่มีรายงานว่าหากให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของ dextrose อาจสัมพันธ์กับภาวะโซเดียมต่ำในหญิงตั้งครรภ์⁽³⁾ ภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกคลอดได้⁽²⁾ แต่มีผลให้ภาวะกรดต่างของทารกแรกเกิดดีกว่าการให้สารน้ำที่ไม่มีส่วนผสมของ dextrose⁽¹⁾

การให้อาหารในระยะคลอด

หลักฐานปัจจุบันพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำในการเกิด aspiration pneumonitis และมีแนวโน้มที่จะคลอดทางช่องคลอดได้ สามารถได้รับประทานอาหารในขณะที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในการคลอดในระยะแรก (latent phase) ได้ ซึ่งจะช่วยให้อาหารที่รับประทานลดความเครียดที่เกิดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดได้โดยไม่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ สำหรับการให้อาหารในระยะคลอดมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้^(2,5)

- หลีกเลี่ยงการให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในการสำลักสูงดื่มน้ำและรับประทานอาหารในระยะคลอด เช่น มีน้ำหนักมาก (morbid obesity) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ที่ควบคุมทางเดินหายใจได้ยาก (difficult airway)

- หลีกเลี่ยงการให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มจะต้องได้รับการทางวิสัญญีรับประทานน้ำและอาหารในระยะคลอด เช่น ตรวจพบหัวใจทารกในครรภ์เต้นผิดปกติ มีแนวโน้มที่จะมีระยะการคลอดที่ยาวนาน

- หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากกว่า 2,500 มิลลิลิตร เพราะอาจเสี่ยงให้เกิดโซเดียมในร่างกายต่ำ

- หากทำได้ ควรเลือกอาหารที่มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneous) เป็นอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวหรืออาหารเหลว มี iso-osmotic ไม่มีความเป็นกรดต่างมาก ไม่เย็นหรือร้อนจนเกินไป และมีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบหลัก มีไขมันต่ำ มีกากใยต่ำ ราคาไม่แพง และรสชาติที่ดี⁽³⁾

จากข้อมูลข้างต้น องค์กรวิชาชีพทางด้านสุขภาพต่างๆ ได้มีข้อเสนอแนะและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ตามตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 คำแนะนำจากสถาบันต่างๆ ในการให้รับประทานน้ำและอาหารในระยะคลอด⁽⁵⁾

สถาบัน	คำแนะนำ
American College of Nurse-Midwives	ให้รับประทานได้ตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการในกรณีความเสี่ยงในการสำลักต่ำ
American Congress of Obstetricians and Gynecologists	ให้รับประทาน clear liquids กรณีความเสี่ยงในการสำลักต่ำ
American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia	ให้รับประทาน clear liquids ปริมาณเล็กน้อย มากกว่า 2 ชั่วโมงก่อนบริการทางวิสัญญี กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน
Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada	ให้รับประทาน light or liquid diet ตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการกรณีความเสี่ยงในการสำลักต่ำ
World Health Organization	ให้รับประทานได้ตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ยกเว้นมีเหตุผลอันสมควร

ในประเทศไทย นโยบายของห้องคลอดส่วนใหญ่จะให้มารดางดน้ำงดอาหารเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดตั้งแต่ในระยะแรกเนื่องจากข้อวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ในทางปฏิบัติแล้วในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยมาก หากมีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ตามความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำและยังอยู่ในระยะแรกของการคลอด (latent phase) อาจ

พิจารณาให้รับประทานอาหารได้โดยจัดเป็นอาหารว่าง จะทำให้มารดาไม่ต้องงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน และเป็นผลดีต่อการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่สำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงสูงอาจยังมีความจำเป็นต้องงดน้ำและงดอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดหรือการดมยาสลบหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยสามารถนำหลักฐานดังกล่าวไปปรับใช้ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดตามความเหมาะสมของแต่ละสถานพยาบาล โดยควรพิจารณาร่วมกันระหว่างสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และวิสัญญีแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Jamal A, Choobak N, Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97:187-9.
2. Maharaj D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;146:3-7.
3. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluid for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013: CD007715.
4. Dapuzzo-Argiriou LM, Smulian JC, Rochon ML, Galdi L, Kissling JM, Schnatz PF, et al. A multi-center randomized trial of two different intravenous fluids during labor. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(2):191-6.
5. Sharts-Hopko NC. Oral intake during labor: A Review of the Evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010;35(4):197-203.

การตัดสายสะดือ และการดูแลทารกแรกเกิด

เบสิตา สุขสมานวงศ์

ความรู้พื้นฐาน

การตัดสายสะดือทารก (umbilical cord clamping) จะทำหลังจากทารกคลอดเมื่อสิ้นสุดระยะที่สองของการคลอดก่อนที่จะทำการคลอดรกมีการให้คำนิยามของการตัดสายสะดือตามระยะเวลาเป็น 3 ช่วง⁽¹⁾ ดังนี้

1. การตัดสายสะดือแบบเร็ว (early/immediate umbilical cord clamping) เป็นการตัดสายสะดือภายใน 30 วินาทีหลังคลอด
2. การตัดสายสะดือแบบช้า (late umbilical cord clamping) ซึ่งเป็นการตัดสายสะดือหลังคลอดนานกว่า 5 นาที
3. การชะลอการตัดสายสะดือ (delayed umbilical cord clamping) เป็นการตัดสายสะดือที่ 25 วินาทีถึงก่อน 5 นาทีหลังคลอด

ในปัจจุบันแนะนำให้ทำการชะลอการตัดสายสะดือในทารกที่สุขภาพดีทั่วไป⁽²⁾ เนื่องจากพบว่าหลังทำการคลอด ทารกจะยังคงมีไหลเวียนของเลือดภายในเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำของสายสะดืออย่างต่อเนื่องทำให้ปริมาตรเลือดจากรกยัง



สามารถส่งไปที่ทารกได้ โดยอาจทำให้ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 80 ถึง 100 มิลลิลิตรในทารกครบกำหนด^(3,4) ช่วยเพิ่มการสะสมเหล็กและป้องกันภาวะซีดจากการขาดเหล็กในทารกแรกเกิดถึงหกเดือนซึ่งเป็นช่วงที่ทารกกินนมแม่เพียงอย่างเดียว และยังช่วยลดโอกาสในการรับเลือด (blood transfusion) ลดอุบัติการณ์ของการมีเลือดออกในสมองในทารกเกิดก่อนกำหนด แม้ว่าอาจจะมีบางรายงานพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองที่ต้องรักษาด้วยการส่องไฟในทารกเกิดครบกำหนดเพิ่มขึ้นก็ตาม

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษา

การตัดสายสะดือในทารกที่สุขภาพดี และไม่ต้องมีการการกั๊พีพีตามแนวทางการกั๊พีพีของทารกแรกเกิด แนะนำให้ทำการชะลอการตัดสายสะดืออย่างน้อย 30 ถึง 60 วินาทีหลังคลอด⁽²⁾ โดยวางทารกที่ระดับเดียวกันหรือต่ำกว่ามารดา ระหว่างนั้นให้ใช้ผ้าอุ่นเช็ดตัวทารกให้แห้ง กระตุ้นให้การหายใจ และพิจารณาดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูกโดยหลีกเลี่ยงการดูดสารคัดหลั่งที่รุนแรงจนเกินไปจนอาจทำให้ทารกบาดเจ็บซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการดูดนมแม่

หลังจากตัดสายสะดือ เพื่อเพิ่มโอกาสสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้วางทารกไว้ที่อกมารดาให้ทารกได้สัมผัสผิวกับมารดาเนื้อแนบเนื่อนาน 1 ชั่วโมงเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็วที่สุดและเริ่มการกระตุ้นดูดนมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงแรก ชะลอการฉีดวัคซีนหรือวิตามินเคไว้หลังจากเริ่มให้กระบวนกระตุ้นให้ทารกได้เริ่มดูดนมแม่เรียบร้อยแล้วหรือจะปรับเปลี่ยนไปปฏิบัติก่อนการย้ายขึ้นหอผู้ป่วยก็ได้ และไม่ควรทำการอาบน้ำให้ทารกแรกเกิดใหม่หลังจากผ่านชั่วโมงแรกแล้วจึงเริ่มวัดพารามิเตอร์ที่จำเป็น ได้แก่ ความยาวรอบศีรษะ (head circumference) อุณหภูมิ (body temperature) และน้ำหนักแรกเกิด (birth weight)

ปัญหาและการแก้ไขปัญหาก็พบ

แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์ของการชะลอการตัดสายสะดือ แต่ยังไม่ได้รับความนิยมในทางปฏิบัติ สาเหตุอาจจะเป็นเพราะความเคยชินของ

ผู้ทำคลอด ซึ่งส่วนใหญ่จะตัดสายสะดือภายใน 10-30 วินาทีหลังจากทารกคลอด⁽¹⁾ นอกจากนี้ ข้อจำกัดของสถานที่โดยจัดทำให้มารดาชันขาหยั่ง ทำให้ไม่มีพื้นที่ที่จะวางทารกเพื่อรอทำการชะลอการตัดสายสะดือตามคำแนะนำ ทั้งนี้ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญ และฝึกปฏิบัติการชะลอการตัดสายสะดือให้ผู้ทำคลอดในหลักสูตรของแพทย์ทั่วไป สูติแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์อย่างทั่วถึง

ปัญหาที่สำคัญอีกประการ คือ ทารกหลังเกิดจะถูกแยกจากมารดาทำให้มารดาไม่ได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อและทารกไม่ได้เริ่มกระตุ้นดูดนมมารดาตามสมควรจะเป็นตามคำแนะนำ สาเหตุเนื่องมาจากการไม่เห็นความสำคัญในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงแรก ความวิตกกังวลว่ามารดาจะเหนื่อยจากการคลอดและจะไม่สามารถดูแลทารกได้ ความกังวลว่าทารกจะตัวเย็น หรือสนใจแต่เพียงการที่จะปฏิบัติงานประจำให้แล้วเสร็จเท่านั้น การแก้ปัญหานี้ควรมีการวางแผนงานและขั้นตอนการทำงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำตามนโยบายนี้ได้ ซึ่งทั้งนี้ต้องเริ่มต้นจากการให้ความรู้ทั้งกับแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องให้เห็นถึงความสำคัญของการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อและกระตุ้นดูดนมมารดาภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงแรก ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No.543: Timing of umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol* 2012;120:1522-6.
2. World Health Organization. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Duley L, Batey N. Optimal timing of umbilical cord clamping for term and preterm babies. *Early Hum Dev.* 2013;89(11):905-8.

4. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Scientific Impact Paper No. 14: Clamping of the umbilical cord and placental transfusion. Available from: URL: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip-14.pdf>



การให้มารดาได้โอบกอดทารก เนื้อแนบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด

เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล

ความรู้พื้นฐาน

ทารกหลังจากคลอดนั้นจะเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในการดูดนมแม่ เพื่อให้ได้อาหารซึ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตของทารกโดยเร็วที่สุด ดังนั้นการที่มารดาและทารกมีโอกาสดูแลด้วยกันทันทีหลังคลอดและได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดจะเป็นกระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมแม่ของทารก ช่วยสร้างความผูกพันของมารดาและทารก⁽¹⁾ หากแพทย์และพยาบาลในห้องคลอดสามารถให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้มารดาได้เริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วจะส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น⁽²⁾

ข้อดีของการให้มารดาโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด^(1,3,4)

1. ทำให้ร่างกายของทารกอบอุ่นตามธรรมชาติ ลดการเกิดภาวะตัวเย็นหลังคลอดได้

2. ทำให้ทั้งมารดาและทารกสงบจากภาวะเครียดที่เกิดจากการคลอด การโอบกอดเนื้อแนบเนื้อทำให้มารดารู้สึกสงบ มีพฤติกรรมแสดงความรักความเอาใจใส่ต่อทารกมากขึ้น และส่งผลให้ความเครียดของทารกลดลง ส่งผลให้ทารกปรับตัวง่ายขึ้น รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

3. ลดการร้องกวนของทารกจากการถูกแยกจากมารดา ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงทารกได้ง่ายขึ้น ลดความเครียดของมารดาได้

4. การที่ทารกสงบและอุณหภูมิอยู่ในระดับปกติทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ

5. การให้ทารกได้สัมผัสกับผิวหนังของมารดานั้น ทารกจะได้รับจุลินทรีย์ประจำถิ่นชนิดเดียวกับมารดาซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่ทารก ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและการสัมผัสเชื้อโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล นอกเหนือจากนี้การให้ทารกได้ดูดนมแม่โดยเร็วพร้อมกับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อนั้น ยังทำให้ทารกได้รับหัวน้ำนมซึ่งมีภูมิคุ้มกันเชื้อโรคสูง ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในระบบทางเดินอาหารซึ่งจะช่วยป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อที่ก่อโรคได้

6. เป็นการช่วยสร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดามีพฤติกรรมที่แสดงความรักความผูกพันต่อทารกมากขึ้น เช่น มารดาสัมผัส ลูบไล้ทารก กอดจูบทารก ยิ่งช่วยเพิ่มความรักความผูกพันต่อทารกมากขึ้น กระตุ้นให้มารดาเอาใจใส่ดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญต่อพื้นฐานอารมณ์ของทารกและพฤติกรรมของมารดาต่อไป

7. ช่วยกระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมของทารก โดยเริ่มจากการยกศีรษะและมองไปรอบๆ แลบลิ้น เอามือเข้าปากและดูดนิ้ว น้ำลายไหล พร้อมกับคีบคลานเข้าหาเต้านมของมารดา จากการมองเห็นสีเข้มของหัวนมและกลิ่นของเต้านมมารดา และเมื่อพบหัวนม ทารกจะอ้าปากกว้างเพื่อบีบหัวนมและลานนมและดูดนมแม่ ซึ่งเป็นผลดีต่อการฝึกฝนทำให้ทารกดูดนมต่อไป

แนวทางการให้การช่วยเหลือในระยะแรกหลังคลอดทันที^(1,3)

1. หลังจากทารกคลอดและได้เช็ดตัวให้แห้งด้วยผ้าสะอาดแล้ว ควรจัดให้ทารกอยู่ในลักษณะถอดเสื้อผ้า ไม่ถูกห่ออยู่ในผ้า อาจสวมหมวกเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและควรปรับอุณหภูมิห้องคลอดให้อบอุ่น
2. จัดให้ทารกนอนคว่ำลงบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมของมารดาโดยให้ผิวหนังทารกสัมผัสผิวหนังของมารดาให้มากที่สุด โดยระหว่างนี้อาจกระตุ้นให้เริ่มดูดนมแม่ไปพร้อมกันด้วย
3. ใช้ผ้าห่มหรือเสื้อผ้าอุ่นๆ ห่มคลุมหลังของลูกกับมารดา

ข้อควรคำนึงถึงในการเฝ้าอาการกเนื้อแบบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด

1. อาจพิจารณาเริ่มให้การช่วยเหลือชั่วคราวออกไปหรือเมื่อพ้นระยะวิกฤติ หากอาการของมารดาหรือทารกไม่คงที่ เช่น มารดามีภาวะตกเลือด สัญญาณชีพไม่คงที่หรือทารกมีปัญหาทางด้านหายใจ เป็นต้น
2. ควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลดีของการเฝ้าอาการกเนื้อแบบเนื้อ และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะช่วยให้มารดาเข้าใจถึงแนวทางการช่วยเหลือ การจัดทำและสิ่งที่มารดาต้องระวังในขณะเฝ้าอาการกเนื้อ
3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด
4. ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม เช่น ราวกันเตียง หมอนหรือผ้าห่มต่างๆ

ปัญหาที่พบในการให้มารดาได้ออกอาการกเนื้อแบบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด

1. มารดาหลังคลอดช่วงแรกนั้นจะมีภาวะเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียจากกระบวนการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการผ่าตัดคลอดที่มีการใช้ยาสลบร่วมด้วย ทำให้มารดาไม่สามารถให้การเฝ้าอาการกเนื้อและเริ่มให้นมได้เต็มที่ ดังนั้น บุคลากร

ในห้องคลอดควรตระหนักและให้การช่วยเหลือจัดทำเพื่อให้ทารกได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อมากขึ้น

2. ในช่วงแรกหลังคลอดนั้น บางครั้งอาจไม่สามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้ทันที เช่น มารดามีปัญหาหัวนมสั้นหรือบอด เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรในห้องคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่หอผู้ป่วยหลังคลอดจะต้องทราบถึงปัญหาและช่วยแก้ไขกระตุ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาเพื่อให้สามารถเริ่มโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อและให้นมต่อเนื่องได้

3. ในสถานที่ที่ไม่มีบุคลากรเพียงพอในการช่วยเหลือหรือเฝ้าระวังในช่วงที่มารดาโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อหลังคลอดในห้องคลอด อาจทำให้ไม่สามารถให้มารดาได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อทันทีหรือล่าช้าออกไป ดังนั้นการแนะนำหรือให้ความรู้แก่สามีหรือญาติของมารดาในช่วงฝากครรภ์ให้สามารถช่วยเหลือได้นั้น อาจเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้มารดาหลังคลอดได้มีโอกาสโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อได้และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวได้อีกทางหนึ่งด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;CD003519.
2. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13 Suppl 3:S19.
3. Habicht JP. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: the process, recommendations, and challenges for the future. *Adv Exp Med Biol.* 2004;554:79-87.
4. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for Integrated care. Section 3 : Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff. Geneva: WHO document Production Service; 2009.

การเริ่มต้นให้ทารกกินนมแม่

เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล

นอกจากนมแม่จะเป็นอาหารที่สำคัญแก่ทารกในช่วงแรก มีประโยชน์ในด้านโภชนาการ สร้างภูมิคุ้มกันแล้ว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นการส่งเสริมสัญชาตญาณความเป็นแม่ สร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกอีกด้วย ดังนั้น การให้การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ทารกได้เริ่มดูดนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดทันทีพร้อมไปกับให้มารดาได้โอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหัตถ์คลอดถือเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการต่างๆ นี้เกิดขึ้นได้ การให้ทารกเริ่มกินนมแม่ได้เร็วตั้งแต่แรกเกิดจะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ สามารถให้นมแม่ได้นานอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่ต้องให้นมหรืออาหารอื่นๆ⁽¹⁾

บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิดมีแนวทางดังนี้^(2,3)

1. การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรเกี่ยวกับผลดีของการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะช่วยให้บุคลากรให้ความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2. ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย อุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมแก่การช่วยเหลือ
3. ควรให้ทารกที่เกิดโดยวิธีคลอดปกติและมีสุขภาพแข็งแรงทุกรายได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื่องจากการมารดาภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด
4. เลื่อนการปฏิบัติด้านการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรออกไปอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เช่น การชั่งน้ำหนัก การทำความสะอาดร่างกายทารก การฉีดยาวิตามินเค หรือการหยอดตา เป็นต้น เพื่อให้มีผลกระทบต่อการเริ่มต้นเลี้ยงทารกด้วยนมแม่น้อยที่สุด
5. ควรให้คำแนะนำและสอนมารดาถึงวิธีการอมหัวนมและลานนมที่ถูกต้อง นุ่มนวลและไม่รีบเร่ง ไม่ควรเร่งรัดหรือกำหนดระยะเวลาในการดูดนมของทารก และชี้ให้เห็นพฤติกรรมตามสัญญาณของทารก เช่น การตื่นตัวของทารก สัญญาณหิวของทารก เป็นต้น
6. ในกรณีผ่าตัดคลอดนั้น หากมารดาและทารกไม่มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ก็สามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้ทันที เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ เพียงแต่ในวันแรกๆ หลังคลอดจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ
7. สร้างความมั่นใจให้กับมารดาโดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อทำได้ถูกต้อง

ข้อควรคำนึงถึงในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(2,3)

1. มารดาหลังคลอดอาจมีอาการอ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์ที่ยาวนานหรือการงดน้ำงดอาหารในระหว่างการคลอด ดังนั้นอาจพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดตามความจำเป็น
2. ในกรณีผ่าตัดคลอดอาจมีอาการง่วงซึมจากการได้รับยาสลบ หรือยาระงับความเจ็บปวดระหว่างคลอดทำให้ตอบสนองได้ไม่เต็มที่หรือล่าช้าออกไป ดังนั้นอาจให้การช่วยเหลือให้มารดาได้โอบกอดเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดทันทีที่มารดารู้สึกตัว โดยให้บิดาและสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ โดยบุคลากรเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

3. ให้การช่วยจัดทำให้นมแม่ที่สะดวกสบาย เช่น ท่านอนตะแคง หรือท่านอนหงายโดยวางทารกบนด้านข้างของอกมารดาค้ำยันทำอุ้มลูกฟุตบอล เป็นต้น จะช่วยลดการเจ็บปวดได้ในช่วงแรก

4. หากทารกมีปัญหาทางด้านการหายใจหรือปัญหาอื่นๆ ที่จำเป็นต้องแยกไปดูแลหรือสังเกตอาการ อาจทำให้ได้ดูตนมแม่ครั้งแรกล่าช้าและส่งผลทำให้มารดามีน้ำนมน้อยได้ดังนั้นอาจช่วยกระตุ้นและบีบนมแม่เก็บไว้ เพื่อให้ทารกตามความเหมาะสม เมื่อทารกมีอาการดีขึ้นจึงนำทารกมาโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ

กระบวนการหนึ่งที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ คือ การเริ่มต้นให้ทารกกินนมแม่โดยเร็วและช่วยให้ได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด ในรายที่เกิดโดยวิธีคลอดปกติ หรือทันทีที่มารดารู้สึกตัวในกรณีผ่าตัดคลอดและให้นานอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรทราบถึงความสำคัญและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อช่วยเหลือให้มารดาเริ่มให้นมแม่ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Habicht JP, WHO expert consultation. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: the process, recommendations, and challenges for the future. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:79-87.
2. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for Integrated care. Section 3 : Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff. Geneva: WHO document Production Service; 2009.
3. ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศนวิรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555.



การสอนและการประเมินการเข้าเต้า

ดร.ณิ ศิริชัยสุภกริธ

ความรู้พื้นฐาน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นธรรมชาติพื้นฐานที่สามารถเรียนรู้ได้ระหว่างมารดาและทารก ด้วยสัญชาตญาณจะมีการปรับตัวซึ่งกันและกันจนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างดี ดังนั้นการนำลูกเข้าเต้าในระยะแรกอาจต้องมีการปรับตัวบ้างเป็นธรรมดา บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรสร้างความเครียดหรือกดดันมารดาจนเกินไปซึ่งอาจมีผลทำให้ปริมาณน้ำนมลดลงได้⁽¹⁾ บุคลากรควรให้ความเป็นกันเองกับมารดาและครอบครัว ควรจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมให้สุขสบายและมิดชิด จัดให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอด (rooming in) ทำให้มารดาสามารถให้นมแม่แก่ทารกได้บ่อยเพียงพอหรือเท่าที่ทารกต้องการ

การสังเกตสัญญาณหิวของทารก (Hunger cue)^(2,3)

ทารกจะแสดงอาการหิวเป็นสัญญาณต่างๆ ให้รู้โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

- **สัญญาณเมื่อเริ่มหิว (Early cues)** ทารกจะเริ่มมีการขยับตัว อ้าปากกว้างและตะแคงหน้าหันข้างเพื่อหาเต้า

- **สัญญาณทิวมาก (Mid cues)** ทารกต้องการแสดงว่ามีอาการทิวมากแล้ว โดยจะมีการแอมตัว ขยับตัวมากขึ้นและเอามือเข้าปาก

- **สัญญาณโมโหทิว (Late cues)** ทารกแสดงอาการทิวมากและต้องการเรียกร้องความสนใจจากมารดาเพื่อให้ปลอบประโลมและให้นม โดยทารกจะกระสับกระส่าย ร้องไห้มาก บ้างครั้งร้องไห้จนใบหน้าเปลี่ยนเป็นสีแดง

ซึ่งช่วงเวลาที่ทารกเริ่มแสดงอาการทิวเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับมารดา มือใหม่ในการเริ่มให้นมลูก เพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการจัดท่าให้นมและนำลูกเข้าเต้าต่อไป

การจัดท่าให้นม (Positioning)⁽⁴⁾

เมื่อมารดาจะเริ่มให้นมลูก ควรที่จะนั่งหรืออาจนอนในที่สะดวกสบาย จัดให้มีอุปกรณ์เช่น หมอนหนุนรูปตัวยู ผ้าห่มหรือผ้าขนหนู เพื่อเตรียมไว้รองรับน้ำหนักทารกแทนการอุ้มซึ่งทำให้มารดาสามารถให้นมลูกได้นานพอไม่น้อยกว่า 15 นาที หรือเท่าที่ทารกต้องการ ซึ่งทำให้นมที่นิยม ได้แก่

- **ท่าอุ้มขวางตัก (Cradle hold)** เป็นท่าอุ้มทารกที่ใช้ข้อพับแขนและท่อนแขนส่วนล่างรับน้ำหนักทารก โดยศีรษะทารกอยู่ที่ข้อพับแขนจัดท่าให้ศีรษะทารกเงยเล็กน้อย ท่อนแขนส่วนล่างนำไปตามแผ่นหลังของทารก ฝ่ามือมารดารองรับบริเวณก้นทารก วางตัวทารกผ่านหน้าตักมารดา ให้ลำตัวทารกตะแคงเข้าหาตัวมารดา อุ้มทารกขึ้นจัดระดับให้ปลายจมูกทารกตรงกับระดับหัวนมมารดา ซึ่งท่าอุ้มนอนขวางตักนี้เป็นท่าที่ใช้ให้นมลูกบ่อยที่สุด (รูปที่ 9-1)

- **ท่าอุ้มขวางตักประยุกต์ (Modified/Cross cradle hold)** เป็นท่าอุ้มทารกที่ใช้ฝ่ามือและท่อนแขนส่วนล่างของมารดาในการรับน้ำหนักทารก โดยฝ่ามือมารดาโอบรับส่วนศีรษะทารกและจัดให้ศีรษะทารกเงยเล็กน้อย จัดระดับให้ปลายจมูกทารกตรงกับระดับหัวนมมารดา ให้ลำตัวทารกวางผ่านท่อนแขนส่วนล่างของมารดา ก้นทารกอยู่ที่ข้อพับแขนมารดา แนวลำตัวทารกผ่านหน้าตักมารดา ท่านี้จะง่ายต่อมารดาในการอุ้มทารกเพื่อเข้าเต้าเพราะสามารถขยับมือที่โอบศีรษะทารก



รูปที่ 9-1 ทำอุ้มขวางตัก⁽⁴⁾



รูปที่ 9-2 ทำอุ้มขวางตักประยุกต์⁽⁴⁾

เข้าสู่เต้าได้สะดวก อาจมีหมอนหรือผ้าช่วยรองรับน้ำหนักทารกแทนแรงอุ้มของมารดาเมื่อเข้าเต้าเสร็จแล้วหรือสามารถเปลี่ยนท่าให้มเป็นท่าลูกนอนขวางตักต่อได้ ข้อพึงระวังสำหรับท่านี้นี้คือ ฝ่ามือและท่อนแขนมารดาควรเป็นระนาบเดียวกันในการประคองและรับน้ำหนักศีรษะและลำตัวของทารก ไม่ควรให้มารดาพิงข้อมือเข้าจนเกินไปมาก เนื่องจากจะทำให้ทารกก้มหน้าลงและอมลานนมได้ไม่ลึกพอ และยังสามารถทำให้มารดาเจ็บที่ข้อมือในระยะยาวได้ด้วย (รูปที่ 9-2)

- **ท่าอุ้มฟุตบอล (Clutch hold หรือ football hold)** เป็นท่าอุ้มทารกแบบสี่ข้างมารดา ใช้ฝ่ามือและท่อนแขนส่วนล่างของมารดาด้านที่อุ้มในการรับน้ำหนักทารก ลำตัวทารกเป็นแนวตรง โดยฝ่ามือมารดาโอบรับส่วนศีรษะทารก และจัดให้ศีรษะทารกเงยเล็กน้อย ท่อนแขนส่วนล่างของมารดาจับน้ำหนักลำตัวของทารก อาจมีหมอนหรือผ้าช่วยรองรับน้ำหนักทารกแทนแรงอุ้มของมารดา ท่านี้เหมาะสำหรับการเลี้ยงทารกแฝด ซึ่งสามารถให้นมลูกได้พร้อมกันทั้งสองคน ทารกตัวเล็กหรือก่อนกำหนด มารดาเต้านมใหญ่หรือมารดาหลังผ่าตัดคลอด (รูปที่ 9-3)



รูปที่ 9-3 ท่าอุ้มฟุตบอล⁽⁴⁾

- **ท่านอนตะแคง (Side lying position)** มารดาและทารกนอนตะแคงตัวเข้าหากัน มารดานอนหนุนหมอนสูงกว่าปกติเพื่อให้สามารถมองเห็นทารกได้ ทารกนอนหนุนแขนข้างที่นอนตะแคงทับของมารดาหรือหนุนผ้าเพื่อรับลำตัวและศีรษะทารกเพื่อให้จมูกทารกอยู่ระดับหัวนมมารดา อาจใช้ท่อนแขนมารดาหรือผ้าหนุนหลังทารกกระชับให้ลำตัวทารกแนบลำตัวมารดา ท่านี้เหมาะสำหรับมารดาที่ต้องการการพักผ่อนเต็มที่โดยเฉพาะหลังผ่าตัดคลอดหรือในช่วงที่ต้องการหลับ (รูปที่ 9-4)



รูปที่ 9-4 ท่านอนตะแคง⁽⁴⁾

การจัดท่าให้นมลูกที่ดี (Good positioning)

มีหลัก 4 ประการได้แก่

1. ศีรษะ ไหล่และลำตัวทารกอยู่ในแนวเส้นตรงเดียวกัน ไม่บิดคอหรือบิดลำตัว
2. ลำตัวทารกชิดกับมารดา ท้องทารกชิดหน้าท้องมารดา
3. หน้าทารกหันเข้าหาเต้านมมารดา ปากของทารกตรงระดับหัวนม
4. ทารกได้รับการประคองโดยแขนแม่โอบหรือหมอนเพื่อรองรับน้ำหนัก ให้ทารกรู้สึกมั่นคง

การประคองเต้านม⁽⁴⁾

การประคองเต้านมจะเป็นการช่วยให้ทารกสามารถอมหัวนมได้ลึกจนถึงลานนมทำให้หัวนมแม่ไม่หลุดง่ายขณะทารกดูดนมและน้ำนมไหลได้ดี โดยการประคองเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่

C hold หรือ cup hold เป็นการประคองเต้านมเป็นรูปตัว C โดยนิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนของเต้านม ส่วนอีกสี่นิ้วมือที่เหลือประคองช้อนฐานนมเพื่อรองรับน้ำหนักเต้าแทนทารก จึงเหมาะสำหรับมารดาที่มีเต้านมขนาดใหญ่ มารดามือใหม่ ทำนี้ยังมีข้อดีที่สามารถช่วยบีบเต้านมให้น้ำนมไหลเพื่อกระตุ้น swallowing reflex ในทารกที่อมหัวนมแล้วหลับไป ไม่ยอมดูดนมต่อ (รูปที่ 9-5)



รูปที่ 9-5 C hold⁽⁴⁾

V hold หรือ scissors hold เป็นการคืบเต้านมด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลางโดยวางนิ้วให้เลยแนวต่อระหว่างเต้านมและลานนมเพื่อยกส่วนลานนมและหัวนมให้ยื่นออกพร้อมให้ทารกดูดบริเวณลานนม เหมาะสำหรับมารดาที่มีเต้านมขนาดเล็ก โดยมีข้อควรระวัง ไม่กดนิ้วที่บริเวณลานนมอันจะเป็นการกดท่อน้ำนมทำให้น้ำนมไหลไม่สะดวก (รูปที่ 9-6)

U hold หรือ dancer hand position วางนิ้วคล้าย C hold แต่หมุนมือ 90 องศาให้นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านข้าง นิ้วมืออีกสี่นิ้วอยู่ตรงกลางอก ทำนี้เหมาะ



รูปที่ 9-6 V hold⁽⁴⁾



รูปที่ 9-7 U hold⁽⁴⁾

สำหรับทารกที่มีแรงดูดน้อย เช่น เกิดก่อนกำหนด ภาวะพิการทางระบบประสาท โดยสามารถเคลื่อนมือจากประคองเต้าไปประคองที่คางและกระพุ้งแก้มทารก หรือ ขยับนิ้วชี้เพื่อดันคางทารกให้ชิดกับเต้านมมารดามากขึ้น (รูปที่ 9-7)

เมื่อจัดทำอุ้มทารกและประคองเต้านมพร้อมในจังหวะที่ทารกเริ่มหิว ให้ใช้หัวนมมารดากระตุ้นที่ริมฝีปากหรือข้างแก้มทารกเพื่อกระตุ้น rooting reflex เมื่อทารกอ้าปากกว้างให้ขยับทารกเข้าหาเต้า ให้ทารกอมหัวนมลึกถึงลานนม เมื่อทารกอมได้ลึกพอหัวนมจะถูกยัดออก (teat) ลิ้นทารกจะห่อรอบใต้ลานนมและหัวนม ลิ้นยื่นออกมาอยู่เหนือเหงือกล่างเพื่อรีดน้ำนมจากท่อน้ำนมทำให้ได้รับน้ำนมอย่าง

เพียงพอเป็นการดูนมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมารดาจะสังเกตเห็นนํ้านมเอ่อที่มุมปากทารกหรืออาจได้ยินเสียงกลืนนม ทั้งนี้ในระหว่างการสอนมารดาเพื่ออุ้มทารกหรือประคองเต้านมเพื่อเข้าเต้าควรให้มารดาได้อุ้มทารกเอง แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อุ้มทารกเพื่อเป็นตัวอย่าง หลีกเลี่ยงการสัมผัสทั้งมารดาและทารกโดยไม่จำเป็น (hand off technique) เพื่อให้มารดาได้มั่นใจเมื่อต้องกลับบ้านและไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือ

การให้คะแนนการอมหัวนมลึกถึงลานูน (LATCH scoring)^(5,6)

เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินการเข้าเต้า เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความถูกต้องในการให้นมแม่แก่ทารกทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว โดยประเมินทุก 8 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก จากนั้นให้ประเมินวันละครึ่ง มีเกณฑ์การประเมิน 5 ข้อดังตารางที่ 9-1 หากคะแนนที่ประเมินตั้งแต่ 7 ลงไปควรได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Naylor AJ, Wester RA. Lactation management self-study modules level I. 4th ed. Module Three-common breastfeeding problems. Shelburne, Vermont: Wellstart International; 2009. p.84-110.
2. Queensland Health [homepage on the internet]. Queensland: Baby Feeding Cues (signs). Available form: https://www.health.qld.gov.au/breastfeeding/documents/feeding__cues.pdf
3. กรรณิการ์ บางสายน้อย, ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีทางแห่งธรรมชาติ. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิ, กรรณิการ์ บางสายน้อย, กุลมา ชูศิลป์, รัชดา เกษมทรัพย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, อิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, วไล เขตตะวัน, บรรณาธิการ. เรียนรู้นมแม่จากภาพ. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอชัน; 2555. หน้า 2-12.

ตารางที่ 9-1 การให้คะแนนการอมหัวนมถึงลานนม (LATCH scoring)^(5,6)

หัวข้อประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
L= Latch: การอมหัวนมและลานนม	ว่างหรือลั้งเลจน อมหัวนมไม่ได้	ใช้ความพยายามหลายครั้งหรือกระตุ้นจนอมหัวนมและลานนม	คาบหัวนมและลานนม ลิ้นแตะเหงือกล่าง ริมฝีปากบานออก ดูคนมเป็นจังหวะ
A= Audible swallowing: การได้ยินเสียงกลืนนม	ไม่ได้ยิน	ได้ยิน 2-3 ครั้งหลังกระตุ้นให้ดูด	อายุ <24 ชม. ได้ยินเป็นช่วงๆ อายุ >24 ชม. ได้ยินบ่อยครั้ง
T= Type of nipple: ลักษณะหัวนมของแม่	หัวนมบอดปุ่ม (inverted nipple)	หัวนมแบน (flat nipple)	หัวนมชี้พุ่งปกติหรือหลังถูกกระตุ้น (everted nipple)
C= Comfort breast and nipple: ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม	เต้านมคัดมาก หัวนมแตกเป็นแผล เลือดออก และเจ็บมาก	มีรอยแดงบริเวณเต้านม หัวนมมีรอยฟองเล็กน้อยและเจ็บปานกลาง	เต้านมและหัวนมนุ่ม อาจรู้สึกเจ็บเล็กน้อย ขณะทารกดูคนม
H= Hold or positioning: ทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม	ต้องการความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อย่างเต็มที่	ต้องการความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่บ้าง เช่น ยกหัวเตี้ย จัดหอมรอง	ไม่ต้องการความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ มารดาสามารถอุ้มและจัดท่าลูกด้วยตนเอง

4. เยาวภา จงเป็นสุขเลิศ. แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณานิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ โอโยรา; 2555. หน้า 123-34.
5. กุสุมา ชูศิลป์. การประเมินทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณานิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ โอโยรา; 2555. หน้า 163-71.
6. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(1):27-32.



บทที่ 10

การจัดทำให้นมลูก

ภาวิณ พัวพรพงษ์

ความรู้พื้นฐาน

การจัดทำของทารกในการให้นมแม่ มีหลักสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ประการที่หนึ่ง ลำตัวทารกอยู่ในแนวตรง โดยแนวหู หัวไหล่ และข้อสะโพกเป็นเส้นตรงเดียวกัน ประการที่สอง ลำตัวทารกติดอยู่กับลำตัวมารดา ประการที่สาม มีการประคองรองศีรษะ หัวไหล่หรือรองทั้งตัว ประการที่สี่ หน้าของทารกหันเข้าหาเต้านม โดยจมูกของทารกจะต้องอยู่ที่หัวนมเมื่อเข้าเต้า

การนำทารกเข้าเต้า มีหลักสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ประการที่หนึ่ง ให้ทารกอ้าปากกว้าง ประการที่สอง คางของทารกแนบชิดกับเต้านม ประการที่สาม เมื่อทารกอมหัวนมและลานนม สังเกตว่าริมฝีปากล่างบานออก และประการที่สี่ สังเกตเห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง

ท่าอุ้มที่ใช้ในการให้นมลูก

ท่าที่ใช้ในการให้นมลูกมีหลายท่าที่มารดาสามารถจะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความถนัดและความสะดวกสบายของแต่ละคน ได้แก่

1. ทำอุ้มขวางดัก หรือ cradle hold เป็นท่าที่อุ้มทารกวางไว้บนดัก มือและแขนประคองตัวทารกไว้ ให้ทารกนอนตะแคงเข้าหาตัวแม่ ศีรษะทารกอยู่สูงกว่าลำตัวเล็กน้อย ท่ายทอยทารกวางอยู่บริเวณแขนของแม่ มืออีกข้างประคองเต้านมไว้ แขนของทารกอาจจะพับอยู่ข้างลำตัว แต่ไม่ควรอยู่ระหว่างหน้าอกทารกกับมารดา ดูแลให้ศีรษะทารกไม่อยู่ไกลเกินไปหรือลึกลงเข้าไปในข้อพับ ซึ่งทำให้ทารกต้องดูดเต้านมออกมาและลำบากในการคงการอมหัวนมและลานนมได้ ทำนี้ไม่เหมาะสำหรับมารดามือใหม่เพราะมารดาไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะทารกได้ รูปแสดงท่าอุ้มขวางดักในรูปที่ 10-1

2. ทำอุ้มขวางดักประยุกต์ หรือ modified cradle หรือ cross cradle หรือ cross arm hold คล้ายท่าอุ้มขวางดัก เพียงแต่เปลี่ยนมือ โดยใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่ทารกดูดประคองเต้านม มืออีกข้างรองรับต้นคอและท่ายทอยของทารกแทน มีประโยชน์ในทารกที่ตัวเล็กหรือป่วย มารดาสามารถจะจับพยุงทารกทั้งศีรษะและลำตัวได้ดี แต่ควรระมัดระวังไม่จับศีรษะทารกแน่นเกินไปจนกระทั่งทารกขยับไม่ได้ ทำนี้เหมาะสำหรับการนำทารกเข้าอมหัวนมและลานนม เนื่องจากจะช่วยในการควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะทารกได้ดี ดังแสดงในรูปที่ 10-2

3. ทำอุ้มฟุตบอล หรือ football หรือ clutch หรือ underarm hold ทำนี้ทารกอยู่ในท่ากึ่งตะแคงกึ่งนอนหงาย ขาชี้ไปทางด้านหลังของมารดา มือมารดาจับที่ต้นคอและท่ายทอยของทารก กอดทารกให้กระชับกับสีข้างมารดา ลักษณะนี้จะเหมือนกับทารกอยู่ใต้แขนมารดา ทารกจะดูดนมจากเต้านมข้างเดียวกับมือที่จับประคองศีรษะทารก มืออีกข้างจะประคองเต้านมไว้ ทำนี้มีประโยชน์ในการช่วยให้น้ำนมระบายออกได้ดีจากทุกพื้นที่ของเต้านม แต่ควรระมัดระวังไม่ให้ทารกก้มคอลงจนกระทั่งคางไปกดหน้าอก ทำนี้สามารถใช้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดได้ เพราะตัวของทารกจะไม่ไปสัมผัสกับท้องของมารดาที่มีรอยผ่าตัดอยู่ ใช้กับมารดาที่มีเต้านมใหญ่ หรือทารกตัวเล็ก เพราะทารกจะเข้าอมจับหัวนมและลานนมได้ดีกว่า และยังสามารใช้กับมารดาที่คลอดลูกแฝด ซึ่งจะสามารถให้ทารกดูดนมจากทั้งสองเต้าพร้อมๆ กันได้ รูปแสดงท่าฟุตบอลในรูปที่ 10-3



รูปที่ 10-1 แสดงท่าอุ้มขวางดัก



รูปที่ 10-2 แสดงท่าอุ้มขวางดักประกบยุกต์



รูปที่ 10-3 แสดงท่าอุ้มฟุตบอล



รูปที่ 10-4 แสดงท่านอนตะแคง



รูปที่ 10-5 แสดงท่าเอนหลัง



รูปที่ 10-6 แสดงท่านั่งหลังตรง

4. ท่านอนตะแคง หรือ side-lying มารดาและทารกนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพกตรง ให้ปากทารกอยู่ตรงกับหัวนมของมารดา มือที่อยู่ด้านล่างประคองตัวทารกให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนหลังทารกแทนแขนมารดา มือที่อยู่ด้านบนประคองเต้านม ในช่วงแรกที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากทารก เมื่อทารกดูดได้ดี ก็ขยับออกได้ ทำนี้จะช่วยให้มารดาได้พัก ควรดูให้จุกทารกอยู่ที่หัวนม และทารกไม่ต้องก้มคอเพื่อเข้าหาเต้านม ทำนี้เหมาะสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ต้องการพัก ผ่อน หรือให้นมทารกเวลากลางคืน รูปแสดงท่านอนตะแคงในรูปแบบที่ 10-4

5. ท่าเอนหลัง หรือเรียกว่า laid-back ทำนี้มารดาจะเอนหลังโดยวางทารกลงบนตัว ทำให้ทารกและมารดาได้สัมผัสแนบชิดกัน การเอนหลังพึงพิงมักจะทำให้มารดารู้สึกสบาย และการให้ทารกได้อยู่บนตัวมารดาเชื่อว่าจะกระตุ้นกลไกพื้นฐานของทารกและช่วยให้การให้นมลูกทำได้ดี⁽¹⁾ ตำแหน่งของทารกสามารถปรับให้มารดารู้สึกสบายได้ตามความเหมาะสม ทำนี้เหมาะสำหรับมารดาที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รูปแสดงท่าเอนหลังในรูปแบบที่ 10-5

6. ท่านั่งหลังตรง หรือ upright หรือ koala hold ทำนี้มารดาจะให้นมลูกในท่านั่งหลังตรง จัดให้ศีรษะทารก ลำตัวและสะโพกอยู่ในแนวตั้งตรง มือข้างหนึ่งประคองศีรษะและคอทารก มืออีกข้างประคองลำตัว ทำนี้เหมาะกับทารกที่มีปัญหาความผิดปกติของช่องปากคือมีปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ทารกสร้างแรงในการดูดนมได้ไม่ดี การจัดทำให้นมทำนี้จะช่วยให้ทารกประกบริมฝีปากที่มีอยู่ได้ดี น้ำนมจะไหลลงกระเพาะและผ่านไปลำไส้ได้เร็ว ลดการสำลักได้⁽²⁾ รูปแสดงท่านั่งหลังตรงในรูปแบบที่ 10-6

ก่อนมารดากลับบ้าน ควรมีการประเมินว่ามารดาสามารถจัดทำทางในการให้นมและการให้ทารกเข้าเต้าได้อย่างถูกต้องหรือไม่ และมารดาควรสามารถจัดทำให้นมได้น้อย 2 ท่า เพื่อสลับเปลี่ยนท่า ลดความเมื่อยล้าในระหว่างให้นมลูก⁽³⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Colson S. Biological Nurturing: the laid-back breastfeeding revolution. *Midwifery Today Int Midwife*. 2012(101):9-11, 66.
2. Thomson SC. The koala hold from down under: another choice in breastfeeding position. *J Hum Lact*. 2013;29:147-9.
3. Puapornpong P, Raungrongmorakot K, Manolerdtewan W, Ketsuwan S, Sinutchanan W. The Number of Infant Feeding Positions and the 6-Month Exclusive Breastfeeding Rates. *J Med Assoc Thai*. 2015;98:1075-81.



การให้นมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอด

ภาวิน พัวพรพงษ์

ความรู้พื้นฐาน

วิธีการคลอดมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดจะได้รับยาหลายชนิดในการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดคลอด ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสติและการรับรู้ของมารดา ในมารดาที่รู้ตัวดี การเริ่มต้นให้กระตุ้นดูดนมแม่สามารถทำได้เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ มารดาที่ผ่าตัดคลอดต้องการความช่วยเหลือในการจัดทำให้นมลูกมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด⁽¹⁾ และมารดาที่ผ่าตัดคลอดมักมีอาการปวดแผลมากกว่า ทำให้การให้นมแม่ได้น้อยกว่า 6 ครั้งใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการมาของน้ำนมและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(2,3) อย่างไรก็ตาม เมื่อสามารถเริ่มให้นมลูกได้แล้ว พบว่าวิธีการคลอดไม่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(4,5)

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษา

- หากเป็นการผ่าตัดคลอดตามกำหนดเวลาและไม่มีภาวะฉุกเฉิน มารดาและครอบครัวควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ และการผ่าตัดคลอดไม่ได้เป็นข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยหากมารดาเข้าใจกระบวนการกระตุ้นน้ำนมและดูแลให้มารดามีน้ำนมอย่างต่อเนื่องสามารถทำได้เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ

- ในการผ่าตัดคลอด ควรเลือกการใช้การฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อระงับความรู้สึกในกรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม เนื่องจากมารดาจะมีสติและการรับรู้ที่ดี ทำให้สามารถเริ่มการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เร็ว

- หลังจากทารกเกิด หากมารดาได้รับการฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อระงับความรู้สึกและมารดารู้ตัวดี ควรให้ทารกได้สัมผัสเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันที โดยอาจทำในระหว่างที่อยู่ในห้องผ่าตัดหรือเมื่ออยู่ในห้องพักรักษาขณะสังเกตอาการ

- การให้ยาแก้ปวดให้เพียงพอมีความจำเป็นในมารดาที่ผ่าตัดคลอด เนื่องจากหากสามารถบรรเทาอาการปวดของมารดาได้ จะทำให้มารดามีการเคลื่อนไหวและให้การช่วยเหลือในการให้นมลูกได้เร็วขึ้น การใช้ยาแก้ปวดร่วมกันหลายชนิดสามารถลดขนาดของยาที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง ยาพาราเซตามอล และยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) สามารถให้ร่วมกันได้ สำหรับยากลุ่มมอร์ฟีนควรใช้ด้วยความระมัดระวัง หากมารดาได้รับยากลุ่มนี้ขณะให้ยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และเนื่องจากยาขนาดสูงมีฤทธิ์กดการหายใจ และยาสามารถผ่านน้ำนมไปยังทารกได้ จึงควรสังเกตอาการของมารดาและทารกอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยากลุ่มนี้ 4-6 ชั่วโมง

- การจัดทำท่าของทารกในขณะดูดนมให้ถูกต้อง โดยทำให้นมของมารดาที่เหมาะสมในมารดาที่ผ่าตัดคลอด อาจใช้ท่านอนตะแคง (side-lying) บนเตียงทำนี้จะช่วยหลีกเลี่ยงอาการปวดในช่วงหลังคลอดใหม่ๆ และมารดายังสามารถทำได้แม้มารดาต้องนอนราบหลังจากให้ยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง การจัดทำนี้มารดาควรจะต้องใช้หมอนช่วยพิงด้านหลังและรองใต้หัวเข่าขณะที่อยู่ในท่านอนด้านข้าง หรือมารดาอาจใช้ท่านั่งเอนหลัง (laid back) โดยทารกอยู่บนตัวมารดาสำหรับท่านอนหงายสามารถทำได้ แต่ไม่ควรให้ทารกกดทับบริเวณแผลผ่าตัด

- ไม่ควรงดน้ำและอาหารเป็นเวลานานโดยไม่จำเป็น ควรให้มารดาเริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ หากมารดาตื่นและรู้ตัวดี

- การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรให้สารน้ำให้เพียงพอับความต้องการของมารดา หากมารดาจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหาร และหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อมารดารับประทานอาหารได้ ในกรณีที่ยังมีความจำเป็นต้องใส่สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อาจต้องปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดทำทารกเข้าเต้าได้อย่างสะดวก โดยไม่เป็นอุปสรรคจากสายน้ำเกลือ
- ควรจัดให้ทารกได้เริ่มดูดนมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด ความถี่ของการให้นมทุก 2-3 ชั่วโมง โดยในระยะเริ่มต้นให้ดูดนมครั้งละ 5-10 นาที เมื่อมารดามีน้ำนมมากขึ้น ควรปรับให้ทารกดูดนมตามต้องการ
- การสังเกตว่าทารกดูดนมได้เพียงพอ อาจสังเกตได้จากการปัสสาวะและอุจจาระของทารก ในทารกที่อายุ 1-2 วัน ปัสสาวะวันละ 1-2 ครั้ง มีสีใส อุจจาระ 1-2 ครั้งหรือมากกว่า มีสีเขียวเข้ม ทารกที่อายุ 3-4 วัน ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง มีสีใส อุจจาระ 3 ครั้งหรือมากกว่า โดยสีอุจจาระเริ่มเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมัสตาร์ด ทารกที่อายุ 5-6 วันขึ้นไปจนถึงสามสัปดาห์ ปัสสาวะวันละ 6-8 ครั้งชุ่มผ้าอ้อม มีสีเหลืองอ่อน อุจจาระมากกว่าวันละ 3 ครั้ง สีเหลืองมัสตาร์ด นุ่มหรือเป็นน้ำ
- การนอนร่วมเตียงเดียวกันกับมารดา สามารถทำได้ หากเตียงมีพื้นที่เพียงพอ ไม่มีร่องที่ทารกจะหล่นลงไปได้ หมอนและผ้าห่มไม่ควรนุ่มจนเกินไป และมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับยาที่มีผลต่อความรู้สึกตัวของมารดา ควรหลีกเลี่ยงในกรณีที่มารดาเป็นวัยรุ่น มารดาคลอดยากหรือการคลอดยาวนาน มารดาเหนื่อยล้ามาก มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ และควรหลีกเลี่ยงการจับทารกนอนคว่ำ ในกรณีที่พื้นที่เตียงมารดาจำกัดและมีความเสี่ยง ควรจัดให้ทารกอยู่บนภาคที่ใส่ทารกข้างเตียงมารดาจะเหมาะสมกว่า
- ควรจัดให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้มารดาได้สังเกตอาการต่างๆ ของทารกได้ตลอดเวลา ซึ่งมารดาจะรับรู้และเรียนรู้อาการหิว อาการอึด การปัสสาวะ การอุจจาระ และการหลับที่เป็นปกติของทารก ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง
- หากทารกจำเป็นต้องแยกจากมารดาไปสังเกตอาการ เนื่องจากทารกมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ควรสอนมารดาให้สามารถบีบน้ำนมด้วยมือ

เพื่อเป็นการกระตุ้นน้ำนม โดยให้มารดาบีบกระตุ้นน้ำนมบ่อยๆ เช่นเดียวกับการให้ทารกดูดนม ซึ่งน้ำนมที่ได้จากการบีบกระตุ้น มารดาสามารถเก็บน้ำนมและนำไปให้ทารกได้ เมื่อทารกมีความพร้อม

- การประเมินมารดาก่อนกลับบ้าน ควรมีการประเมินว่า มารดาสามารถนำทารกเข้าเต้านมและดูดนมได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง และมารดาควรจะสามารถบีบเก็บน้ำนมด้วยมือได้

- หญิงให้นมบุตรต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ โดยความต้องการพลังงานจากอาหารจะเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ 500 กิโลแคลอรี และยังมีมีความจำเป็นต้องได้รับวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นเสริมเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ โดยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการขาดวิตามินหรือเกลือแร่ใดๆ จำเป็นต้องเสริมให้เพียงพอ สำหรับในประเทศไทย การเสริมเหล็ก แคลเซียมและไอโอดีน ยังมีความจำเป็นในมารดาตลอดการให้นมบุตร

- เมื่อมารดาได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ควรมีการนัดติดตามเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 สัปดาห์พร้อมกันกับการนัดดูแลผ้าตัดหลังคลอด เพื่อรับทราบปัญหาและการปรับตัวของมารดาในการให้นมลูก เมื่อมารดากลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:1128-37.
2. Scott JA, Binns CW, Oddy WH. Predictors of delayed onset of lactation. *Matern Child Nutr.* 2007;3:186-93.
3. Woods AB, Crist B, Kowalewski S, Carroll J, Warren J, Robertson J. A cross-sectional analysis of the effect of patient-controlled epidural analgesia versus patient controlled analgesia on postcesarean pain and breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41:339-46.

4. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health*. 2001;37:254-61.
5. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact*. 2003;19:136-44.



การเตรียมมารดาก่อนกลับบ้าน

ดร.ณิ ศิริชัยสุทธีกร

แนวทางการเตรียมมารดาก่อนกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่ายมารดากลับบ้าน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินว่ามารดายังมีปัญหาและอุปสรรคใดๆ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จำเป็นต้องแก้ไขหรือแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องกลับบ้าน ประเมินความตระหนักในความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนและทราบว่าสามารถให้นมแม่ได้ต่อเนื่องจนถึงสองปีหรือมากกว่าโดยให้อาหารตามวัยร่วมด้วย ซึ่งการจะให้นมแม่ได้นานนั้นจำเป็นต้องมีกลุ่มสนับสนุนนมแม่คอยให้กำลังใจกันและกัน ช่วยเหลือกันและอาจปรึกษาแก้ปัญหาต่างๆ ได้ในเบื้องต้น สอดคล้องกับการดำเนินงานสู่โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) ตามบันไดขั้นที่ 10 ที่ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งมารดาไปติดต่อกับกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก^(1,2) ทั้งนี้มารดาควรทราบช่องทางการขอรับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งทุกโรงพยาบาลจะมีคลินิกนมแม่ที่สามารถให้คำปรึกษาและช่วยเหลือมารดาได้ นอกจากนี้ยังมี

ช่องทางผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย โดยเข้าไปที่เว็บไซต์ www.thaibreastfeeding.org ที่มีบทความทางวิชาการและกระทู้ถาม-ตอบปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมารดาสามารถค้นหาและช่วยคลายข้อข้องใจของมารดาได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามเมื่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้นัดตรวจติดตามมารดาหลังคลอด และนัดทารกเข้าสู่คลินิกสุขภาพเด็กดี ควรสอบถามเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมาเพื่อช่วยแก้ไขหรือแนะนำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้นจนถึง 6 เดือนหรือมากกว่า ย้ำให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ทารกจะได้รับเมื่อกินนมแม่ได้นานอย่างน้อย 6 เดือน สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อยู่แล้วอาจสอบถามความประทับใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวชื่นชมหรือให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป ทั้งนี้การส่งต่อเรื่องราวต่างๆ ให้กับมารดาที่อาจมีอุปสรรคหรือปัญหาเดียวกันจะเป็นกำลังใจให้สามารถก้าวข้ามปัญหานั้นๆ ได้ โดยอาจส่งผ่านกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือแม่อาสาที่ช่วยสนับสนุนกิจกรรมนมแม่ต่อจากทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

แบ่งตามช่วงเวลาการดูแลมาราดังนี้

การประเมินความพร้อมของมารดาระหว่างพักฟื้นในโรงพยาบาล แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้การส่งต่ออย่างเหมาะสม ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- มารดาสามารถให้นมแม่ได้ตามที่ทารกต้องการ
- มารดาทราบสัญญาณหิวของทารก
- มารดาสามารถจัดท่าให้นมทารกและการเข้าเต้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- มารดาทราบอาการเมื่อทารกได้รับน้ำนมเพียงพอและมีสุขภาพแข็งแรงดี
- มารดาทราบวิธีเพิ่มปริมาณน้ำนม หากคิดว่าน้ำนมไม่พอสำหรับทารก
- มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การติดตามและการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากโรงพยาบาล มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

- พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวในความสำคัญของการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีการช่วยเหลือที่บ้านเพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- แจ้งมารดาให้ทราบถึงบุคลากรที่มารดาสามารถติดต่อได้เมื่อมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนัดติดตามเมื่อ 1 และ 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อสอบถามถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- แจ้งมารดาให้ทราบถึงกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่อยู่ในชุมชน
- ย้ำเตือนมารดาทั้งความสำคัญและวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ถามมารดาเพื่อให้มั่นใจว่ามารดายังไม่ได้รับข้อมูลถึงนมอื่นที่จะมาทดแทนนมแม่ได้
- ติดตามมารดาว่าสามารถเรียนรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตัวเอง

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ต้องทำงาน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรเตรียมมารดาที่จำเป็นต้องทำงานก่อน 6 เดือนหลังคลอด ดังนี้

- ย้ำว่ามารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านยังสามารถให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการเป็นประโยชน์ต่อนายจ้าง
- ควรสอบถามเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เช่น มารดาสามารถพาทารกไปทำงานด้วยได้หรือไม่ มีสถานที่รับเลี้ยงทารกใกล้ที่ทำงานหรือไม่
- หากมารดาไม่สามารถให้นมลูกได้ในช่วงเวลาทำงาน ควรแนะนำว่ามารดาสามารถให้นมทารกได้ในเวลาที่เหลือของวัน
- แนะนำการบีบเก็บน้ำนมและการนำไปใช้ (ภาคผนวกที่ 1) และการเตรียมผู้เลี้ยงทารกด้วยนมแม่และอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนเริ่มกลับไปทำงาน
- ติดต่อประสานกับกลุ่มมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการเดียวกัน

การประคองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องจนทารกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า ควรเน้นย้ำประเด็นดังนี้

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเพิ่มความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างแม่ลูก คุณค่าทางอาหารเหมาะสม สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ เหมาะสมทั้งทารกและเด็กเล็ก
- ช่วงขวบปีแรกของทารก นมแม่ควรเป็นอาหารหลักสำหรับทารก โดย 6 เดือนแรกควรให้นมแม่อย่างเดียว หลัง 6 เดือนควรเริ่มให้อาหารตามวัยคู่ไปกับนมแม่

เอกสารอ้างอิง

1. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, MurphySmith MM, Gomes JS, et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001;108:677-81.
2. กุสุมา ชูศิลป์. เกณฑ์ระดับสากลของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรวิฑู, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 55-68.
3. WHO/UNICEF. BFHI Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital - 20-hour course. 2009.



ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ธารารัตน์ ทานประเสริฐพงษ์

ความรู้พื้นฐาน

ระหว่างตั้งครรภ์ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อสภาพทางจิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศและสารส่งผ่านประสาทชนิด monoamine การทำหน้าที่ผิดปกติของแกนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมองและต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary adrenal axis) การทำหน้าที่ผิดปกติของต่อมไทรอยด์ การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน⁽¹⁾

ประมาณครึ่งหนึ่งของหญิงหลังคลอดจะมีการตอบสนองทางอารมณ์แปรปรวน ในช่วงเวลาจำกัดประมาณช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดโดยมีการแปรปรวนมากที่สุด ประมาณวันที่ 4 ถึง 5 หลังคลอดอารมณ์ที่มีมากจะเป็นอารมณ์สุข อย่างไรก็ตาม ระยะหลังคลอดเป็นระยะเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ พบว่าประมาณร้อยละ 15 ของหญิงหลังคลอดจะเกิดปัญหาทางจิตใจภายใน 6 เดือนหลังคลอด แต่ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรง^(2,3) มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางกายข้างต้นร่วมกับ ความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับสุขภาพทารก การดูแลทารก การเปลี่ยนแปลงสภาพการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง การเจ็บปวดจากการคลอดและการพักผ่อนนอนหลับน้อย จึงเป็นสาเหตุที่อาจก่อหรือกระตุ้นให้ความเจ็บป่วยทาง

จิตที่มีอยู่เป็นมากขึ้นได้ โดยมารดาที่คลอดทารกผิดปกติ คลอดก่อนกำหนด ทารก มีการเจริญเติบโตช้า หรือหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น ครรภ์ เป็นพิษ เป็นหญิงหลังคลอดกลุ่มเสี่ยง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Maternal blues หรือ postpartum blues)

พบประมาณร้อยละ 26 ถึง 84⁽⁴⁾ โดยมีอาการได้แก่ อารมณ์แปรปรวน (labile) นอนไม่หลับ ร้องไห้ ซึมเศร้า ขาดสมาธิ หงุดหงิด หญิงหลังคลอดบางคน อาจนั่งร้องไห้ช่วงเวลาหลายๆ ชั่วโมงสลับกับอารมณ์ปกติ แล้วร้องไห้ใหม่ในวันรุ่งขึ้น

การรักษาเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำและความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้เป็นชั่วคราว เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามปกติของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติเองในระยะเวลา 2 ถึง 3 วัน อย่างช้าประมาณ 10 วัน⁽⁵⁾

สิ่งควรคำนึงในการดูแลภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

- บุคลากรผู้ดูแลหญิงหลังคลอดควรตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของหญิงหลังคลอด และจำแนกหญิงหลังคลอดที่เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด และให้การดูแลอย่างทันที่

- แม้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดขึ้นได้อย่างปกติในช่วงหลังคลอด แต่มีหญิงหลังคลอดบางส่วนอาจเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างมาก (major depression) หรือโรคจิตเวชอื่นๆ ได้ ซึ่งเป็นอันตราย บุคลากรผู้ดูแลต้องสามารถแยกระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าอย่างมาก หรือโรคจิตเวชอื่นๆ ให้ได้

- หญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าอย่างมากหรือโรคจิตเวชอื่นๆ หลังคลอดได้แก่

- มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม เคยได้รับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน

- มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
 - มีประวัติถูกข่มเหงทั้งทางกาย ทางเพศและทางคำพูด
 - มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ
 - มีประวัติใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่
 - มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทาน
 - ้วยรุ่นหรือตั้งครรรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน
- อาการแสดงพึงระวังว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างมากหรือโรคจิตเวชอื่นๆ หลังคลอด เช่น มีความคิดฆ่าตัวตาย อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รับประทานอาหารมากหรือน้อยอย่างผิดปกติ ไม่นอนหลับหรือนอนหลับตลอดเวลา รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต งุนงง สับสน (disorientation) เกี่ยวกับบุคคล สถานที่และเวลา หลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) หากเกิดอาการชวนสงสัยดังกล่าวข้างต้น ควรปรึกษาจิตแพทย์เข้าร่วมประเมินหญิงหลังคลอดทันที

การใช้ยาและข้อควรระวัง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยทั่วไปไม่รุนแรงจนกระทั่งต้องใช้ยา แต่ในกรณีที่อาการรุนแรง เป็นภาวะซึมเศร้าอย่างมากหรือโรคจิตเวชอื่นๆ หลังคลอดอาจต้องพิจารณาใช้ยา ซึ่งยารักษาโรคทางจิตเวชทั่วไปมีฤทธิ์เป็นด่าง (alkaline) และละลายในไขมันจึงกระจายเข้าสู่ไขมัน ทารกแรกเกิดซึ่งการทำงานของตับและไตยังไม่สมบูรณ์และตัวกั้นกลางระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) มีสภาพซึมผ่านได้มากกว่าเทียบกับผู้ใหญ่จึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดอาการข้างเคียงจากยาดังนั้นควรพิจารณาถึงประโยชน์ของการให้นมแม่และความรุนแรงของอาการอย่างถี่ถ้วนก่อนสั่งยา ยาที่มีการใช้บ่อยทางจิตเวชเพื่อควบคุมอาการซึมเศร้ามีข้อแนะนำการใช้ในหญิงหลังคลอดและให้นมบุตรดังนี้⁽¹⁾

- ยากลุ่ม selective serotonin-reuptake inhibitor เช่น fluoxetine paroxetine หรือ sertraline ให้ได้ แต่อาจเกิดอาการข้างเคียงได้แก่ ทารกหงุดหงิด กระสับกระส่าย (irritability) ไม่หลับหรืออาการปวดท้องเฉียบพลัน (colic)

- ยา lithium แม้จะไม่ใช่ข้อห้ามอย่างเคร่งครัดแต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในหญิงให้นมบุตร
- ยา clozapine หลีกเลี่ยงการใช้ในหญิงให้นมบุตรเพราะอาจเกิดภาวะ agranulocytosis ในทารกได้
- ยากลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam หรือ alprazolam ในขนาดเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับของหญิงหลังคลอดไม่พบว่าทำให้เกิดภาวะ hypo-ventilation หรือเชื้องซึมในทารก

ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

หญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพักผ่อนได้น้อย ขาดสมาธิ ส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวควรให้การประคับประคอง ให้คำแนะนำและความมั่นใจตลอดจนให้การช่วยเหลือเมื่อพ้นช่วงเวลาไปอาการจะบรรเทาลง หากมีอาการรุนแรงต้องประเมินโอกาสที่จะทำร้ายลูกกรณีนี้อาจต้องแยกลูกและหยุดการให้นมแม่ ถ้าหญิงหลังคลอดมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) ยารักษาโรคจิต (anti-psychotic) หรือยาควบคุมอารมณ์ให้คงที่ (mood stabilizing) ควรเลือกยาที่ผ่านทางน้ำนมน้อยและมีผลข้างเคียงต่อทารกน้อยที่สุด และแนะนำให้เฝ้าระวังอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย มีไข้ กล้ามเนื้อแข็งเกร็งสันของทารก ทารกดูดนมได้น้อย และน้ำหนักตัวขึ้นน้อย ซึ่งในกรณีนี้ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนหรือหยุดยาในแม่ได้อาจต้องพิจารณาหยุดการให้นมแม่ชั่วคราว

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.

2. Tam WH, Chung T. Psychosomatic disorders in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:126-32.
3. Yonkens KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol.* 2011;117:961-77.
4. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:3-12.
5. O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum blues. *J Neuroendocrinol.* 2011;23:1149-55.



การประเมินการกว่าได้รับน้ำนมเพียงพอ

วรางค์กัทยั คุุฒยการ

ควาามรู้พื้นฐาน

ทารกที่ไดรับน้ำนมไม่เพียงพออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลือแร่ผิดปกติ ตัวเหลืองและขาดน้ำ ดังนั้นทารกที่กินนมแม่ควรได้รับการประเมินการได้รับน้ำนมขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านและหลังกลับบ้านโดยการนัดตรวจติดตามจนกว่าจะมั่นใจว่าทารกกินนมแม่ได้ดีและไดรับน้ำนมเพียงพอ น้ำนมแม่ในช่วงแรก (colostrums) มีปริมาณจำกัดแต่ักเพียงพอแก่ความต้องการของทารกเนื่องจากทารกแรกเกิดมีสารน้ำนอกเซลล์และนอกหลอดเลือด (extracellular and extravascular fluid) ในปริมาณมาก อีกทั้งทารกสามารถใช้พลังงานที่สะสมจาก glycogen ที่ตับและไขมันสีน้ำตาล (brown fat) น้ำนมแม่จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นในวันที่ 2 และ 3 ซึ่งจะทำให้ทารกได้รับสารน้ำและพลังงานมากขึ้นตามลำดับ แต่ทารกบางรายอาจได้รับน้ำนมไม่เพียงพอซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้⁽¹⁾

ทารกต้องการสารน้ำหรือพลังงานเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการสูญเสียน้ำ อาเจียน ร้องบ่อยหรือนาน อุณหภูมิกายต่ำหรือสูงกว่าปกติ

ทารกไม่ได้ฝึกดูดนมแม่อย่างเหมาะสม เช่น การแยกมารดาและทารก หลังคลอด การใช้จุกนมหลอก ซึ่งจะมีผลให้ทารกไม่ได้ฝึกและพัฒนาทักษะการกินนมจากเต้า อีกทั้งมารดาจะขาดการกระตุ้นสร้างน้ำนมทำให้มีการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ล่าช้า

มารดามีการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ล่าช้า (delayed lactogenesis II) ปกติการสร้างน้ำนมจะเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 2 ประมาณ 36-48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยจะพบว่ามารดามีน้ำนมไหลออกจากเต้ามากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบน้ำนม คือมีน้ำตาลแลคโตสสูงขึ้นและมีโซเดียมคลอไรด์ลดลง ในมารดาบางรายมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวช้ากว่า ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีภาวะเจ็บป่วย เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) การขาดน้ำ (dehydration) ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroid) รกค้าง (retained placenta) ความเครียด ผ่าตัดคลอด การทำศัลยกรรมที่เต้านม หรือการบาดเจ็บที่เต้านม

การประเมินการกว่าได้รับน้ำนมเพียงพอ⁽²⁻⁴⁾

ในการประเมินทารกกว่าได้รับน้ำนมเพียงพอประกอบไปด้วย การชั่งประวัติ การตรวจร่างกายทารก การตรวจเต้านมมารดา รวมถึงการสังเกตมารดาและทารกขณะดูดนม

ประวัติมารดาที่แสดงว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ ได้แก่

- รู้สึกว่าเต้านมที่ตึงนุ่มลงหลังให้ทารกดูด
- มีน้ำนมไหลจากเต้านมอีกข้างขณะทารกดูดนม (let-down reflex)
- มีความรู้สึกคล้ายเข็มเล็กๆ แทะที่เต้านมขณะทารกดูดนม (tingling pin and needle)
- มดลูกหดรัดตัวขณะทารกดูดน้ำนม (เกิดอาการเฉพาะสัปดาห์แรกหลังคลอด)
- ไม่เจ็บที่หัวนมขณะทารกดูดนม

ประวัติทารกและการตรวจร่างกายที่แสดงว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอได้แก่

- ทารกตื่นดูดนมแม่ 8-12 ครั้งต่อวัน แต่ละครั้งนานประมาณ 20-40 นาที และหลังจากดูดนมสามารถพักหลับได้นาน 2-3 ชั่วโมง
- มีน้ำหนักลดลงไม่เกินร้อยละ 7 ในช่วง 3-4 วันแรกหลังเกิด
- ไม่มีลักษณะขาดน้ำเช่น ซึม (lethargy) ร้องคราง (weak cry) กระหม่อมบวม (depressed anterior fontanel) ไข้ ตัวเหลือง ปากและตาแห้ง
- ปัสสาวะอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อวัน ใน 1-2 วันแรกและเพิ่มเป็น 5-6 ครั้งต่อวัน ใน 3-4 วัน หลังเกิด และปัสสาวะควรมีสีเหลืองใส
- ชี้เทาเปลี่ยนจากสีดำ เหนียว กลายเป็นสีเขียว (transitional stool) ในวันที่ 3 หลังเกิด และเปลี่ยนเป็นสีเหลืองภายในวันที่ 5 หลังเกิด หลังจากนั้นทารกควรถ่ายอุจจาระมากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน โดยมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางขนาดอุจจาระเท่ากับหรือมากกว่า 2.5 ซม.

การสังเกตพฤติกรรมขณะดูดนมแม่^(3,4)

ควรสังเกตและประเมินมารดาและทารกขณะดูดนมแม่ โดยให้สังเกตลักษณะดังต่อไปนี้

- อาการหิวนมของทารก และการตอบสนองของมารดา
- การจัดท่าทารกและการอุ้มประคองทารกในขณะกินนม
- ท่าทางของมารดาขณะเข้าเต้าและให้นม
- ท่าทางของทารกขณะดูดนม และลักษณะการดูด
- ระยะเวลาในช่วง rapid suckling ก่อนที่น้ำนมจะมี let down reflex และช่วงเวลาที่ไดยินเสียงกลืนเป็นจังหวะในช่วง slow suckling
- ระยะเวลาในการดูดนมทั้งหมด
- การนำทารกออกจากเต้าหลังหยุดดูดนม
- ลักษณะของหัวนมมารดาหลังดูดนม ได้แก่ รูปทรง สี และ perfusion
- ลักษณะทารกหลังหยุดดูดนม เช่น พักได้สงบ

หรืออาจใช้แบบประเมิน เช่น Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), Mother-baby Assessment (MBA) หรือ LATCH Score เพื่อประเมินและติดตามการกินนมแม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่าย (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 9 การสอนและประเมินการเข้าเต้า และบทที่ 10 การจัดทำให้นมลูก)

การตรวจติดตามการก่อกินนมแม่อย่างเดียวยหลังจำหน่าย⁽⁵⁾

ควรนัดตรวจทารกหลังจำหน่ายที่อายุ 3-5 วัน หรือในช่วง 48-72 ชั่วโมง หลังจำหน่ายเพื่อประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ โดย

- ประเมินน้ำหนักทารก ไม่ควรมีน้ำหนักลดเกินร้อยละ 7 จากน้ำหนักแรกเกิด และไม่ควรมีน้ำหนักลดลงอีกหลังจากวันที่ 5 หลังเกิด
- ทารกควรจะมีน้ำหนักกลับมาเท่าแรกเกิดที่อายุประมาณ 7-10 วัน หลังจากนั้นควรมีน้ำหนักขึ้นประมาณ 140-170 กรัมต่อสัปดาห์
- สอบถามจำนวนครั้ง ปริมาณและสีของปัสสาวะและอุจจาระ
- ประเมินสภาวะขาดน้ำ
- สังเกตการดูดนมของทารก
- สอบถามมารดาถึงปัญหาเกี่ยวกับการให้นมแม่

เอกสารอ้างอิง

1. Black LS. Incorporating breastfeeding care into daily newborn rounds and pediatric office practice. *Pediatr Clin North.* 2001;48:299-319.
2. La Leche League International. Weight gain. In: *The breastfeeding answer book: pocket guide edition.* Illinois: La Leche League International; 2005. p.195-216.

3. La Leche League International. Breastfeeding basic. In: The breastfeeding answer book: pocket guide edition. Illinois: La Leche League International; 2005. p.7-14.
4. กุสุมา ชูศิลป์.การประเมนทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่. ใน: คุุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาร สุทัศน์วรุฒิ, วรากรณั แสงทวิศิลป์, ยูพยงค์ แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำรา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 163-74.
5. American academy of Pediatrics, Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129:e827-41.



บทที่ 15

ภาวะเจ็บหัวนมและเจ็บเต้านม

คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล

ความรู้พื้นฐาน

ภาวะเจ็บหัวนมและเจ็บเต้านมมักเกิดในช่วงสองสัปดาห์แรกหลังคลอด โดยเฉพาะในครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน การที่ลูกดูดนมไม่ถูกต้องในวันแรกๆ หลังคลอด มักจะเกิดปัญหาหัวนมแตกและเจ็บได้ เนื่องจากบริเวณหัวนมเป็นเนื้อเยื่อที่บางและมีประสาทรับความรู้สึกไว เมื่อเกิดแผลจึงเจ็บมาก แม่ที่มีหัวนมแตกสามารถหายได้จากการปรับท่าอุ้มให้นมลูกและการเข้าเต้าให้ถูกต้อง ในแม่ที่หัวนมเป็นแผล เชื้อที่พบบ่อยคือ *Staphylococcus aureus*⁽¹⁾

โรคที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บหัวนมและเจ็บเต้านม

ที่พบบ่อยได้แก่ การบาดเจ็บของหัวนม ท่อน้ำนมอุดตัน การติดเชื้อของหัวนมหรือเต้านม เป็นต้น การวินิจฉัยต้องอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทั้งมารดาและทารก รวมทั้งการประเมินท่าอุ้มให้นมแม่และการเข้าเต้าด้วย

ซักประวัติ

- ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ ความถี่ ระยะเวลาในการให้นมแม่
- ลักษณะอาการปวด เริ่มปวด ระยะเวลา ตำแหน่ง ความรุนแรง
- ประวัติมารดา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดรวมถึงการผ่าตัดศัลยกรรมเต้านม ยาที่ใช้อยู่ ภาวะเครียด
- ประวัติทารก ได้แก่ การบาดเจ็บจากการคลอด อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังเกิด

การตรวจร่างกาย

ในมารดา ที่สำคัญได้แก่

- General appearance; pale, exhaustion
- Nipples; short/ retracted/ inverted, sore, purulent discharge
- Breasts; masses, tender, บีบน้ำนมดูว่าลักษณะน้ำนมเป็นอย่างไร
- ประเมินสภาพจิตใจ มีการศึกษาพบว่าอาการปวดจากการให้นมแม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหรือซึมเศร้าของแม่⁽²⁾

ในทารก ที่สำคัญได้แก่

- General appearance; symmetry of head and facial features
- ตรวจการเคลื่อนไหวของศีรษะและคอ
- ช่องปาก ดูลิ้นติด (tongue-tie) เพดานปาก ฝ้าในช่องปาก

แนวทางการดูแล

การบาดเจ็บของหัวนม ซึ่งอาจเกิดได้จากทำอุ้มให้นมแม่ การเข้าเต้า หรือการเอากลูกออกจากเต้านมไม่ถูกวิธี การบีบน้ำนมด้วยมือหรือการใช้เครื่องบีมน้ำนมไม่ถูกวิธี รวมถึงลูกมีภาวะลิ้นติด ดังนั้นการดูแลการบาดเจ็บของหัวนมแม่

ขึ้นกับการหาและแก้ไขสาเหตุข้างต้น ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen, ibuprofen และครีมหรือซีตังทาหัวนมที่แตก (nipple cream or ointment) หรืออาจใช้น้ำมันมะทาบบริเวณหัวนมที่เป็นแผล หลังจากให้ลูกดูดนมเสร็จแล้ว

การติดเชื้อของหัวนม ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา ซึ่งอาการและอาการแสดงอาจต่างกันดังนี้

- **เชื้อแบคทีเรีย** ทำให้เกิดอาการปวดแบบ sharp shooting ระหว่างและหลังการให้นมแม่ ตรวจเต้านมจะกดเจ็บ โดยเฉพาะส่วนล่างของเต้านม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ เคยมีประวัติเต้านมอักเสบ ตรวจพบหัวนมแตก ประวัติได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนหน้านี้ เป็นต้น มารดาที่มีอาการเจ็บหัวนมจากการติดเชื้อแบคทีเรียควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ nipple swab culture, breast milk culture, nipple crack wound culture เป็นต้น การรักษาเฉพาะคือการให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม cephalosporin, amoxicillin/clavulanate, dicloxacillin หรือ erythromycin เป็นเวลา 2-6 สัปดาห์⁽³⁾ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการทางคลินิกและการตอบสนองต่อการรักษา

- **เชื้อรา candida** ทำให้เกิดอาการปวดแบบ burning และปวดร้าวไปทั่วเต้านม อาจมีอาการคันร่วมด้วย หัวนมอาจดูปกติหรือมีลักษณะแห้งและแดง ลานนมอาจเป็นมันวาว สีชมพู โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อรา ได้แก่ ตรวจพบฝ้าในช่องปากของทารก (oral thrush) ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนหน้านี้ เป็นต้น การรักษาเฉพาะ⁽³⁾ ได้แก่ ยาทาในกลุ่มต้านเชื้อรา azole เช่น clotrimazole, miconazole ส่วนทารกที่มีฝ้าในช่องปากรักษาด้วยยา Nystatin oral suspension (100,000 units/mL) ทานครั้งละ 1 มล. วันละ 4 ครั้ง นาน 7 วัน หรืออาจใช้ยา Miconazole oral gel นอกจากนี้อาจใช้ 0.5% Gentian violet ทาที่หัวนมและลานนม วันละครั้ง ไม่เกิน 7 วันเนื่องจากอาจทำให้เกิด ulceration และ necrosis ได้

ภาวะเจ็บหัวนมและเจ็บเต้านม ไม่จำเป็นต้องหยุดการให้นมแม่ เพียงหาสาเหตุและรักษาตามสาเหตุอาการก็จะดีขึ้น ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจเป็นสาเหตุให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวได้

เอกสารอ้างอิง

1. Livingstone VH, Willis CE, Berkowitz J. Staphylococcus aureus and sore nipples. *Can Fam Physician*. 1996;42:654-9.
2. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2011;118:214-21.
3. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther*. 2013;26:331-6.



บทที่ 16

เต้านมคัดตึง

คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล

ความรู้พื้นฐาน

เต้านมคัดตึงมักเกิดในช่วง 3-5 วันหลังคลอด เนื่องจากมี prolactin inhibiting factor (PIF) ลดลง ซึ่งได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน โพรเจสเทอโรน อินซูลิน HPL (human placental lactogen) และ cortisol จึงทำให้ prolactin ทำงานได้ ซึ่งทำให้มีการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ร่วมกับมีการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงเต้านมมากขึ้น ในช่วงแรกหลังคลอดนี้สาเหตุหลักเป็นจากการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่เต้านม ในขณะที่หลังจากช่วงนี้ไปแล้วสาเหตุหลักเป็นจากการคั่งของน้ำนมในเต้านม ส่วนใหญ่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะเริ่มมีน้ำนมมาช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ดังนั้นเต้านมคัดตึงในมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะเกิดช้ากว่าในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดได้ 24-48 ชั่วโมง⁽¹⁾ อาการของเต้านมคัดตึง ได้แก่ เต้านมจะอุ่น บวมตึง มีน้ำหนักร่วมปกติ มีอาการปวด และอาจมีไข้ต่ำๆ ได้

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดเต้านมคัดตึงคือ การระบายน้ำนมออกจากเต้านมไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งดูดไม่เร็ว ดูดไม่บ่อย หรือดูดไม่ถูกวิธี เมื่อมีปริมาณน้ำนมจำนวนมากค้างอยู่ในเต้านมและไม่ได้ระบายออกเป็นเวลานาน น้ำนมจะมีปริมาณของสารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (feedback inhibitor of lactation, FIL) เพิ่มขึ้นและลดการกระตุ้นของ prolactin ต่อเซลล์สร้างน้ำนม ทำให้การสร้างน้ำนมลดลง อย่างไรก็ตามการระบายน้ำนมออกจากเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยมารดาควรให้ทารกดูดนมจากเต้านมเร็วที่สุดภายหลังคลอด ดูดบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมงหรือตามความต้องการของทารก และดูดนมจากเต้านมอย่างถูกวิธี ทั้งทำอุ้มและการเข้าเต้า (ดูรายละเอียดในบทที่ 9 และ 10) หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เต้านมจะมีลักษณะบวม แข็ง และปวด ทำให้ลูกเข้าเต้าและดูดนมแม่ได้ลำบากและไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เจ็บหัวนมและลานนมได้

ภาวะที่ควรคำนึงถึงนอกจากเต้านมคัดตึง ได้แก่ เต้านมเริ่มอักเสบ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 17) ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงคล้ายเต้านมคัดตึงได้ แต่เต้านมอักเสบจะมีอาการและอาการแสดงรุนแรงกว่าเต้านมคัดตึงกล่าวคือ แม่อาจมีอาการคลื่นไส้หรือคลื่นตัว ปวดเมื่อยตามตัว ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส เต้านมแดงกว่า และมักเป็นข้างเดียว⁽²⁾

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษา

หลักการดูแลรักษา คือการลดหรือบรรเทาอาการปวดโดยหลากหลายวิธี ซึ่งข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลยังมีอยู่น้อยไม่มาก ได้แก่

- ประคบอุ่นที่เต้านมทั้งสองข้าง แล้วนวดทั่วๆ เต้านมอย่างนุ่มนวล ก่อนเริ่มการให้นมทารกหรือการบีบน้ำนมจากเต้านม
- ลดอาการปวดโดยการประคบเย็นที่เต้านม ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด acetaminophen หรือ ibuprofen
- พิจารณาให้ยาลดบวม serratiopeptidase (Danzen®) ปริมาณ 10 มิลลิกรัม 3 เวลาหลังอาหารเป็นเวลาประมาณ 3 วัน⁽³⁾

ร่วมกับการระบายน้ำนมออกจากเต้านมโดยให้ทารกดูดอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้กลไกการสร้างน้ำนมทำงานได้อย่างเหมาะสม หากเต้านมมีลักษณะบวม แข็ง และปวดมากทำให้ลูกเข้าเต้าและดูดนมแม่ได้ลำบาก ควรช่วยเหลือนมราดให้บีบน้ำนมจากเต้านมเพื่อระบายนมบางส่วนออกก่อนพยายามให้ทารกเข้าเต้า

โดยมารดาหลังคลอดทุกรายควรได้รับการสอนเชิงปฏิบัติในเรื่องการบีบน้ำนมจากเต้านมด้วยมือหรืออุปกรณ์บีบเก็บน้ำนม เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือนตนเองได้เมื่อมีอาการเต้านมคัดตึงและเป็นประโยชน์มากในรายที่ทารกป่วยไม่สามารถดูดนมจากเต้านมมารดาได้

การป้องกัน

เน้นการให้ความรู้อธิบายถึงกลไกการเกิดการตึงคัดเต้านมหลังคลอดและสอนสาธิตการปฏิบัติจริงแก่มารดาตั้งครรภ์และหลังคลอด ทั้งการจัดท่าอุ้มให้นมลูกและการเข้าเต้าที่ถูกต้องวิธีหลักสำคัญคือการระบายน้ำนมออกจากเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ การให้นมลูกแต่ละครั้งควรให้ทารกดูดนมจนเกลี้ยงเต้า แล้วเปลี่ยนไปดูดนมอีกข้าง ถ้ายังมีน้ำนมค้างอยู่ควรระบายน้ำนมออกให้หมดหรือให้ทารกเริ่มดูดนมข้างที่ยังมีน้ำนมค้างอยู่ก่อน บางการศึกษาพบว่า การนวดเต้านมภายหลังการให้นมทารกในช่วง 4 วันแรกหลังคลอด จะช่วยลดการเกิดเต้านมคัดตึงได้⁽⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Moon JL, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement: Contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1989;18:309-15.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, 6th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005. p. 278-81.

3. Kee WH, Tan SL, Lee V, Salmon YM. The treatment of breast engorgement with Serrapeptase (Danzen): A randomized double-blind controlled study. Singapore Med J. 1989;30:48-54.
4. Storr G. Prevention of nipple tenderness and breast engorgement in the post-partal period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1988;17:203-9.



เต้านมอักเสบและฝีที่เต้านม

รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

ความรู้พื้นฐาน

ภาวะเต้านมอักเสบและฝีที่เต้านม เป็นภาวะที่พบได้ในผู้หญิงทั้งในช่วงที่มีการให้นมบุตรหรือไม่ก็ได้ ในที่นี้จะเน้นเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้นมบุตร

เต้านมอักเสบ (mastitis หรือ mammary cellulitis) หมายถึงการอักเสบของเนื้อเยื่อเต้านมโดยอาจจะมีการติดเชื้อร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ การอักเสบของเต้านมจะทำให้แม่มีอาการปวดและรู้สึกไม่สบายตัวส่งผลให้ไม่ต้องการให้ทารกดูดนมจากเต้า ทั้งนี้พบว่าภาวะเต้านมอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การให้นมแม่ในระยะยาวไม่ประสบความสำเร็จ

ฝีที่เต้านม (breast abscess) หมายถึงการมีหนองสะสมอยู่ในเต้านม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังจากมีภาวะเต้านมอักเสบ

การอักเสบติดเชื้อที่เต้านม พบได้ร้อยละ 10-20 ในหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตร มักจะเกิดขึ้นภายใน 6-8 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยจะพบบ่อยที่สุดในช่วงหลังคลอดสัปดาห์ที่ 2-3⁽¹⁾ ทั้งนี้ พยาธิสรีรวิทยาในการเกิดภาวะอักเสบติดเชื้อที่เต้านมนั้น เกิดจากการคั่งของน้ำนมในเต้านม (milk stasis) เป็นระยะเวลาหนึ่ง

ทำให้เกิดการอักเสบในส่วใดส่วหนึ่งของเนื้อเยื่อเต้านมโดยที่ไม่มีการติดเชื้อ หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไข หรือมีแผลเกิดขึ้นที่บริเวณหัวนม เชื้อแบคทีเรียจะสามารถเข้าไปสู่เนื้อเยื่อเต้านม ก่อให้เกิดการติดเชื้อและมีการอักเสบกระจายไปทั่วทั้งเต้านมได้ เชื้อที่พบเป็นสาเหตุได้บ่อยที่สุด คือ *Staphylococcus aureus* ส่วนเชื้ออื่นที่พบได้ ได้แก่ *Staphylococcus epidermidis*, beta-hemolytic *Streptococcus* (Group A or Group B *Streptococcus*, *Streptococcus pyogenes*) และ *Escherichia coli*⁽²⁾ โดยหากไม่ได้รับการรักษาภาวะอักเสบติดเชื้ออย่างเหมาะสมจะมีโอกาสเกิดเป็นฝีที่เต้านมได้ประมาณร้อยละ 3

ปัญหาและข้อควรคำนึงถึง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะอักเสบติดเชื้อที่เต้านม

- มีน้ำนมเหลือค้างในเต้านม ซึ่งอาจเกิดจากการให้นมแม่ไม่ถูกวิธีหรือแม่มีการสร้างน้ำนมมากเกินไป
- มีภาวะเต้านมคัดตึง (breast engorgement) ที่ไม่ได้รับการรักษา
- มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน (plugged duct)
- เว้นระยะการให้นมนานเกินไป หรือหยุดให้นมทันทีโดยไม่ได้ระบายน้ำนมออกอย่างเหมาะสม
- ใส่ชุดที่กดและรัดบริเวณเต้านม ทำให้มีน้ำนมคั่งในเต้านม
- มีแผลที่หัวนม
- มีเชื้อราในช่องปากทารก
- มีภาวะลิ้นติด (tongue-tie) ในทารก
- มีภาวะเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ
- มีประวัติการอักเสบติดเชื้อที่เต้านมมาก่อน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฝีที่เต้านม

- หยุดให้นมทันทีระหว่างการรักษาภาวะเต้านมอักเสบติดเชื้อ
- ภาวะเต้านมอักเสบติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง
- อายุมากกว่า 30 ปี หรือ อายุครรภ์ขณะคลอดมากกว่า 41 สัปดาห์⁽³⁾

การวินิจฉัย

ภาวะเต้านมอักเสบ เป็นภาวะที่มักแสดงอาการแบบทันทีทันใด (rapid onset) มักจะเป็นข้างเดียว มารดาจะมีอาการเจ็บที่เต้านมเป็นอาการแรก อาการและอาการแสดงอื่นๆ ที่พบ ได้แก่

- ใช้สูงกว่า 38.5 องศา และมีอาการครั่นเนื้อตัว
- ผิวหนังที่เต้านม บวมแดง ร้อน
- เต้านมแข็งตึง กดเจ็บ ในกรณีที่เป็นฝีที่เต้านมอาจคลำได้ก้อน
- ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (flu-like symptoms)

การวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ severe breast engorgement, plugged duct, inflammatory breast cancer, galactocele

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

มักพิจารณาส่งตรวจในรายที่มีอาการรุนแรง หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามมาตรฐาน ได้แก่ CBC, CRP, breast milk culture, hemoculture ในกรณีมีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียสและอาจพิจารณาส่งตรวจ ultrasound เต้านม ในกรณีที่สงสัยว่าจะมีฝีที่เต้านม

แนวทางการดูแลรักษา

หลักการรักษาที่สำคัญ คือ ลดอาการปวด กำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบของเต้านม โดยที่ยังคงการให้นมแม่ต่อไปได้^(1,3)

- ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบของเต้านม ได้แก่ วิธีการให้นม การอุ้ม การเข้าเต้า ตรวจทารกว่ามีภาวะล้นติดหรือไม่ มีเชื้อราในปากหรือไม่
- ให้ความมั่นใจแก่มารดาว่าในระหว่างการรักษาสารภสามารถให้ทารกดูดนมต่อได้ทั้ง 2 ข้างและควรให้ทารกดูดนมบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการเว้นระยะให้นมนานๆ เพื่อป้องกันการเกิดฝีที่เต้านม
- ให้ acetaminophen เพื่อลดอาการปวด และ NSAID เช่น ibuprofen เพื่อลดการอักเสบของเนื้อเยื่อเต้านม

- ประคบอุ้งน 3-5 นาที ก่อนให้ทารกดูนมเพื่อให้น้ำนมไหลดีขึ้น
- นวดคคิ่งเด็ตามเบาๆ ทิศทางจากเด็ตามไปทางหัวนม ทั้งก่อนและระหว่าง การให้นม
- ให้ทารกดูนมซ้างที่มีการอักเสบก่อน เพื่อไม่ให้มีน้ำนมเหลือค้าง หากมี น้ำนมเหลือค้างให้บิบออกด้วยมือหรือใช้เครื่องบิบเก็บน้ำนม
- ประคบเย็นประมาณ 10-15 นาที หลังทารกดูนม เพื่อลดอาการบวม และปวด
- ดื่มน้ำและพักฟ่อนให้เพียงพอ
- ใส่ชุดชั้นในที่พอดี ไม่รัดจนเกินไป
- หลีกเลี้ยงการให้ยายบยั้งการสร้างและหลั่งน้ำนม
- รักษาแผลที่หัวนม หากมีอาการเจ็บที่หัวนม อาจใช้การบิบด้วยมือหรือ บิบเก็บด้วยเครื่องทุก 3 ชั่วโมง สำหรับแผล ให้ใช้น้ำนมที่บิบออกมาทาที่หัวนมหรือ ใช้สาร lanolin ทาที่หัวนมหลังให้นมทารก สลับการให้ทารกดูนมจากเด็ตามกับการ บ้อนจากถ้วย โดยบิบน้ำนมออก
- ในรายที่อาการไม่ดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการรักษาแบบประคับ ประคอง ให้กินยาปฏิชีวนะ ได้แก่
 - dicloxacillin 500 มิลลิกัรม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน หรือ cephalixin 500 มิลลิกัรม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน เป็นเวลา 10-14 วัน
 - ในกรณีแพ้ยากลุ่มเพนนิซิลลิน ให้ clindamycin 300 มิลลิกัรม หรือ erythromycin 500 มิลลิกัรม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน เป็นเวลา 10-14 วัน
 - ในรายที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือด ให้ vancomycin 15-20 mg/dose ทุก 8-12 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น จึงเปลี่ยนเป็นยา กินต่อจนครบ 10-14 วัน

โดยยาปฏิชีวนะดังกล่าวอยู่ในกลุ่มยาที่มีความปลอดภัยในการให้นมบุตร ดังนี้⁽⁴⁾

- Dicloxacillin, cephalixin, vancomycin จัดอยู่ใน L1
 - Clindamycin, erythromycin จัดอยู่ใน L2
- ติดตามอาการภายหลังการรักษา 24-48 ชั่วโมง เผื่อระวังการเกิดฝีที่เต้านม
- ในระหว่างนี้ ควรให้กำลังใจและสังเกตเทคนิคการให้นมแม่และประเมินการเจริญเติบโตของทารก
- ในกรณีที่ฝีที่เต้านม
- ใช้เข็มขนาดใหญ่ต่อหลอดฉีดยาเจาะดูดหนองออกทุก 2-3 วัน จนกว่าหนองจะหมด และส่งตรวจเพาะเชื้อหนองที่เจาะดูดได้
 - หากหนองมีปริมาณมาก หรือไม่สามารเจาะดูดได้ อาจรื้อระบายหนอง โดยหลีกเลี่ยงตำแหน่งที่หัวนมและลานนม
 - ให้ทารกกินนมแม่ต่อไปได้ระหว่างการรักษา ยกเว้นในกรณีที่มีหนองไหลออกจากท่อน้ำนมบริเวณหัวนม หรือตำแหน่งการเจาะดูดฝีหรือมีแผลระบายหนองที่ลานหัวนม ซึ่งจะรบกวนการเข้าเต้า ระหว่างนี้อาจใช้การบีบน้ำนมออกเพื่อคงการสร้างน้ำนม และสามารถกลับมาให้ทารกดูดนมได้ใหม่เมื่อแผลหายแล้ว
- อาการอักเสบของเนื้อเยื่อเต้านม จะลดลงภายใน 3-5 วัน หลังการได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี

การป้องกัน

- แนะนำการให้นมอย่างถูกวิธี ไม่มีน้ำนมเหลือค้างในเต้านม
- หากพบว่ามีการคั่งของน้ำนมในเต้านม (milk stasis) ให้บีบออกโดยการประคบอุ่น และนวดบริเวณที่มีน้ำนมคั่งไปในทิศทางของหัวนม
- หากมีภาวะเต้านมคัดตึงให้ดูแลรักษาโดยเร็ว (ดูรายละเอียดในบทที่ 16 เต้านมคัดตึง)

- ป้องกันการเกิดแผลที่หัวนม ทั้งนี้ได้มีการศึกษาการใช้ mupirocin ointment, fusidic acid ointment เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่หัวนมพบว่าไม่สามารถลดการเกิดภาวะอักเสบติดเชื้อที่เต้านม⁽⁵⁾
- หลีกเลี่ยงการใส่ชุดชั้นในที่มีโครงกวดทับ หรือใช้เป็ลลุ่มเด็กที่มีสายรัดแน่นกับตัวมากเกินไป
- ในกรณีที่ต้องการหย่านมให้ลดจำนวนมือในการให้นมบุตรทีละน้อยอย่างเหมาะสม (*ดูรายละเอียดในบทที่ 51 การหย่านมแม่อย่างเหมาะสม*)

เอกสารอ้างอิง

1. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. Breastfeed Med. 2014;9:239-43.
2. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol. 2007;109:479.
3. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. BMJ. 2011;342: d396.
4. Hale TW, editors. Medications and Mothers' Milk. 14th ed. Texas: Hale Publishing; 2010.
5. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(8):CD007239.



บทที่ 18

ท่อน้ำนมอุดตัน

รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

ความรู้พื้นฐาน

ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน (plugged ducts) หมายถึงการอุดตันของท่อน้ำนมในบางตำแหน่ง มีผลทำให้มีการคั่งของน้ำนมและมีการขยายของเนื้อเยื่อต่อมน้ำนมบริเวณรอบท่อน้ำนมที่มีการอุดตัน

พยาธิสรีรวิทยาในการเกิดการภาวะท่อน้ำนมอุดตันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะท่อน้ำนมอุดตัน⁽¹⁾ ได้แก่

- มีน้ำนมเหลือค้างในเต้านมหลังการให้นม
- ให้ทารกดูดนมไม่ถูกวิธี (poor attachment)
- หยุดให้นมทารกทันที หรือเว้นระยะการให้นมทารกนานกว่าปกติ
- ใส่ชุดชั้นในที่กดรัดบริเวณเต้านม
- ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะเครียด
- น้ำนมมีความเข้มข้นมาก
- มีการติดเชื้อแบคทีเรียในท่อน้ำนม

การวินิจฉัย

อาการและการแสดงของภาวะท่อน้ำนมอุดตัน⁽²⁾

- บวมแดง ร้อน กดเจ็บบริเวณผิวหนังเต้านมส่วนที่มีการอุดตันของท่อน้ำนม
- คลำได้ก้อนตามกลีบ (lobe) ของต่อมน้ำนมที่มีการอุดตันของท่อน้ำมนั้นๆ
- หากเป็นการอุดตันที่ท่อน้ำนมบริเวณหัวนม (obstruction of nipple pore ducts) จะเห็นเป็นจุดสีขาวบริเวณปลายหัวนม (milk blister) ทำให้มีอาการเจ็บที่หัวนม
- ไม่มีอาการอื่นๆ ตามระบบ เช่น ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว

แนวทางการดูแลรักษา⁽³⁾

- ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิด ได้แก่ วิธีการให้นม การอุ้ม การเข้าเต้า
- ประคบอุ่น 3-5 นาที ก่อนให้ทารกดูดนมเพื่อให้น้ำนมไหลดีขึ้น
- ให้ทารกดูดนมจากข้างที่มีภาวะอุดตันของท่อน้ำนมก่อน
- นวดคลึงเบาๆ บริเวณที่เป็นก้อน โดยนวดไปทางหัวนม ระหว่างการให้นม
- จัดท่าการให้นมที่ทารกสามารถดูดนมจากเต้าได้มากที่สุด และต้องมีท่าที่จุมูกของทารกหันไปทางที่มีท่อน้ำนมอุดตัน อย่างน้อย 1 ครั้ง
- ให้ทารกดูดนมบ่อยๆ อย่างน้อย 8-12 มื้อต่อวัน เพื่อไม่ให้มีน้ำนมเหลือค้างหากมีน้ำนมเหลือค้าง ให้บีบออกด้วยมือหรือใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนม
- หากเป็นการอุดตันที่ท่อน้ำนมบริเวณหัวนม แก้ไขโดย ประคบอุ่นที่หัวนม จากนั้น นวดคลึงที่หัวนมตำแหน่งใกล้บริเวณที่มีการอุดตัน หากไม่ดีขึ้น ใช้สาลิซุบน้ำมันมะกอกปิดบนตำแหน่งที่มีการอุดตัน 2-3 ชั่วโมง จากนั้น ล้างและลอกผิวหนังบนที่มีการอุดตันออกเพื่อให้มีน้ำนมระบายออกมาได้
- นวดคลึงเต้านม ขณะให้อาบน้ำอุ่น
- อาการของภาวะท่อน้ำนมอุดตันจะดีขึ้น หลังการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี 2-3 ครั้ง
- ฝ้าระว่างภาวะเต้านมอักเสบติดเชื้อ

การป้องกัน

- หลีกเลี่ยงการใส่ชุดชั้นในที่มีโครงกดทับ หรือใช้เป็ลยุ่มที่มีสายรัดแน่นกับตัวมากเกินไป
- หลีกเลี่ยงการงดหรือเว้นระยะการให้นมลูกนาน โดยไม่จำเป็น
- นวดคลึงเต้านม ขณะที่ให้ทารกดูดนม เพื่อให้มีน้ำนมไหลระบายได้ดี
- ให้ทารกดูดนมจนเกลี้ยงเต้า หากมีน้ำนมเหลือ ให้บีบใส่ถุงเก็บน้ำนมและนำไปเก็บอย่างถูกวิธี

เอกสารอ้างอิง

1. Meek J, Tippins S, editors. American Academy of Pediatrics New Mother's Guide to Breastfeeding, New York: Bantam Books; 2011.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Practical management of the mother-infant nursing couple. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A Guide for the Medical Professions. 7th ed. Missouri: Mosby; 2011. p 232-82.
3. Campbell SH. Recurrent plugged ducts. J Hum Lact. 2006;22:340-3.

บทที่ 19

น้ำนมมาช้า

ปริศนา พันิชกุล

ความรู้พื้นฐาน

การสร้างน้ำนม (lactogenesis)⁽¹⁻³⁾ มี 3 ระยะ ได้แก่

1. **การสร้างน้ำนมระยะที่ 1 (lactogenesis I)** เกิดขึ้นที่ระยะตั้งครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์จนถึงประมาณ 2-4 วันแรกหลังคลอด เซลล์สร้างน้ำนมจะถูกกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงและสร้างน้ำนม แต่จะยังไม่มีการหลั่งน้ำนม
2. **การสร้างน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II)** เกิดขึ้นประมาณ 2-4 วันแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มีการหลั่งของน้ำนมและมีการสร้างน้ำนมปริมาณมากขึ้น ในช่วงนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากหัวน้ำนมปริมาณน้อยในระยะแรกมาเป็นน้ำนมช่วงเปลี่ยน (transitional milk) ที่มีปริมาณมากขึ้นในช่วงปลายสัปดาห์แรกหลังคลอด
3. **การสร้างน้ำนมระยะที่ 3 (lactogenesis III)** น้ำนมจะเริ่มเปลี่ยนเป็นน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (mature milk) เป็นระยะที่มีการคงสภาพของการสร้างน้ำนม เรียกว่า galactopoiesis โดยกลไกของฮอโมนและการระบายน้ำนมออกจากเต้า



รายละเอียดเกี่ยวกับสรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนมสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก บทที่ 1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การมีน้ำนมมาช้า เป็นภาวะที่มารดาหลังคลอดมีน้ำนมมาช้ากว่าปกติโดยเฉพาะเมื่อ 72 ชั่วโมงหลังคลอดแล้ว มารดายังไม่รู้สึกว่ามีน้ำนมหรือไม่รู้สึกเต้านมเต็ม (breast fullness)^(1,4,5) การมีน้ำนมมาช้า แบ่งออกเป็น 2 ภาวะ ดังต่อไปนี้

Delayed lactogenesis II หมายถึงการใช้เวลานานกว่าปกติจากระยะที่มีหัวนมที่มีปริมาณเพียงเล็กน้อยเปลี่ยนไปสู่ระยะที่มีน้ำนมไหลออกได้ดี โดยที่มารดามีความสามารถที่จะให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ สาเหตุเกิดจากการมีปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของต่อมน้ำนม เช่น มารดาที่มีโรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ มีภาวะอ้วนหรือมีโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น หรือในกรณีที่มารดาไม่มีการส่งผลให้เริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือกระตุ้นเต้านมได้ช้า เช่น การคลอดที่ใช้เวลานาน/คลอดยาก การใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอด มารดาที่เครียด/อ่อนเพลียจากการคลอด รวมทั้งการคลอดก่อนกำหนด

Failed lactogenesis II หมายถึงภาวะที่มารดาไม่สามารถที่จะให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ แต่มีปัจจัยจากภายนอกมารบกวนกระบวนการดังกล่าว ความล้มเหลวของกระบวนการการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1) แบบปฐมภูมิ คือ การที่เนื้อเยื่อเต้านมไม่สามารถสร้างน้ำนมได้ปริมาณเพียงพอจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่

- มารดาที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของเต้านม เช่น มีเนื้อเยื่อเต้านมส่วน mammary glandular น้อยกว่าปกติ เคยรับการผ่าตัดเต้านม มีอุบัติเหตุที่ทำลายเนื้อเยื่อเต้านมหรือหัวนมหรือลานนม มีความผิดปกติของหัวนม (เช่น หัวนมสั้น หัวนมบอด)

- มารดาที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ตกเลือดหลังคลอด ภาวะ Sheehan syndrome, มี theca-lutein cyst, polycystic ovarian syndrome, การมีชิ้นส่วนรกค้าง มารดาที่มีภาวะ hypothyroidism, hypopituitarism หรือภาวะ prolactin deficiency ซึ่งพบได้น้อยมาก

2) แบบทุติยภูมิ คือ ผลต่อเนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม ได้แก่

- ทารกดูคนมไม่มีประสิทธิภาพ/ดูต่ำกว่าปกติ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะลึนติด ทารกมีความผิดปกติของเพดานปาก หรือมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

- มารดาที่ให้นมได้ไม่เต็มประสิทธิภาพทำให้น้ำนมไม่หมดเกลี้ยงเต้า เช่น ทำการให้นม การอมลานนมของทารก (latch-on) ที่ไม่ถูกต้อง ความถี่และระยะเวลาของการให้นมที่ไม่เหมาะสม การใช้จุกนมยางหรือหัวนมปลอม การให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกโดยไม่จำเป็น หรือการที่มารดาได้รับยาที่มีผลให้น้ำนมมาซา/น้อย เช่น pseudoephedrine ยาคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน หรือที่มีโปรเจสเทอโรนชนิดเดียว (โดยเฉพาะหากได้รับยากุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังคลอดขณะที่ยังไม่มึ้นนมมากพอ)

มีรายงานของภาวะ failed lactogenesis II ประมาณร้อยละ 5 และ delayed lactogenesis II ประมาณร้อยละ 15 ดังนั้น ควรเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงตั้งที่กล่าวมาข้างต้น และควรพิจารณาถึงภาวะเครียดจากทางจิตสังคมและความเจ็บปวดของมารดา โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นครรภ์แรก และมารดาที่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ส่งเสริมให้ทารกได้ดูดนมแม่เร็วที่สุด ระวังระวังในการให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกก่อนเริ่มให้นมแม่โดยไม่จำเป็น ให้มารดาให้นมแก่ทารกด้วยระยะเวลาและความถี่ที่เหมาะสม ทั้งนี้ ปัจจัยใดก็ตามที่ทำให้เกิดภาวะ delayed lactogenesis II ย่อมสามารถมีผลต่อเนื่องให้เกิดการล้มเหลวในการสร้างน้ำนมแบบทุติยภูมิตามมาได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾

การประเมินภาวะบ้านมาซา^(1,4,5)

ระยะฝากครรภ์ สามารถประเมินความเสี่ยงของมารดาที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด เช่น ประวัติการผ่าตัดหรือมีอุบัติเหตุอาจทำลายเนื้อเยื่อเต้านม ประวัติครรภ์ก่อนที่มีน้ำนมมาซาหรือน้ำนมไม่พอหรือทารกที่กินนมแม่แล้วมีปัญหาเติบโตช้าที่อาจเกิดจากการมีน้ำนมมาซา ตรวจ

ร่างกายพบลักษณะเต้านมที่พัฒนาไม่เต็มที่ที่อาจสัมพันธ์กับการสร้างน้ำนมไม่ได้หรือได้น้อย เช่น เต้านมเป็นรูปกรวย⁽⁴⁾ เป็นต้น รวมทั้งประเมินลานนมและหัวนมที่ผิดปกติที่อาจทำให้ทารกอมลานนมได้ไม่ดี

ระยะคลอด ประเมินปัจจัยด้านการคลอดที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม เช่น การคลอดยาก/คลอดยาวนาน เป็นต้น การใช้ยาที่มีผลต่อน้ำนม มีการโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอดเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และทารกได้เริ่มดูดนมมารดาโดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิด

ระยะหลังคลอด ประเมินว่ามารดาว่าสามารถให้นมแม่ได้อย่างถูกต้องทั้งการจัดท่าให้นม การอมลานนมของทารกเพื่อให้มีการดูดที่ถูกต้องวิธี ดูดบ่อยตามที่ทารกต้องการ ประเมินความเครียดของมารดาในการให้นม และประเมินปริมาณน้ำนมของมารดาพร้อมกับประเมินการปัสสาวะ-อุจจาระของทารก และการเพิ่มของน้ำหนักทารก การประเมินความรู้สึกรับรู้ของมารดาหลังคลอดถึงปริมาณน้ำนมที่มีเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัย⁽⁴⁾ โดยเฉพาะในมารดาที่ยังไม่รู้สึกว่ามึ้น้ำนมหรือไม่รู้สึกเต้านมเต็มเมื่อ 72 ชั่วโมงหลังคลอด^(1,4)

ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้มารดาและทารกกลับบ้านอย่างรวดเร็วหลังคลอด จึงอาจเป็นอุปสรรคในการประเมินภาวะน้ำนมมาช้า/ไม่เพียงพอ กรณีที่มีภาวะเสี่ยงข้างต้นตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปหรือประเมินแล้วไม่แน่ใจว่ามารดาอาจจะมีภาวะน้ำนมมาช้า ควรนัดมาติดตามใกล้ชิดภายใน 2-3 วันแรกหลังจากกลับบ้าน และติดตามประเมินมารดาและทารกไปจนกว่าทารกได้รับนมอย่างเพียงพอ เช่น ทารกปัสสาวะอย่างต่ำ 5-6 ครั้ง/วัน ถ่ายอุจจาระมีกากสีเหลืองอย่างน้อย 3-4 ครั้ง/วัน และมีการเจริญเติบโตที่ดี

การรักษา/แนะนำเมื่อเกิดภาวะน้ำนมมาช้า^(1,4,5)

1. ประเมินสาเหตุของการมีน้ำนมมาช้า และหากพบสาเหตุที่แน่นอนให้การรักษาที่เหมาะสมตามสาเหตุ เช่น ถ้ามีชิ้นส่วนของรกค้างก็ต้องขูดมดลูก ถ้าในกรณีที่มารดามีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการมาของน้ำนม ให้ทำการรักษาโรคนั้นๆ

2. กรณีที่มารดามีน้ำนมมาช้าต้องให้การดูแลที่มีองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

- การกระตุ้นเต้านมอย่างเต็มที่เพื่อให้มีการสร้างน้ำนมและระบายนมออกจนเกลี้ยงเต้า แนะนำการให้นมแม่อย่างถูกต้องทั้งการจัดท่าให้นม การอมลานนมของทารกเพื่อให้มีการดูดที่ถูกต้อง ดูดบ่อยตามที่ทารกต้องการ แนะนำการนวดเต้านมอย่างถูกต้องก่อนให้นม และอาจให้บีบเก็บน้ำนมเพิ่มหลังการให้ทารกดูดนมแต่ละครั้ง/หรืออาจบีบเก็บน้ำนมทั้งสองข้างเพื่อเพิ่มความถี่ของการระบายน้ำนมออกจากเต้า และอาจเพิ่มการดูดนมช่วงกลางวัน มีการจดปริมาณน้ำนมที่บีบเก็บได้เพื่อประเมินความก้าวหน้า

- ให้การดูแลให้มารดาได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ให้ความรู้เรื่องการสร้างและการหลั่งของน้ำนมอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสร้างความเข้าใจให้มารดาและครอบครัวมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นสิ่งสำคัญ จัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย จนกว่ามารดาจะมีน้ำนมเพียงพอและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม

- ประเมินปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับขณะดูดนม โดยประเมินจากปริมาณปัสสาวะ-อุจจาระและการเพิ่มของน้ำหนักทารก โดยต้องมีการจดบันทึกเพื่อช่วยให้มารดาได้เห็นการเปลี่ยนแปลงและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากทารกมีอาการเจ็บป่วยต้องให้การรักษาทารกตามสาเหตุ

- การให้ทารกได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงการให้น้ำนมผงดัดแปลงสำหรับทารกหรืออาหารอื่นแก่ทารก ยกเว้นเมื่อมีข้อบ่งชี้ หากมารดายังไม่รู้สึกว่ามีน้ำนมหรือไม่รู้สึกเต้านมเต็มและทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อาจต้องให้นมแม่ที่บีบเก็บไว้หรือนมผงดัดแปลงสำหรับทารกเสริมโดยให้เพียงปริมาณน้อยและแค่ระยะเวลานั้นเท่านั้น โดยใช้วิธีการให้นมด้วยการป้อนด้วยถ้วยช้อนหรือกระบอกฉีดยาหลังจากที่ทารกดูดนมแต่ละครั้ง หรือใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะทารกดูดนมจากเต้า (*รายละเอียดในบทที่ 53 การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะทารกดูดนมจากเต้า*) และควรมีการจดบันทึกปริมาณน้ำนมที่ให้เสริมแต่ละครั้ง

- การให้ยาเพื่อกระตุ้นเพิ่มปริมาณน้ำนม (galactagogue) ไม่มีข้อบ่งชี้ หากมารดายังไม่ได้กระตุ้นเต้านมอย่างเต็มที่เพื่อให้มีการสร้างน้ำนมและระบายน้ำนมออกจนเกลี้ยงเต้าอย่างครบถ้วน หากทำแล้วยังไม่สำเร็จอาจพิจารณาให้ domperidone ขนาด 10-20 มก. รับประทาน 3-4 ครั้ง/วัน เพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน โดยยาจะออกฤทธิ์เมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง เริ่มเห็นผลใน 3-4 วัน (หรืออาจยาวนานถึง 2-3 สัปดาห์ในมารดาบางราย) และมีปริมาณน้ำนมสูงสุดช่วง 3-4 สัปดาห์หลังใช้ยา เมื่อได้ระดับน้ำนมที่ต้องการจึงลดระดับยาลง โดยถ้าปริมาณน้ำนมยังคงเดิมให้คงระดับยานั้นไว้ 4-5 วันแล้วจึงค่อยลดขนาดยาลงอีก หรือให้ metoclopramide 10-15 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เมื่อใช้ยาต่อเนื่องครบ 1 สัปดาห์ค่อยๆ ลดระดับยาลง 10 มก./สัปดาห์ และต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ เป็นต้น^(1,5)

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. Missouri: Mosby;2011.
2. Lawrence RM, Lawrence RA. The breast and the physiology of lactation. In: Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2014. p.112-30.
3. Schanler RJ, Potak DC. Initiation of breastfeeding.Up-To-Date. [cited 2016 Feb 23]. Available from: <http://www.uptodate.com>
4. Hurst NM. Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. J Midwifery Womens Health. 2007;52(6):588-94.
5. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2005.



บทที่ 20

มารดาน้ำนมน้อย

ศรีอร ธงอินนตร

ความรู้พื้นฐาน

ปัญหาน้ำนมไม่พอหรือมารดาารู้สึกว่าน้ำนมไม่พอ เป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ที่ทำให้มารดาหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือเริ่มมีการใช้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกร่วม ซึ่งจะนำไปสู่การหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สุด ประเด็นแรกที่ต้องพิจารณาคือปัญหานั้นเกิดจาก “ปัญหาน้ำนมไม่พอ” หรือ “มารดาู้สึกว่าน้ำนมไม่พอ” เพราะในหลายๆ กรณี ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ แต่มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเข้าใจผิดว่าทารกได้รับนมไม่พอ เช่น การที่ทารกร้องบอ่ย ร้องกวน ดูดนมน้อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง

การประเมินว่าทารกที่ได้รับน้ำนมเพียงพอ มีดังนี้

- **ความถี่ในการกินนม** ทารกแรกเกิดสัปดาห์แรกมักกินนม 8-12 ครั้งต่อวัน หลังจากอายุ 1 สัปดาห์ มักกินนม 7-9 ครั้งต่อวัน
- **ระยะเวลาในการให้นม** แต่ละครั้งอยู่ที่ประมาณ 5-20 นาที ขึ้นกับมารดาและทารกในแต่ละราย
- **น้ำหนัก** ทารกทั่วไปอาจพบน้ำหนักลดหลังเกิดร้อยละ 5-7 ของน้ำหนักแรกเกิด (มักไม่เกินร้อยละ 10) หลังจากอายุ 5 วัน และน้ำหนักค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนเท่าน้ำหนักแรกเกิดที่อายุประมาณ 1-2 สัปดาห์ เมื่อน้ำหนักทารกกลับมาเท่ากับ

น้ำหนักแรกเกิดแล้ว น้ำหนักจะขึ้นโดยเฉลี่ย 15-40 กรัมต่อวัน ทารกที่มีน้ำหนักลดมากผิดปกติ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองและ hypernatremia (serum sodium >150 mEq/L) มีการศึกษาในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เปรียบเทียบกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติกับกลุ่มที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดมีแนวโน้มที่น้ำหนักจะลดมากกว่า และน้ำหนักหยุดลดช้ากว่า กลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ⁽¹⁾

- **ปัสสาวะ** ทารกปกติจะปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมงแรก 2-3 ครั้งในวันที่สอง 4-6 ครั้งในวันที่ 3-4 และ 6-8 ครั้งหลังอายุ 5 วัน⁽²⁾ การปัสสาวะจำนวนครั้งน้อยกว่าค่าปกติ ปัสสาวะที่มีสีเหลืองเข้ม หรือสีส้มเป็นลักษณะของภาวะขาดน้ำ

- **อุจจาระ** ทารกทั่วไปจะถ่ายอุจจาระขี้เทา (meconium) ในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้น อุจจาระของทารกจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวปนเหลือง (transitional stool) ซึ่งยังอาจจะมียูเทียหลงเหลือปนอยู่บ้าง หลังอายุ 4 วันทารกมักถ่ายอุจจาระไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน หลังอายุ 5 วันทารกมักมีอุจจาระสีเหลืองทองและมีลักษณะเป็นเม็ดๆ ปนน้ำ

สาเหตุของภาวะน้ำนมไม่เพียงพอแสดงในตารางที่ 20-1

การซักประวัติ

ถามประวัติการกินนม ระยะเวลา ความถี่ การปัสสาวะและอุจจาระ ประวัติโรคประจำตัวและการใช้ยาของมารดาและทารก ประวัติการผ่าตัดเต้านมของมารดา

การตรวจร่างกาย

- **มารดา:** ลักษณะเต้านม เช่น ดูลักษณะหัวนมบอด การอักเสบ หัวนมแตก
- **ทารก:** ภาวะขาดน้ำในทารก โครงสร้างในช่องปาก เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ ภาวะลิ้นติด (tongue-tie) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง เชื้อราในช่องปาก
- ท่าทางการเข้าเต้าว่าถูกวิธีหรือไม่ (proper latch-on)

ตารางที่ 20-1 สาเหตุของน้ำนมไม่พอ

ภาวะ	คำอธิบาย
สาเหตุจากมารดา	
- ภาวะของหัวนม	มารดาที่มีหัวนมแตก เจ็บหัวนม อาจทำให้ลดการให้นมทารก
- การผ่าตัดเต้านม/ฉายแสง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมโดยเฉพาะวิธี periareolar incision หรือ irradiation ⁽³⁾
- ภาวะความเจ็บป่วย	pregnancy-induced hypertension ⁽⁴⁾ , polycystic ovarian syndrome ⁽⁵⁾ ภาวะเครียด เป็นต้น
- ยาหรือสารที่ลดการผลิตน้ำนม	- ยา เช่น ยาคูมกำเนิดแบบรวม โดยเฉพาะที่มี estrogen สูง ยาขับปัสสาวะ ยาแก้คัดจมูก pseudoephedrine ยาแก้แพ้ antihistamine ขนาดสูง สุราและบุหรี่ - สามารถค้นหาข้อมูลผลของการใช้ยาแต่ละชนิดในหญิงที่ให้นมบุตรได้ที่ LactMed (http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sishtmlgen?LACT).
สาเหตุจากทารก	
	- มีโครงสร้างในช่องปากผิดปกติ เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่
	- มีการดูดกลืนที่ผิดปกติ
	- มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง
	- ทารกเกิดก่อนกำหนด
	- ทารกมีภาวะสับสนหัวนม (nipple confusion) มักพบในทารกที่ได้กินขวดนมหรือจุกปลอม (pacifier) ก่อนอายุ 4-6 สัปดาห์ ⁽⁶⁾
สาเหตุจากมารดาและทารก	
	- การเข้าเต้าผิดปกติ (poor attachment to the breast)
	- ระยะเวลาระหว่างการให้ทารกดูดนม/บีบเก็บน้ำนมในแต่ละครั้งห่างกันเกินไป โดยเฉพาะเกิน 3 ชั่วโมง หรือดูดไม่เกลี้ยงเต้า ทำให้การสร้างน้ำนมลดลง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะมารดามีน้ำนมน้อย พิจารณาจากการดูนมและการเจริญเติบโตของทารก จะเห็นได้ว่าความถี่และระยะเวลาในการดูนมของทารกมีความแตกต่างกันในแต่ละรายมาก ฉะนั้นควรใช้การปัสสาวะ อุจจาระและการชั่งน้ำหนักทารกประกอบการพิจารณาว่าทารกได้รับน้ำนมไม่พอจริงหรือไม่

การรักษา

เป้าหมายคือการทำให้การผลิตน้ำนมของมารดามากขึ้นและทำให้ทารกได้น้ำนมเพียงพอ ฉะนั้นแพทย์จำเป็นต้องหาสาเหตุของน้ำนมไม่พอให้พบและแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีน้ำนมมารดามีน้อยคือ การที่เต้านมไม่ได้รับการกระตุ้นให้สร้างน้ำนม ภาวะเครียดและการพักผ่อนไม่พอ มารดาควรให้ทารกดูดกระตุ้นอย่างถูกต้องทั้งทำอุ้มดูนมและจำนวนมือน้อยอย่างน้อย 8 ครั้งต่อวัน นอกจากนี้ การบีบน้ำนมจากเต้า (breast expression) บ่อยๆ จะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้เพิ่มขึ้น

ในกรณีที่ทำทุกอย่างถูกต้อง (ทำอุ้มดูนม จำนวนครั้งในการให้นม ระยะเวลาในการดูนม เต้านม 10-15 นาที) ทารกไม่มีภาวะเจ็บป่วย ไม่มีภาวะล้นติดแต่น้ำนมยังไม่เพียงพอ อาจพิจารณาช่วยเพิ่มการสร้างน้ำนมแม่ (galactagogue) ยาที่นิยมใช้คือ domperidone⁽⁷⁾ ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการหลั่งของโปรแลคติน ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ ปากแห้ง ปวดศีรษะ ปวดเกร็งท้อง ท้องเสีย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขนาดยาที่ใช้คือ 10 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด วันละ 3-4 ครั้ง ยา domperidone มีการใช้ในหลายประเทศทั่วโลก ยกเว้นสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในขนาดปกติแต่ควรระมัดระวังในมารดาและทารกที่มี QT prolongation เนื่องจากอาจมีผลต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

นอกจากนี้ยังมีพืชสมุนไพรที่นิยมใช้ในการปรุงอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำนม (herbal galactagogues) เช่น ชิง หัวปลี ใบกะเพรา แต่ยังมีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์จำกัดในแง่ของประสิทธิภาพ⁽⁸⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz M W, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015;135(1):e16-e23.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Breastfeeding. In: Kleinman RE, editor. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p.29-60.
3. Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J*. 2007;13(1):62-7.
4. Leeners B, Rath W, Kuse S, Neumaier-Wagner P. Breast-feeding in women with hypertensive disorders in pregnancy. *J Perinat Med*. 2005;33(6):553-60.
5. Vanky E, Isaksen H, Haase Moen M, Carlsen SM. Breastfeeding in polycystic ovary syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(5):531-5.
6. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003;111(3):511-8.
7. Osadchy A, Moretti ME, Koren G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:642893.
8. Luecha P, Umehara K. Thai medicinal plants for promoting lactation in breastfeeding women. In: Zibadi S, Watson RR, Preedy VR, editors. *Handbook of dietary and nutritional aspects of human breast milk*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2013. p.645-56.



บทที่ 21

มารดาน้ำนมมากเกินไป

เภยาณิศ อภิรัชวีริย:

ความรู้พื้นฐาน

ในกระบวนการสร้างน้ำนมตามปกติ เต้านมมักจะสร้างปริมาณน้ำนมตามความต้องการของทารก อย่างไรก็ตาม มารดาบางรายมีการสร้างน้ำนมในปริมาณที่มากเกินไปความต้องการของทารกจนทำให้เกิดปัญหาได้ โดยทั่วไปอัตราการสร้างปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดบุตรประมาณ 200-900 มล.ต่อวัน คิดเป็น 11-58 มล.ต่อชั่วโมง ในกรณีที่มีการสร้างน้ำนมในปริมาณมากตั้งแต่ 60 มล.ต่อชั่วโมงขึ้นไปอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่อมารดาและทารกได้⁽¹⁾ มีข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 23.9 ของมารดาที่หยุดให้นมบุตรก่อนหนึ่งเดือนเกิดจากการที่มีอาการคัดตึงเต้านมมากเกินไป และร้อยละ 14.1 มีปัญหาน้ำนมซึมเปื้อนเสื้อผ้าซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน⁽²⁾

โดยทั่วไปหากเต้านมมีน้ำนมค้างอยู่โดยไม่ได้ระบายออก จะส่งผลให้เต้านมสร้างน้ำนมในปริมาณที่ลดลง จากหลักฐานในปัจจุบันพบว่า มีกลไกการควบคุมการสร้างน้ำนมหลัก 2 กลไก กลไกแรกควบคุมโดย feedback inhibitor of lactation (FIL) ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งสร้างจากเซลล์ lactocyte จะพบมีปริมาณมากขึ้นเมื่อมีการค้างของน้ำนมเป็นเวลานานขึ้น โดย FIL จะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำนม

การยับยั้งนี้เป็นแบบชั่วคราวและขึ้นกับความเข้มข้นของ FIL โดยที่ความเข้มข้นของ FIL ไม่มีผลกระทบต่อส่วนประกอบของน้ำนม เมื่อได้มีการระบายออกของน้ำนมความเข้มข้นของ FIL ลดลงทำให้เต้านมสามารถสร้างน้ำนมได้มากขึ้นอีกครั้ง กลไกที่สองคือ การควบคุมจากการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ lactocyte เมื่อมีน้ำนมคั่งอยู่ในเซลล์ lactocyte ส่งผลทำให้รูปร่างของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ตัวรับฮอร์โมนโปรแลคตินที่อยู่บนเยื่อหุ้มจับกับฮอร์โมนโปรแลคตินได้ลดลง ทำให้การสร้างน้ำนมลดลงจนกระทั่งหยุดไปในที่สุด แต่หากมีการระบายน้ำนมออกก็จะทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินสามารถจับกับตัวรับได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นอีกครั้ง⁽³⁾

อาการและการแสดงกัฟพ

ภาวะมารดาที่มีน้ำนมมากเกินไป (oversupply) อาจเกิดเพียงชั่วคราวในช่วงแรกของการให้นมบุตร เนื่องจากมี active let down ทำให้น้ำนมไหลเร็ว ซึ่งส่งผลทำให้มีปัญหาในการดูดนมของทารกได้ ควรแนะนำให้มารดาแก้ไขโดยการบีบน้ำนมออกในปริมาณเล็กน้อยก่อนให้ทารกเข้าเต้า ส่วนเต้านมอีกข้างหนึ่งปล่อยให้ไหลออกบางส่วนขณะทารกดูด ภาวะนี้มักดีขึ้นเองภายในหนึ่งสัปดาห์ สำหรับบางรายที่อาการไม่ดีขึ้นยังมีการสร้างน้ำนมมากเกินไป จะพบอาการดังต่อไปนี้^(1,2,4)

สำหรับทารก จะพบว่าเวลาให้นมบุตร ทารกอาจมีปัญหาไอ ล้าล็ก หรือพ่นนมออกจากปากเนื่องจากไม่สามารถกลืนนมได้ทันเนื่องจากนมมารดาไหลเร็ว มักจะคายเต้านบ่อยครั้งขณะให้นม น้ำนมล้นออกจากปากทารกขณะดูดนมมารดา มักชอบแหงนคอ มีลมในท้องมากทำให้เรอบ่อยซึ่งเกิดจากที่ได้อากาศเข้าไปเยอะขณะดูดนมหรือแก๊สที่เกิดขึ้นจากการย่อยน้ำตาลแลคโตส นอกจากนี้ทารกอาจมีอาการคล้ายภาวะ lactose intolerance ได้เนื่องจากทารกมักได้นมปริมาณมากและเป็นน้ำนมส่วนหน้า (foremilk) ที่มีสัดส่วนของน้ำตาลแลคโตสสูง แต่มีปริมาณไขมันน้อย น้ำนมจึงผ่านกระเพาะอาหารอย่างรวดเร็ว ทำให้มีน้ำตาลแลคโตสที่เหลือไปถึงลำไส้เล็กในปริมาณมากเมื่อเทียบกับปริมาณเอนไซม์แลคเตส ส่งผลให้ทารกมีอุจจาระสีเขียว มีฟอง มีอุจจาระปริมาณมาก มีผละผายเคืองผิวหนังเกิดเป็นผื่นผ้าอ้อมได้

ทารกบางคนอาจมีปัญหาน้ำหนักขึ้นน้อยได้ เนื่องจากได้กินแต่น้ำนมส่วนที่เป็น น้ำนมส่วนหน้าซึ่งมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตสูง ไขมันน้อย หรืออาจจะพบว่าทารกมี น้ำหนักขึ้นมากเกินไปคือ น้ำหนักขึ้นมากกว่าวันละ 30 กรัมในทารกที่อายุน้อยกว่า 3 เดือน เนื่องจากการกินนมในปริมาณมาก⁽⁴⁾

สำหรับมารดา อาจมีอาการดังต่อไปนี้ คัดตึงเต้านมตลอดเวลาแม้แต่ช่วง หลังให้นมบุตรใหม่ๆ มักรู้สึกว่ามีนมเหลือค้างเต้าตลอดและมีการสร้างน้ำนมกลับ มาอย่างรวดเร็วหลังให้นมบุตร ปวดเต้านมมากเมื่อมีการหลั่งของน้ำนมในช่วงแรก มีน้ำนมไหลซึมระหว่างมื้อนม อาจคลำได้ก้อนหรือมีตำแหน่งกดเจ็บเนื่องจากมี ปัญหาที่อู่เต้านมอุดตันเรื้อรังหรือมีเต้านมอักเสบบ่อยครั้ง ในบางรายที่มีปัญหาใน การนำทารกเข้าเต้าอาจพบหัวนมแตก โดยการมีแผลที่บริเวณหัวนมจะเพิ่มโอกาส เสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะเชื้อราแคนดิดาได้

สาเหตุของภาวะมารดาน้ำนมมากเกินไป

โดยส่วนมากไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดจากการที่เริ่มใช้เครื่องปั๊มเก็บน้ำนม เร็วเกินไป ทำให้เต้านมได้รับการกระตุ้นมากเกินไปหรือเกิดจากการที่ให้นมบุตร จากเต้านมเพียงข้างเดียว นอกจากนั้น ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ดังแสดงในตาราง ที่ 21-1 ในรายที่มีอาการมาก มารดาควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ การทำงานของไทรอยด์ฮอร์โมน ฮอร์โมนโปรแลคตินซึ่งสามารถเจาะเลือด ได้ก่อนให้นมบุตรหรือหลังให้นมบุตรเป็นเวลา 10 นาที นอกจากนี้ควรมีการประเมิน ทารกก่อนเสมอว่า มีปัญหาในการดูดนม การกลืน การหายใจ รวมทั้งอาการของ gastroesophageal reflux หรือไม่ ก่อนที่จะวินิจฉัยว่าอาการที่ล้าลึกหรือแหวะ นมที่เกิดขึ้นของทารกเป็นจากน้ำนมมารดาที่ไหลเร็วและมีปริมาณมาก

แนวทางการดูแลรักษา

วิธีการรักษามีหลายวิธี สามารถพิจารณาใช้หลายๆ วิธีร่วมกันโดยปรับให้ เหมาะสมกับมารดาแต่ละราย ซึ่งหลักการในการดูแลมารดากลุ่มนี้คือแนะนำวิธีที่ ช่วยลดการสร้างน้ำนมและปรับเปลี่ยนวิธีการให้นมบุตร^(1,2,5)

ตารางที่ 21-1 แสดงภาวะหรือโรคที่เป็นสาเหตุทำให้มารดา มีการสร้างน้ำนมมากเกินไป⁽¹⁾

- ภาวะ Prolactinoma
- ความผิดปกติของสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง (Hypothalamic-pituitary disorders)
- โรคของระบบต่างๆ เช่น hypothyroidism, Cushing disease
- การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาในกลุ่ม antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs], ยาลดความดันบางชนิด เป็นต้น
- การระคายเคืองบริเวณหน้าอก เช่น การใส่เสื้อชั้นในหรือเสื้อผ้าที่รัดแน่นมากเกินไป การติดเชื้องูสวัด (herpes zoster) ผื่นผิวหนังอักเสบ (atopic dermatitis) หรือการแสบร้อนจากภาวะกรดไหลย้อน (esophageal reflux)

วิธีการลดอัตราการสร้างน้ำนม

1. ใส่ชุดชั้นในที่รัดพอดีตัวตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ยังมีปัญหาน้ำนมไหลซึมหลังทารกดูดนม ให้พับหัวนมขึ้นเวลาใส่ชุดชั้นในเพื่อลดปัญหาน้ำนมไหลซึม รวมทั้งใส่แผ่นซับน้ำนมป้องกันด้วย
2. ให้ทารกดูดนมจากเต้านมเพียงข้างเดียวในแต่ละมื้อนม โดยอาจบีบน้ำนมออกจากเต้านมอีกข้างในปริมาณเล็กน้อยเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านม
3. ใช้วิธี block feeding คือแบ่งระยะเวลาการให้นมในหนึ่งวันเป็นช่วงๆ โดยแนะนำให้เริ่มจากช่วงละ 3 ชั่วโมง ในแต่ละช่วงเวลาให้ทารกดูดนมจากเต้านมข้างเดิม เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาที่กำหนดไว้จึงเปลี่ยนไปให้นมจากเต้านมอีกข้างหนึ่ง หากอาการยังไม่ดีขึ้นค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในแต่ละช่วงของ time block ให้นานขึ้น เป็น 4, 6, 8 หรือ 12 ชั่วโมง การทำในลักษณะนี้เพื่อให้มีน้ำนมค้างอยู่ในเต้านมข้างหนึ่ง เพื่อลดการสร้างน้ำนม วิธี block feeding อาจใช้ร่วมกับการบีบเก็บน้ำนม โดยช่วงเริ่มต้นให้บีบน้ำนมออก แนะนำให้ใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนมแบบสองข้าง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพดีกว่าการบีบน้ำนมด้วยมือ หลังจากนั้นให้ทารกดูดเต้าเพื่อที่จะได้น้ำนมส่วนหลัง (hindmilk) ที่มีปริมาณไขมันสูงจะได้มีมนาน หลังจากนั้นเริ่ม

ทำ block feeding หากมีอาการคัดตึงเต้านมมากจึงเริ่มทำการบีบเก็บน้ำนมออกอีกครั้ง การบีบเก็บน้ำนมไม่ควรทำบ่อยเนื่องจากเป็นกระตุ้นให้ร่างกายเพิ่มการสร้างน้ำนมด้วย

4. ในกรณีที่มีอาการมาก ไม่ดีขึ้นจากวิธีการเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันหรือเต้านมอักเสบหลายครั้ง อาจพิจารณาให้ยาเพื่อลดการสร้างน้ำนม เช่น ยาคุมกำเนิดฮอว์โมนรวม ยา pseudoephedrine เป็นต้น

5. สำหรับวิธีการรักษาอื่น ได้แก่ การดื่มชา peppermint หรือการนำใบกะหล่ำปลีใส่ไว้ด้านในของเสื้อใน อาจช่วยลดการผลิตน้ำนมได้ แต่ยังไม่มียหลักฐานทางวิชาการที่แน่ชัด

6. สำหรับมารดาที่ต้องกลับไปทำงานหลังคลอดบุตรในระยะเวลาอันสั้น อาจแก้ปัญหาโดยการบีบเก็บน้ำนมที่เหลือค้างเต้าเพื่อเก็บไว้ใช้ภายหลัง นอกจากนี้จะช่วยบรรเทาอาการคัดตึงเต้านมแล้วยังช่วยป้องกันปัญหามารดามีน้ำนมไม่เพียงพอหลังกลับไปทำงานอีกด้วย เพราะมารดาที่กลับไปทำงานเร็วอาจมีปริมาณน้ำนมที่ลดลงเนื่องจากความเหนื่อยล้าและขาดการกระตุ้นดูนมที่เพียงพอ สำหรับข้อดีอีกข้อหนึ่งที่พบในมารดาในกลุ่มนี้ คือ มารดาจะสามารถลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็วหลังคลอด เนื่องจากการผลิตน้ำนมปริมาณมากต้องใช้พลังงานมากขึ้น

7. ในกรณีที่คัดตึงเต้านมและมีความเจ็บปวดมากอาจให้ยาแก้ปวดแก่มารดาได้ เช่น ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs เป็นต้น

วิธีการปรับเปลี่ยนการให้นมบุตร ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ขณะนำทารกเข้าเต้าควรวางทารกไว้ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำหันหน้าเข้าหาเต้านมของมารดา ในขณะที่มารดานั่งเอนตัวไปทางด้านหลัง การเอาทารกเข้าเต้าในท่านี้ทำให้อัตราการไหลของน้ำนมช้าลงได้

2. ก่อนเริ่มให้นม มารดาอาจบีบน้ำนมออกจนกระทั่งกลไกให้นมพุ่ง (milk ejection reflex) ครั้งแรกลดลง น้ำนมไหลในอัตราที่ช้าลงจึงเริ่มให้นมทารก เพื่อลดปัญหาการสำลัก

3. ใช้ nipple shield ร่วมด้วยเวลาที่ให้นม เพื่อช่วยลดอัตราการไหลของน้ำนมให้ช้าลงและช่วยลดปัญหาการสำลักของทารกโดยเฉพาะช่วงแรกที่มีกลไกน้ำนมพุ่ง
4. ขณะให้นมควรจับทารกเธอเป็นระยะ และอาจให้ทารกพักดูดนมเป็นช่วงๆ หากน้ำนมไหลเร็ว
5. มารดาควรนวดเต้านมในบริเวณที่มีท่อน้ำนมอุดตัน หรือตำแหน่งที่มีน้ำนมเหลือควบคู่ไปกับการให้นมบุตร

เอกสารอ้างอิง

1. Walker M. Breastfeeding management for the clinician using the evidence. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2011.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Practical management of the mother-infant nursing couple. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p.232-82.
3. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. Int Breastfeed J. 2007;2:11.
4. Trimeloni L, Spencer J. Diagnosis and management of breast milk oversupply. J Am Board Fam Med. 2016;29:139-42.
5. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and human lactation. 4th ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2010.



บทที่ 22

การปั๊มนม

อภิวรรณ กองขาว

ความรู้พื้นฐาน⁽¹⁾

เต้านมของผู้หญิงทุกคน สามารถสร้างน้ำนมได้ใหม่ ไม่ว่าจะหยุดให้ทารกดูดหรือหยุดบีบเก็บน้ำนมไปนานเท่าไร และหากทำได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะสามารถกลับมาให้นมแม่ได้ โดยหลักการการกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโพรแลคติน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในการสร้างน้ำมนั้น สามารถทำได้โดยทั้งการให้ทารกดูดบีบกระตุ้นด้วยมือ หรือใช้เครื่องมือบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2-3 ชั่วโมงทั้งกลางวันและกลางคืน นานครั้งละ 10-15 นาที ร่วมกับมารดาต้องมีโภชนาการที่ดีและดื่มน้ำ 1-2 แก้วทุกครั้งหลังการให้นมหรือบีบเก็บน้ำนม การปั๊มนม (relactation) จะสำเร็จได้ จึงต้องอาศัยความเข้าใจกระบวนการสร้างน้ำนมอย่างถูกต้อง และความมุ่งมั่นตั้งใจจึงจะประสบความสำเร็จ

วงจรการสร้างน้ำนมในระยะที่ 3 หลังทารกอายุ 2 สัปดาห์นั้น เกิดขึ้นตลอดการดูดหรือการบีบเก็บน้ำนมในแต่ละครั้ง เริ่มต้นจากการกระตุ้นปลายประสาทที่ลานนมโดยการดูดของทารก หรือการบีบเก็บน้ำนมส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และต่อมใต้สมองส่วนหน้า ให้หลั่งฮอร์โมน

โปรแลคติน กระตุ้นต่อมน้ำนมให้สร้างน้ำนมขึ้น ในขณะที่เดียวกันกับที่ฮอร์โมน ออกซิโทซิน (oxytocin) จะถูกหลั่งเข้าสู่กระแสเลือดทันทีที่ลานนมถูกกระตุ้น และทำหน้าที่กระตุ้นเยื่อบุผิวที่เป็นเส้นใยกล้ามเนื้อ (myoepithelial cell) ที่อยู่รอบต่อมน้ำนมทำให้น้ำนมขับออกจากเต้าเกิดกลไกน้ำนมพุ่ง (milk ejection reflex) ควรกระตุ้นการสร้างน้ำนมทุกๆ 2-3 ชั่วโมง เพื่อให้มีการกระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง วงจรการสร้างน้ำนมจะลดลงในกรณีที่มารดา เครียด กังวล เจ็บปวด ดังนั้นการดูแลมารดาด้วยความเข้าใจ ให้ความมั่นใจและแก้ไขภาวะเจ็บปวดจึงมีความสำคัญ

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

มารดาที่ต้องการกู้น้ำมนั้น มักมีความตั้งใจที่ดี รู้ว่านมแม่มีประโยชน์ แต่ที่ผ่านมาประสบปัญหาแล้วไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จจนต้องยอมหยุดนมแม่และทิ้งความตั้งใจไป การให้คำแนะนำจึงไม่ใช่เพียงให้ความรู้ แต่ต้องช่วยวางแนวทางแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วย คือ

- สอบถามปัญหาที่ทำให้ต้องหยุดให้นมในครั้งก่อนว่าเกิดจากอะไร สามารถวางแผนแก้ไขอย่างไรได้บ้าง
- ให้กำลังใจแก่มารดาว่ากำลังทำสิ่งที่ถูกต้องและสำคัญต่อลูกเพื่อให้มารดา มีความมุ่งมั่นทำให้สำเร็จ
- การกู้น้ำนม มักต้องอาศัยกำลังกายและใจค่อนข้างมาก ในช่วงแรกมารดา อาจต้องอดนอน ดังนั้นในช่วงแรกหากเริ่มในช่วงวันหยุดหรือช่วงที่ว่างงานได้ น่าจะทำให้มารดามีโอกาสได้พักมากขึ้น
- ให้ความรู้แก่สามีและผู้ใกล้ชิดเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง เข้าใจถึงความจำเป็นและช่วยสนับสนุน
- สร้างความคาดหวังที่ถูกต้อง ว่าการกู้น้ำมนั้น แม้จะทำทุกอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว การที่น้ำนมจะเริ่มมาเมื่อไรนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ทารกหยุดดูดหรือหยุดบิบบเก็บน้ำนมไป ยิ่งหยุดไปนานก็จะมาช้า ดังนั้น 3 วันแรกอาจยังไม่มี

น้ำนมหรือปลายสัปดาห์แรกอาจยังได้เพียงซิมเป็นหยดเท่านั้น แต่จะมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้มารดาท้อและหยุดการกู้น้ำนม

- การใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนมเป็นเพียงส่วนเสริม โดยไม่อาจได้ผลหากมารดาไม่ได้อุ้มทารกเข้าเต้าหรือบีบกระตุ้นอย่างถูกต้องและมีความถี่เพียงพอตามข้อแนะนำ

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษา^(2,3)

- ควรให้ความรู้เรื่องโครงสร้างเต้านม กระบวนการสร้างและหลังน้ำนมให้มารดาเข้าใจก่อน

- การกระตุ้นการสร้างน้ำมนั้น สามารถทำได้โดย

1. ให้ทารกดูดจากเต้าอีกครั้ง อย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ หากที่ผ่านมามีปัญหาในการเข้าเต้า และอยู่ด้วยกันตลอดวัน แนะนำให้นำทารกเข้าเต้าอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทุก 2-3 ชั่วโมง นานครั้งละ 10-15 นาที วิธีนี้เป็นการกระตุ้นการสร้างน้ำนมที่ดีที่สุดและสะดวกที่สุด

2. พิจารณาการดูดของทารกใหม่หรือบีบเก็บน้ำนมแล้วป้อนให้ทารกกินนมด้วยวิธีอื่น ในกรณีที่มารดาเคยประสบปัญหาในการเข้าเต้าไม่สำเร็จ ทารกปฏิเสธเต้า หรือทารกติดจุกนมขวด การกู้น้ำนมสามารถทำได้ทั้งสองวิธี ขึ้นกับมารดาว่าจะกู้น้ำนมโดยพิจารณาการดูดของทารกใหม่หรือบีบเก็บน้ำนมแล้วป้อนให้ทารกกินนมด้วยวิธีอื่น โดยให้ข้อมูลถึงข้อดีข้อเสียของทั้ง 2 วิธี คือ

- 2.1 การให้ทารกดูดนมจากเต้า กระตุ้นการสร้างน้ำนมได้ดีที่สุดระยะยาว สะดวกสบายที่สุด เพราะมารดาได้พักผ่อนไปพร้อมทารก เป็นธรรมชาติ และมักทำให้ทารกได้รับนมแม่นานที่สุด ไม่ต้องซื้อหรือเตรียมอุปกรณ์ ข้อเสียคือช่วงแรกอาจต้องพบกับเหตุการณ์ที่ทารกร้องงอแงหรือปฏิเสธเต้า แต่ควรคิดว่าเป็นการให้โอกาสทารกได้เรียนรู้วิธีการดูดว่าทำอย่างไรน้ำนมจึงไหล ดังนั้น การที่ทารกได้ฝึกดูดบ่อยและสม่ำเสมอ ไม่ป้อนขวดบ้าง ดูดเต้าบ้าง ย่อมสำเร็จได้เร็วกว่า ในกรณีนี้การช่วยเหลือฝึกอุ้มเข้าเต้าและการอมหัวนมที่ถูกวิธีจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ

2.2 การบีบเก็บน้ำนม มีข้อดีคือ สามารถกระตุ้นได้บ่อยเท่าที่ต้องการ แม้มารดาและทารกต้องแยกกันก็สามารถทำได้ แม้ไม่อาจฝึกเต้าได้สำเร็จ หรือหัวนมแม่มีปัญหาจนทารกดูดไม่ได้ ทารกก็สามารถได้รับนมแม่ได้ ข้อเสียคือต้องซื้อและเตรียมอุปกรณ์เพื่อการบีบเก็บน้ำนม การจัดเก็บแช่แข็ง ต้องทำความสะอาดและเก็บน้ำนม รวมถึงนำน้ำนมมาอุ่นใช้อย่างสะอาดถูกวิธี

- เมื่อมารดาอยู่กับทารก ให้โอบกอดเนื้อแนบเนื้อให้บ่อยที่สุด
- ในระยะแรกสามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ
- การเสริมนม ในระยะแรกของการปั๊มนมซึ่งยังไม่มีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการ กรณีที่ทารกเข้าเต้าได้หรือกำลังฝึกทารกเข้าเต้า ควรเสริมนมแม่ที่บีบไว้หรือนมผงดัดแปลงสำหรับทารกด้วยวิธีที่ถูกต้อง เช่น การหยดหรือใช้ lactation aid

- ระหว่างให้นมหรือบีบเก็บน้ำนม มารดาควรผ่อนคลาย มองภาพถ่ายหรือวิดีโอของทารก ทำจิตใจให้สบาย ไม่เร่งรีบเกินไป เพื่อให้ปฏิกิริยาการขับน้ำนมสมบูรณ์ที่สุด

- การใช้ยาเพิ่มน้ำนม ยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ domperidone (Motilium®) ทำให้ปริมาณโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นได้ โดยมีข้อมูลว่าใช้ได้ผลในมารดาที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ หรือในกรณีที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด โดยใช้สำหรับในมารดาที่กระตุ้นอย่างเต็มที่ตามคำแนะนำนาน 2 สัปดาห์แล้วไม่ได้ผล สำหรับผลข้างเคียงพบมีรายงานน้อย แต่มีข้อควรระวังในมารดาที่เป็นโรคหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. กุสุมา ชูศิลป์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. การสร้างและการหลังน้ำนม. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, ภรณ์กาน์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์. บรรณาธิการ. เรียนรู้นมแม่จากภาพ (ฉบับประเทศไทย). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 25-32.

2. Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) Protocol Committee. Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). *Breastfeed Med.* 6(1):41-9.
3. World Health Organization. Relactation: review of experience and recommendations for practice. Geneva: WHO; 1998.



การใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม

วิธี ต้นตอประกา

ความรู้พื้นฐาน

สารกระตุ้นการสร้างน้ำนม (galactagogue, lactagogue) เป็นสารที่เชื่อกันว่าจะสามารถกระตุ้นให้เริ่มมีการสร้างน้ำนมแม่ ทำให้คงอยู่หรือมีปริมาณเพิ่มขึ้นได้⁽¹⁾ ซึ่งอาจเป็นยาหรือสารสังเคราะห์ต่างๆ รวมถึงอาหารและสมุนไพร ปัจจุบันมีการนำสารเหล่านี้มาใช้บ่อยขึ้นในแม่ที่มีปัญหาน้ำนมน้อย แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base) ที่ดีเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการใช้ยาและสารเหล่านี้ยังมีไม่มากนักเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่มีขนาดประชากรเล็กหรือมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการศึกษา^(1,2)

ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม (pharmaceutical galactagogue) ที่ใช้บ่อยมี 2 ตัวคือ domperidone และ metoclopramide ซึ่งเป็นยาแก้อาเจียนกลุ่ม dopamine antagonist สาร dopamine ทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่ง prolactin จากต่อม pituitary ยาที่ต้านฤทธิ์ dopamine จึงมีผลให้ระดับ prolactin เพิ่มสูงขึ้นได้

การให้ยา domperidone และ metoclopramide ทั้งในหญิงให้นมบุตร (lactating woman) และหญิงที่ไม่ได้อยู่ระหว่างให้นมบุตร (non-lactating woman)

สามารถทำให้ prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนหลักที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมมีระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วน่าจะทำให้การสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย แต่เนื่องจากการสร้างน้ำนมเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งทางกายภาพและจิตใจของมารดาโดยเป็นผลลัพธ์ของการทำงานของฮอร์โมนหลายตัวร่วมกัน ในการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมานั้นแม้จะพบว่าการใช้ยาทำให้ระดับ prolactin เพิ่มสูงขึ้นแต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นสัดส่วนโดยตรงกับปริมาณน้ำนมที่สร้าง^(1,2)

ข้อบ่งชี้การใช้ยากระตุ้นน้ำนม⁽¹⁾

1. มารดาที่มีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก
2. มารดาที่ทารกยังไม่สามารถดูดนมได้ ต้องบีบเก็บน้ำนมด้วยมือหรือเครื่องบีบเก็บน้ำนมมาหลายสัปดาห์และมีปัญหาปริมาณน้ำนมที่ได้ลดน้อยลง
3. มารดาที่หยุดการให้นมไปแล้วแต่ต้องการกลับมาให้ใหม่ (relactation)
4. หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์แต่ต้องการกระตุ้นให้เกิดการสร้างน้ำนม (adoptive breastfeeding)

ก่อนพิจารณาใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนมในทุกกรณีต้องคำนึงไว้เสมอว่าการดูแลรักษาภาวะน้ำมน้อยที่สำคัญที่สุดคือการช่วยแก้ไขที่สาเหตุทั้งด้านกายภาพของมารดาและทารก รวมถึงสาเหตุทางด้านจิตใจของมารดา เช่น การให้ทารกอมหัวนม ดูดนมหรือบีบเก็บนมไม่ถูกวิธี ทำให้น้ำนมออกได้ไม่เกลี้ยงเต้าหรือไม่บ่อยพอ ความเจ็บป่วยของมารดาและทารก ความเครียดวิตกกังวลของมารดา เป็นต้น

การใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนมไม่สามารถทดแทนการช่วยเหลือเหล่านี้ได้ และต้องใช้เป็นทางเลือกสุดท้ายหลังจากพยายามให้การช่วยเหลือเต็มที่แล้วยังไม่ได้ผล หากใช้ยาโดยไม่ได้จัดการแก้ไขสาเหตุเสียก่อนจะไม่สามารถเพิ่มน้ำนมได้ และเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาโดยไม่จำเป็น

Domperidone

ผลต่อการสร้างน้ำนม

การให้ยา domperidone ชนิดรับประทานแก่มารดาหลังคลอดที่มีน้ำนมน้อย สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมได้เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาหลอก⁽¹⁻⁴⁾ ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดซึ่งบีบเก็บน้ำนมให้ทารกที่ยังไม่สามารถดูดนมแม่ได้พบว่าช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมที่บีบได้ในระยะสั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่แสดงว่าการใช้ยามีผลดีต่ออัตราการให้นมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะยาว ส่วนในมารดาที่คลอดครบกำหนดซึ่งผ่าตัดคลอด มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาตั้งแต่วันแรกหลังคลอดเป็นเวลา 4 วันช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในการศึกษานี้กลุ่มที่ได้ยา มีปริมาณน้ำนมก่อนให้นมมากกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอยู่เล็กน้อยและไม่ได้ติดตามผลหลังการหยุดยา

การตอบสนองต่อยามีความแตกต่างกันมากน้อยในแต่ละคนและมีส่วนหนึ่งที่ไม่ได้ผล ในรายที่ตอบสนองดีปริมาณน้ำนมจะเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 2 หลังได้ยา

ขนาดยาและระยะเวลาที่ใช้

ขนาดที่ใช้คือชนิดรับประทาน 10-20 มิลลิกรัม วันละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 4-14 วัน แต่บางรายอาจต้องใช้ยานานหลายสัปดาห์ มีบางการศึกษาที่รายงานการใช้ที่นานถึง 6 สัปดาห์โดยไม่เกิดผลข้างเคียง

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาขนาด 20 และ 10 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง พบว่าขนาด 20 มิลลิกรัมเพิ่มปริมาณน้ำนมได้ดีกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อมีการสร้างน้ำนมได้ดีแล้วส่วนใหญ่สามารถหยุดการใช้ยาได้ แต่แนะนำให้ค่อยๆ ลดปริมาณยาลงโดยใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ก่อนหยุด เนื่องจากการหยุดยาทันทีอาจมีผลให้น้ำนมลดลง หากลดยาแล้วปริมาณน้ำนมน้อยลงให้ใช้ต่อในขนาดต่ำสุดที่มีการตอบสนองและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มึนงง ที่พบได้แต่ไม่บ่อยคือ คลื่นไส้ ปวดท้อง ถ่ายเหลว ผื่นคัน และชัก ส่วนผลข้างเคียงสำคัญที่แม้จะพบ

ได้น้อยมากแต่อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ซึ่งมีรายงานในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้อยู่แล้วและได้รับยาชนิดชนิดหรือรับประทานในขนาดสูง แม้จะยังไม่เคยมีรายงานในหญิงที่ใช้ยานี้เพื่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนมแต่มีคำแนะนำว่าการใช้ยาในขนาดสูงกว่า 80 มิลลิกรัมต่อวันหรือใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทั้งในมารดาและทารก รวมทั้งผู้ที่ได้รับยาซึ่งทำให้มี QT interval ยาวขึ้นหรือยาที่เป็น CYP3A4 inhibitors เช่น ยาในกลุ่ม quinolone, ketoconazole, fluconazole, macrolide, SSRI antidepressant, tricyclic antidepressant, salbutamol เป็นต้น ระหว่างการใช้ยาหากมีอาการที่อาจเป็นผลจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น มึนงง ใจสั่น เป็นลมหน้ามืดหรือชัก ต้องรีบพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุ

ผลต่อทารก

ยา domperidone สามารถผ่านออกมาในน้ำนมแม่ได้แต่มีระดับต่ำและยังไม่เคยมีรายงานถึงผลเสียที่เกิดกับทารก⁽⁴⁾

ข้อควรพิจารณา

การใช้ domperidone เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม ยังไม่ใช่ข้อบ่งชี้ที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แม้จะเป็นยาที่ใช้ได้ในประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย รวมทั้งประเทศไทยซึ่งมีข้อบ่งชี้ของยาเพื่อแก้อาเจียนและถูกนำมาใช้เพื่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนมกันอย่างแพร่หลาย แต่องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาไม่อนุญาตให้ใช้ยาตัวนี้รวมทั้งออกคำเตือนถึงอันตรายจากผลข้างเคียงของยานี้

แพทย์ผู้พิจารณาใช้ยา domperidone ควรให้คำอธิบายให้แก่มารดาทราบถึงความจำเป็น ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงของการใช้ยา ในบางประเทศแนะนำให้ลงนามในใบยินยอมรับทราบความเสี่ยงก่อนการให้ยาด้วย⁽¹⁾

Metoclopramide

ผลต่อการสร้างน้ำนม

ประสิทธิภาพในการเพิ่มการสร้างน้ำนมของ metoclopramide ไม่ชัดเจน^(1,3,5)

มีทั้งการศึกษาที่พบว่าได้ผลดีมากและไม่ได้ผล ในมารดาที่ตอบสนองดีจะพบว่า น้ำนมเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 3-4 หลังกินยา ส่วนในรายที่ไม่ตอบสนองน่าจะเป็นผู้ที่มีระดับ prolactin สูงอยู่แล้ว

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ domperidone และ metoclopramide พบว่ายาทั้งสองชนิดเพิ่มปริมาณน้ำนมได้ดีใกล้เคียงกัน⁽³⁾

ขนาดยาและระยะเวลาที่ใช้

ขนาดที่ใช้คือ ชนิดรับประทาน 10-15 มิลลิกรัม วันละ 3-4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 7-14 วัน ควรพิจารณาระยะเวลาที่ให้อาตามความเหมาะสมของแต่ละรายการหยุดยาทันทีอาจมีผลลดการสร้างน้ำนมลงได้มากจึงแนะนำให้ลดยาลงอย่างช้าๆ เช่น 10 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ ในกรณีที่ไม่สามารถหยุดยาได้ให้ปรับใช้ในขนาดต่ำสุดที่มีการตอบสนองเช่นเดียวกับการใช้ domperidone และเฝ้าระวังผลข้างเคียง

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่พบจากการใช้ยาระยะสั้นส่วนใหญ่เป็นผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งหายได้เมื่อหยุดยา เช่น ง่วงนอน วิดกกังวล กระสับกระส่าย ปวดท้อง ถ่ายเหลว dystonia และอาการผิดปกติของ extrapyramidal tract หากใช้ยานานอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีรายงานการเกิดภาวะ tardive dyskinesia ที่รักษาไม่หาย⁽⁵⁾

ผลต่อทารก

ยา metoclopramide ผ่านออกมาในน้ำนมแม่ได้ในระดับต่ำ ยังไม่มีรายงานการพบผลข้างเคียงที่รุนแรงในทารก⁽⁵⁾

ข้อควรพิจารณา

องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้ใช้ยาตัวนี้ได้แต่มีคำเตือนให้ระวังเรื่องการเกิด tardive dyskinesia ถ้าใช้ยาวนานกว่า 3 เดือน ในประเทศอื่นๆ การใช้ยาตัวนี้ได้รับความนิยมน้อยกว่า domperidone เนื่องจากพบ

ผลข้างเคียงได้บ่อยกว่าโดยเฉพาะภาวะซีมเศร่าในมารดาซึ่งพบได้บ่อยอยู่แล้วใน
ระยะหลังคลอดซึ่งการใช้ยานี้อาจทำให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol # 9: Use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011;6:41-9.
2. Paul C, Zenut M, Dorut A, Coudore MA, Vein J, Cordot JM, et al. Use of domperidone as a galactagogue drug: A systematic review of the benefit-risk ratio. *J Hum Lact.* 2015;31(1);57-63.
3. Ingram J, Taylor H, Churchill C, Pike A, Greenwood R. Metoclopramide or domperidone for increasing maternal breast milk output: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97:F241-5.
4. Hale T. Domperidone. In: Hale T, editor. *Medication and mother's milk.* 15th ed. Texas: Hale Publishing; 2012. p.357-60.
5. Hale T. Metoclopramide. In: Hale T, editor. *Medication and mother's milk.* 15th ed. Texas: Hale Publishing; 2012. p.766-9.

บทที่ 24



มารดาที่มีโรคประจำตัว

บุษภา ไพบรพีชฎีเชียร

ความรู้พื้นฐาน

โรคทางอายุรกรรมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร โดยเฉพาะในปัจจุบันที่หญิงวัยเจริญพันธุ์มีบุตรเมื่ออายุมากขึ้นและวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พัฒนามากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่งผลให้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น การมีโรคประจำตัวอาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์และการให้นมบุตรทั้งจากภาวะของโรคเองและยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรค

โรคที่เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตรนั้นมีน้อย⁽¹⁾ ได้แก่ การติดเชื้อ HIV, มารดาที่เป็นวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาและมารดาที่อยู่ในระหว่างการรักษามะเร็งเต้านม สำหรับมารดาที่เป็นโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น ตับอักเสบบี ตับอักเสบซีและการติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV) สามารถให้นมบุตรได้ ส่วนมารดาที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถให้นมได้หากไม่มีรอยโรคที่บริเวณเต้านม

นอกจากนี้มารดาที่อยู่ระหว่างได้รับยารักษาโรคมะเร็งหรือยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ เช่น cyclophosphamide, cyclosporine, doxorubicin, methotrexate และ mycophenolate เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร โดยการเว้นระยะการให้นมบุตรขึ้นอยู่กับชนิดของยา

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

1. โรคที่เป็นมีข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการให้นมบุตรหรือไม่
2. ยารักษาโรคที่สามารถใช้ได้ และยาที่ควรหลีกเลี่ยงในระยะให้นมบุตร

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

โรคความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ยกเว้นกรณีที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น มีอาการชักจากครรภ์เป็นพิษ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเป็นอุปสรรคในการให้นมบุตร แต่เมื่อภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นดีขึ้นแล้วควรได้รับการกระตุ้นให้เริ่มต้นการให้นมบุตรโดยเร็ว

ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษได้แก่

- Magnesium sulfate ใช้ป้องกันการชักในหญิงที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยสามารถให้นมบุตรได้^(2,3)

- Beta blockers อาจใช้เพื่อลดความดันโลหิตในระยะหลังคลอด สำหรับ propranolol, metoprolol, labetalol ไม่มีรายงานว่าเกิดผลข้างเคียงในทารก แต่ควรมีการเฝ้าระวังผลของการมี beta-blockade เช่น หัวใจเต้นช้า กดการหายใจ น้ำตาลในเลือดต่ำ⁽²⁾ ส่วนยา acebutolol และ atenolol มีรายงานว่าอาจทำให้ทารก หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำได้ ควรใช้ด้วยความระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงไปใช้ยาอื่นแทนในระหว่างให้นมบุตร^(2,4)

- Calcium channel blockers ได้แก่ nifedipine, verapamil และ diltiazem ผ่านออกทางน้ำนมน้อยและไม่มีความเสี่ยงถึงผลข้างเคียงในทารก สามารถใช้ได้^(2,5) แต่ nifedipine ไม่มีข้อมูลรายงานเพียงพอ⁽²⁾

- Hydralazine และ methyldopa เป็นยาลดความดันโลหิตที่ใช้บ่อยในระยะตั้งครรภ์ สามารถใช้ในระยะให้นมบุตรได้อย่างปลอดภัย

- Diuretics เช่น furosemide และ hydrochlorothiazide สามารถใช้ได้ อย่างปลอดภัย

- Angiotensin-converting-enzyme inhibitors (ACEI) เช่น enalapril และ captopril เป็นยาที่ก่อความผิดปกติในทารกหากใช้ในขณะตั้งครรภ์ แต่ในระยะให้นมบุตรพบว่ามีการขับออกทางน้ำนมในปริมาณน้อย สามารถใช้ได้^(2,3)

โรคเบาหวาน การให้นมบุตรมีผลดีหลายอย่างต่อมารดา ในมารดาที่เป็นเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) พบว่าการให้นมบุตรช่วยลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานในอนาคต ส่วนในมารดาที่เป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์พบว่า การให้นมบุตรส่งผลดีต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ทารกด้วย⁽³⁾

มารดาในกลุ่มที่เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์มักจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลต่อในระยะหลังคลอด ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคเบาหวานได้แก่

- Metformin มีการขับออกในน้ำนมในปริมาณน้อย และไม่พบรายงานว่ามีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของทารก⁽²⁾
- Insulin เป็นฮอร์โมนที่มีตามธรรมชาติและถูกขับออกมาในน้ำนมได้ โดยเชื่อว่ามีประโยชน์ต่อทารกสามารถใช้ในระยะให้นมบุตรได้⁽²⁾
- Sulfonylurea เช่น glipizide มีข้อมูลจำกัดโดยพบว่าขับออกในน้ำนมในปริมาณน้อยและไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของทารก สามารถใช้ได้ ส่วน glimepiride ไม่มีข้อมูลการศึกษาในมนุษย์ อาจพิจารณาให้เปลี่ยนใช้ยาอื่นแทนในระยะที่ให้นมบุตร⁽²⁾

โรคของต่อมไทรอยด์ เป็นโรคที่พบได้บ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยทั่วไปไม่เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตรแต่อาจมีข้อควรระวังในเรื่องของการรักษาที่ได้รับและควรเฝ้าระวังค่าการทำงานของต่อมไทรอยด์ในทารกซึ่งอาจมีความผิดปกติได้ จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองและเฝ้าติดตามอย่างเหมาะสม นอกจากนี้มารดาควรได้รับการเสริมไอโอดีนอย่างเพียงพอทั้งในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร โดยอาจรับประทานวิตามินบำรุงครรภ์ที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนต่อไปในระยะให้นมบุตรด้วย⁽³⁾

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคของต่อมไทรอยด์ ได้แก่

- Methimazole และ propylthiouracil สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย⁽²⁾
- Radioactive iodine เป็นยาที่ห้ามใช้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร⁽³⁾

เพราะมีการขับออกมาทางน้ำนมซึ่งอาจมีอันตรายต่อทารก นอกจากนี้บริเวณเต้านมจะได้รับรังสีเพิ่มขึ้นกว่าปกติซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อมารดา หากจำเป็นต้องใช้ควรมีการเตรียมตัวหยุดให้นมเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเริ่มรักษา⁽¹⁾

- Levothyroxine ขับออกทางน้ำนมในปริมาณต่ำ ไม่มีผลต่อทารก สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย⁽²⁾

โรคหัวใจ อาจเป็นได้ทั้งโรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง ในบางรายอาจได้รับการรักษามาก่อนหรืออาจตรวจพบในระหว่างตั้งครรภ์ โรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงและในระยะหลังคลอดมารดาอาจอยู่ในภาวะวิกฤต ได้รับยาหลายชนิด ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรืออยู่ในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้นมบุตร แต่เมื่อมารดามีอาการคงที่ขึ้นก็สามารถเริ่มให้นมบุตรได้โดยอาจใช้การบีบเก็บนมหรือให้ดูดนมจากเต้าหากสามารถทำได้ โดยควรเฝ้าระวังไม่ให้มารดารู้สึกเหนื่อยจนเกินไป

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจ ได้แก่ ^(2,5)

- ยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ
 - Adenosine ไม่มีการศึกษาในมนุษย์ แต่มี half-life สั้นจึงคาดว่าไม่ผ่านไปในน้ำนม
 - Amiodarone เป็นยาที่มีข้อห้ามใช้ในขณะตั้งครรภ์ ในน้ำนมพบว่ามียาผ่านไปได้ และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไทรอยด์ต่ำในทารก จึงไม่ควรใช้ในหญิงให้นมบุตร
 - Digoxin สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร
- ยาต้านการทำงานของเกร็ดเลือด/ต้านการแข็งตัวของเลือด

- Aspirin ขับออกทางน้ำนมน้อยแต่มีข้อมูลการศึกษาจำกัดและมีรายงานของทารกหนึ่งรายที่เกิดผลเสียจากการใช้ยาในมารดา ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง
- Clopidogrel ไม่มีการศึกษาในมนุษย์ แต่แนะนำว่าสามารถใช้ได้
- Heparin ไม่ขับออกทางน้ำนม สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย
- Warfarin ไม่ขับออกทางน้ำนม สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

โรคหอบหืด/ภูมิแพ้ หากมารดาไม่มีอาการกำเริบที่รุนแรงสามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่โดยเฉพาะยาชนิดพ่นทั้ง corticosteroid และ beta2-agonist นั้นขับออกทางน้ำนมในปริมาณน้อย สามารถใช้ได้^(2,3) สำหรับยาชนิดรับประทานที่ใช้บ่อยได้แก่

- Theophylline สามารถใช้ได้ แต่มีรายงานว่าอาจเกิดผลข้างเคียงในทารกได้ เช่น อาเจียน กระสับกระส่าย หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวิว จึงควรสังเกตอาการข้างเคียงดังกล่าวในทารก
- Prednisolone สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยเนื่องจากยาที่ขับออกทางน้ำนมมีปริมาณน้อย อย่างไรก็ตามในมารดาที่ได้รับยามากกว่า 20 มก./วัน อาจแนะนำให้เว้นระยะ 4 ชั่วโมงหลังรับประทานยาก่อนที่จะให้นมบุตร
- Antihistamine เช่น chlorpheniramine, loratadine และ cetirizine สามารถใช้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Briggs GG, Freeman RK, editors. Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.

3. Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. Creasy & Resnik's maternal-fetal medicine principles and practice. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.
4. อิตินันท์ ตัณสถิตย์, ศุภวิทย์ มุตตามระ. การให้ยาแก่แม่ระยะให้นมลูก. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรวิฑู, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 147-52.
5. The task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). ESC guideline on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2011; 32:3147-97.

บทที่ 25

มารดาที่ได้รับการผ่าตัด

บุษภา เพชรพีระชัย

ความรู้พื้นฐาน

มารดาที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตรอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดด้วยข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปการให้นมบุตรไม่ได้เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดและการผ่าตัดก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตรเช่นกัน อย่างไรก็ตาม มารดาอาจมีความกังวลถึงผลกระทบจากการใช้ยาระหว่างการผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อช่วยในการเตรียมตัวดูแลทารกในระหว่างที่มารดาได้รับการผ่าตัด

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

ผลของยาสลบ (general anesthesia) ยาที่ใช้ระงับปวดและระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดจะถูกกำจัดออกจากกระแสเลือดของมารดาอย่างรวดเร็วหลังการผ่าตัด การที่มารดากลับมาที่มีความรู้สึกตัวตื่นดีใกล้เคียงปกติ แสดงถึงการที่ระดับยาในเลือดลดลงอย่างมากจึงสามารถให้นมบุตรได้อย่างปลอดภัย ไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องบิบนมทิ้งหรือดัดให้นมบุตรในระยะหลังผ่าตัดยกเว้นในกรณีที่



เป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนดและมีปัญหาเรื่องการหยุดหายใจ (apnea) เนื่องจากยาอาจส่งผลกับการหายใจได้แม้จะมีปริมาณน้อย⁽¹⁾

ผลของยาระงับปวดเฉพาะที่ (local anesthesia) มารดาที่ได้รับการระงับปวดด้วยยาชาเฉพาะที่ เช่น การฉีดยาชาบริเวณผิวหนัง การฉีดยาชาเพื่อทำฟัน หรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ⁽²⁾ ยกเว้นกรณีที่มีการใช้ยาชาเฉพาะที่ในปริมาณมาก เช่น การดูดไขมัน อาจแนะนำให้งดการให้นมและปั๊มนมทิ้งเป็นเวลา 12 ชั่วโมง⁽¹⁾

ผลของยาระงับปวดในระยะหลังผ่าตัด ยาส่วนใหญ่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในระยะให้นมบุตร ไม่ว่าจะเป็น paracetamol, ยากลุ่ม opioid เช่น morphine และ pethidine, กลุ่ม NSAIDs เช่น ibuprofen, naproxen, diclofenac และ celecoxib^(1,2) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก 5 ยาที่ใช้บ่อยในมารดาที่ให้นมบุตร)

มารดาที่ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม แนะนำให้งดการให้นมบุตรก่อนการผ่าตัดเพื่อลดการไหลเวียนเลือดของเลือดที่ไปยังเต้านม⁽³⁾ สำหรับการให้นมในระยะหลังผ่าตัดจะขึ้นกับแผนการรักษา แต่โดยมากมักมีการรักษาที่ใช้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร

มารดาที่เคยได้รับการผ่าตัดเต้านม เช่น การผ่าตัดเนื้องอก การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์เต้านมไว้ สามารถให้นมบุตรได้แต่อาจต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้บ่อยขึ้นจากการที่มารดามีกายวิภาคของเต้านมที่ผิดปกติไป เช่น การรับรู้ความรู้สึกที่บริเวณหัวนมลดลงหรือมีพังผืดที่บริเวณหัวนมซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูดนมของทารก และอาจพบปัญหาท่อ้านมอุดตันได้บ่อย⁽⁴⁾ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรใส่ใจให้ความช่วยเหลือ เฝ้าระวัง และแนะนำการแก้ปัญหาในมารดากลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

1. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่ว่าจะใช้ยาสลบหรือยาชาเฉพาะที่สามารถให้นมบุตรได้ทันทีหลังจากการผ่าตัดสิ้นสุดลงและมารดาอยู่ในสภาวะที่

ปลอดภัยและมีระดับความรู้สึกตัวปกติ กรณีทารกเกิดก่อนกำหนดและมีปัญหา apnea อาจต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ

2. แนะนำให้มารดาให้นมบุตรก่อนเข้ารับการผ่าตัดและเตรียมบีบเก็บน้ำนมไว้ล่วงหน้าสำหรับทารกในระหว่างที่มารดากำลังรับการผ่าตัด ในกรณีที่การผ่าตัดอาจใช้เวลานานหรือมารดาไม่พร้อมให้นมบุตรในทันทีหลังผ่าตัด

3. ควรให้ความมั่นใจแก่มารดาว่ายาที่ใช้ระงับปวดหลังผ่าตัดมีความปลอดภัยกับทารก สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ

4. มารดาที่เคยผ่าตัดบริเวณเต้านม ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในการเริ่มต้นให้นมบุตร และมีการติดตามเพื่อแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

5. มารดาที่เป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการรักษา ควรงดให้นมบุตร

เอกสารอ้างอิง

1. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed med.* 2012;7:547-53.
2. Briggs GG, Freman RK, editors. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk.* 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
3. Cancer.gov [homepage on the internet]. National Cancer Institute. Breast cancer treatment and pregnancy. [updated 2015 Oct 21; cited 2016 Jan 9]. Available from: http://www.cancer.gov/types/breast/patient/pregnancy-breast-treatment-pdq#section/_63
4. Camune B, Gabzdyl E. Breast-feeding after breast cancer in childbearing women. *J Perinatal Nurs.* 2007;21:225-33.



บทที่ 26

มารดาที่ได้รับรังสีรักษา

บุษณา เพชรพิชญ์เชียร

ความรู้พื้นฐาน

โรคมะเร็งหลายชนิดพบได้ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ซึ่งอาจอยู่ในระยะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร การรักษามักต้องใช้หลายวิธีร่วมกันได้แก่ การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) รังสีรักษา (radiotherapy) และธาตุกัมมันตภาพรังสี (radioactive elements)

การใช้รังสีรักษาหรือการฉายแสงเป็นการฉายรังสีพลังงานสูงไปยังบริเวณที่เป็นมะเร็งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ ใช้รักษามะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม เป็นต้น ส่วนธาตุกัมมันตภาพรังสีนั้นเป็นสารที่จะให้รังสีออกมาจากอวัยวะที่สารถูกดูดซึมเข้าไปเพื่อให้เกิดผลในการรักษา ที่ใช้แพร่หลายคือการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์และโรคไทรอยด์เป็นพิษในบางกรณี

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

- **มารดาที่ได้รับรังสีรักษา**

- การรักษามะเร็งเต้านม โดยทั่วไปการรับรังสีรักษาที่บริเวณเต้านม ไม่ได้เป็นข้อห้ามโดยตรงในการให้นมบุตร⁽¹⁾ แต่ผู้ป่วยมักได้รับรังสีรักษาพร้อมกับการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งจะเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ในบางกรณีที่มีมารดาได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวสามารถให้นมบุตรได้ แต่ควรระวังปัญหาที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา เช่น การอักเสบเป็นแผลของผิวหนัง การบวมของเนื้อเยื่อ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

- การรักษามะเร็งในตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่เต้านม สามารถให้นมบุตรได้ แต่ควรคำนึงถึงการรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกันด้วยเช่นเดียวกับกรณีมะเร็งเต้านม

- **มารดาที่ได้รับธาตุกัมมันตภาพรังสี** เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร เนื่องจากมีการขับออกมาในน้ำนมซึ่งจะทำให้ทารกได้รับอันตรายจากกัมมันตภาพรังสีได้⁽²⁾

- กรณีที่ใช้ธาตุกัมมันตภาพรังสีเพื่อการวินิจฉัยในขนาดต่ำ ควรงดการให้นมบุตรและบิบนมทิ้งชั่วคราว ระหว่างนั้นควรให้รับประทานนมแม่ที่บิบเก็บไว้ล่วงหน้า สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะต้องงดให้นมบุตรนั้นจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์เพื่อคำนวณจากปริมาณธาตุกัมมันตภาพรังสีที่ได้รับ

- กรณีที่ใช้ธาตุกัมมันตภาพรังสีในขนาดสูงเพื่อการรักษา เช่น การรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วย Iodine-131 เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตรเนื่องจากมีอันตรายต่อทารก นอกจากนี้ยังทำให้ Iodine-131 ไปสะสมที่บริเวณเต้านมปริมาณมากซึ่งเป็นอันตรายต่อมารดา จึงแนะนำให้มารดาเตรียมตัวงดการให้นมบุตรอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเริ่มการรักษาด้วยวิธีนี้⁽³⁾

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

1. การได้รับรังสีรักษาไม่เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตรแต่มีข้อควรระวังกรณีได้รับการรักษาที่บริเวณเต้านม

2. ควรคำนึงถึงการรักษาอื่นที่มารดาได้รับด้วยเสมอโดยเฉพาะยาเคมีบำบัดซึ่งจะเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร

3. ควรงดให้นมบุตรในมารดาที่ได้รับธาตุกัมมันตภาพรังสี ระยะเวลาที่งดขึ้นกับชนิดและขนาดของธาตุกัมมันตภาพรังสีที่ได้รับ

4. กรณีที่มารดาต้องงดการให้นมบุตรชั่วคราวควรแนะนำให้บีบเก็บน้ำนมเตรียมไว้ล่วงหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer.gov [homepage on the internet]. National Cancer Institute. Breast cancer treatment and pregnancy. [updated 2015 Oct 21; cited 2016 Jan 9]. Available from: http://www.cancer.gov/types/breast/patient/pregnancy-breast-treatment-pdq#section/_63
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001;108:776-89.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editors. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.



บทที่ 27

ข้อควรปฏิบัติ เมื่อมารดาและการกต้อแยกจากกัน

บุรณี เศวตสุทธิพันธ์

ความรู้พื้นฐาน

ทารกบางรายมีความจำเป็นต้องแยกจากมารดามาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) หรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (sick newborn unit) ด้วยปัญหาเกิดก่อนกำหนด มีภาวะเจ็บป่วยหรือต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน (readmission) หรือมารดาบางรายมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เมื่อมารดาและทารกต้องแยกจากกัน ปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้แก่ มารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของทารกหรือบีบเก็บน้ำนมไม่ถูกวิธีจะทำให้ไม่มีน้ำนมหรือปริมาณน้ำนมที่เก็บได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก มารดาบางรายที่น้ำนมไหลต้อยอยู่แล้ว เมื่อถูกแยกจากทารก อาจมีปัญหาเต้านมคัดเพราะไม่ได้ระบายน้ำนมออกอย่างถูกวิธี มารดาบางรายอาจ ประสบปัญหาในช่วงการฝึกให้ทารกดูดนมแม่จากเต้า เป็นต้น หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้คำปรึกษาและแนะนำได้อย่างถูกต้องจะส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึง

เมื่อทารกถูกแยกจากมารดาและไม่ได้รับการดูแลสนับสนุนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง จะทำให้ทารกได้รับนมแม่ปริมาณน้อยลง ได้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกมากขึ้นจนทำให้เกิดการหย่านมแม่เร็วขึ้น และส่งผลดังต่อไปนี้

- ปัญหาสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาวของทารก เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (extremely low birth weight) ที่ได้รับนมผงดัดแปลงสำหรับทารกมีโอกาสติดเชื้อและมีภาวะลำไส้อักเสบเน่าตาย (necrotizing enterocolitis) มากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่⁽¹⁾

- ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่จะมีพัฒนาการด้านอารมณ์ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อดีขึ้นแปรผันตามปริมาณของน้ำนมแม่ที่ได้รับ ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ลดลง อาจส่งผลทำให้พัฒนาการไม่ดีเทียบเท่าทารกที่ได้รับปริมาณนมแม่มากกว่า

- ระดับเขาวนปัญญาของทารกที่ได้รับนมแม่นานอย่างน้อย 6 เดือนสูงกว่าทารกที่ได้รับนมผงดัดแปลงสำหรับทารก

ดังนั้นแพทย์ควรให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้ทารกเหล่านี้ได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

1. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาและครอบครัวตั้งแต่ช่วงการฝากครรภ์ (prenatal counselling) เกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์ของนมแม่ และการบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี โดยเฉพาะมารดาที่มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของนมแม่ สามารถเริ่มบีบเก็บน้ำนมได้โดยเร็วหลังคลอด

2. ในกรณีที่ทารกถูกแยกจากมารดาหลังเกิดเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ให้มารดาเริ่มบิบบเก็บน้ำนมโดยเร็วหลังคลอด (ภายใน 6 ชั่วโมง) อาจใช้วิธีบิบบเก็บน้ำนมด้วยมือหรือใช้เครื่องบิบบเก็บน้ำนมไฟฟ้า ในช่วงแรกที่ได้น้ำนมปริมาณน้อย ควรเก็บน้ำนมโดยใช้กระบอกฉีดยาขนาดเล็กเป็นที่เก็บน้ำนม หลังจากนั้นเมื่อได้น้ำนมปริมาณมากขึ้นจึงเปลี่ยนมาใช้ภาชนะที่เหมาะสมต่อไป

2.2 ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก ให้มารดาบิบบเก็บน้ำนมบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง วันละ 8-10 ครั้ง อาจเพิ่มความถี่ของการบิบบเก็บในช่วงกลางวัน เพื่อลดจำนวนของการบิบบเก็บในช่วงกลางคืน แต่ไม่ควรทิ้งระยะห่างนานเกิน 4-5 ชั่วโมง⁽²⁾

2.3 ระหว่างที่ทารกอยู่ในหอผู้ป่วย ควรให้มารดาได้มีโอกาสอุ้มสัมผัสทารก (kangaroo care) แบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) เป็นเวลาอย่างน้อย 60-90 นาทีต่อวัน เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวลของมารดาและเพิ่มปริมาณน้ำนมรวมถึงระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังกลับจากโรงพยาบาล⁽³⁾

2.4 โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิด ควรมีวิธีปฏิบัติสำหรับการเก็บน้ำนมเมื่อยังเหมาะสมเพื่อคงสภาพน้ำนม ลดการปนเปื้อนเชื้อโรคและลดโอกาสผิดพลาดการให้นมแก่ทารกแต่ละราย เช่น มีการระบุชื่อและนามสกุลของมารดา วันที่และเวลาที่เก็บน้ำนมอย่างชัดเจนที่ภาชนะเก็บน้ำนมแนะนำวิธีการนำน้ำนมที่เก็บไว้มาโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง

2.5 ควรมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านนมแม่ในโรงพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือมารดาด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ รวมทั้งจัดหาสถานที่ อุปกรณ์สำหรับบิบบเก็บน้ำนม ให้มารดาสามารถบิบบเก็บน้ำนมในโรงพยาบาลได้ และอำนวยความสะดวกในการจัดหาเครื่องบิบบเก็บน้ำนมไฟฟ้าหรือแนะนำวิธีการบิบบเก็บน้ำนมด้วยมือให้มารดาสามารถกลับไปบิบบเก็บน้ำนมด้วยตัวเองที่บ้านได้

2.6 หลีกเลี่ยงการบิบบนมทารกด้วยจุกนม ควรบิบบด้วยช้อนหรือถ้วย เพื่อหลีกเลี่ยงอาการสับสนระหว่างหัวนมแม่และจุกนมปลอม (nipple confusion)

3. ในกรณีที่ทารกถูกแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังจากที่มารดามีน้ำนมไหลดีแล้ว ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ควรจัดหาสถานที่ให้มารดาอยู่กับทารกเพื่อให้มารดาสามารถให้นมแก่ทารกได้อย่างต่อเนื่องตามที่ทารกต้องการ

3.2 ถ้าไม่สามารถจัดหาสถานที่ให้มารดาอยู่กับทารกได้ ควรจัดหาสถานที่อุปกรณ์บีบเก็บน้ำนมให้มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมในโรงพยาบาลได้

3.3 ถ้าทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้าควรสอนวิธีการบีบเก็บน้ำนมให้เกลี้ยงเต้าเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเต้านมคัดหรือเต้านมอักเสบ และเพื่อคงสภาพการสร้างน้ำนมของมารดาเอาไว้

3.4 หลีกเลี่ยงการใช้จุกนมบ่อนนมแก่ทารก

4. ในกรณีที่สามารถวางแผนล่วงหน้าว่าจะมีการแยกมารดาจากทารก เช่น มารดาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดชนิดที่นัดไว้ล่วงหน้า (elective surgery) ควรให้คำแนะนำแก่มารดาให้บีบเก็บน้ำนมบ่อยขึ้นในช่วง 1-2 สัปดาห์ล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมสะสม⁽⁵⁾ และสามารถนำมาให้แก่ทารกได้ในขณะที่มารดาอยู่โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Section on breastfeeding. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129:e827-41.
2. Kuhn KS, Kuhn MJ. Breastfeeding your premature or sick baby: getting started. *J Hum Lact*. 2010;24:417-8.
3. Kuhn KS, Kuhn MJ. ILCA's inside track: a resource for breast feeding mother: Kangaroo care for your premature or sick baby. *J Hum Lact*. 2011;27:66-7.
4. Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, Misso K, Stenhouse E, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care health Dev*. 2010;36:165-78.
5. American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. 2nd ed. US; 2014.



การก้น้ำหนักลดลงมากหลังเกิด

วัชรีย์ ตันติประภา

ความรู้พื้นฐาน

ทารกปกติทุกคนจะมีน้ำหนักตัวลดลงในสัปดาห์แรกหลังเกิด สาเหตุหลักเกิดจากการขับสารน้ำนอกเซลล์ (extracellular water) ออกไปทางปัสสาวะ ร่วมกับการที่นมแม่ยังมีปริมาณน้อยและการขับถ่ายขี้เทาของทารก ใน 3 วันแรกทารกครบกำหนดที่กินนมแม่อย่างเดียวจะมีน้ำหนักลดลงต่ำสุดเฉลี่ยร้อยละ 6⁽¹⁻³⁾ ทารกที่กินนมแม่ได้ดีหลังอายุ 3 วันไปแล้วน้ำหนักจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนกลับมาเท่ากับแรกเกิดภายในเวลา 1-3 สัปดาห์ ทารกที่เกิดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดและทารกที่มารดาได้รับสารน้ำในปริมาณมากระหว่างการคลอดจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าเนื่องจากสารน้ำที่ให้แก่มารดาจะทำให้ทารกมีสารน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าและมีน้ำหนักเพิ่มกลับมาเท่ากับแรกเกิดได้ช้ากว่าทารกเกิดครบกำหนด

ทารกที่มีน้ำหนักลดลงมากเกินไป คือทารกที่น้ำหนักหลังเกิดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของน้ำหนักแรกเกิด อุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักลดลงมากเกินไปในทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 35 สัปดาห์ขึ้นไป พบประมาณร้อยละ 5-12^(1,2-4)

ทารกเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) และภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia)

การกินนมแม่ที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดภาวะตัวเหลืองรุนแรงจนสมองทำงานผิดปกติจากพิษของบิลลิรูบิน (bilirubin encephalopathy) ได้⁽²⁾ ส่วนภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremic dehydration) นั้น มักจะมีอาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือ ตัวเหลือง รองลงมาคือดูดนมได้น้อย บิสสาวะออกน้อย บางรายมีบิสสาวะสีส้มแดง ในรายที่รุนแรงมาก ทารกอาจมีไข้ ซึม ชัก เลือดออกในสมอง ไตวาย หัวใจเต้นช้าหรือหยุดหายใจได้⁽⁵⁾

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการมีน้ำหนักตัวลดลงมากในระยะแรกหลังเกิดสำหรับทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวคือ การที่ทารกได้รับนมไม่พอเพียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากการจัดท่าอุ้มให้นม (positioning) และการอมหัวนม (latch on) ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการให้นมแม่ไม่บ่อยพอเนื่องจากทารกหลับมาก การใช้จุกนมปลอมและการให้ทารกกินน้ำระหว่างมื้อนม เป็นผลให้มารดาสร้างน้ำนมได้น้อยหรือมีน้ำนมแต่ทารกกลับสนหัวนม ดูดนมแม่ไม่เต็มใจได้ไม่รับนมเพียงพอ อย่างไรก็ตาม ควรตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดด้วยเสมอและตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อหาสาเหตุและความเจ็บป่วยอื่นที่ทำให้ทารกกินนมแม่ได้ไม่ดีด้วย

ทารกที่มีความเสี่ยงซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวังหากให้กินนมแม่อย่างเดียว⁽⁴⁾ ได้แก่

- ทารกที่เกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์และทารกน้ำหนักตัวน้อย
- ทารกแฝด
- ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น มีการติดเชื้อ มีภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น
- ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อการดูดนม เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ โรคหัวใจ หรือโรคทางสมอง

- ทารกที่เกิดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด และทารกที่มารดาได้รับสารน้ำปริมาณมากในระหว่างการคลอด
- ทารกที่เกิดจากมารดาครรภ์แรก อายุน้อยขาดประสบการณ์ในการให้นมแม่
- ทารกที่มารดามีความผิดปกติของเต้านมและหัวนม เคยผ่าตัดเต้านมหรือมีโรคที่ทำให้มีการสร้างน้ำนมได้ไม่ดี
- ทารกที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยทั้งก่อนและหลังคลอด เช่น ใช้ระยะเวลาคลอดนาน มีปัญหาตกเลือด รกค้าง หรือติดเชื้ เป็นต้น

การประเมิน

ทารกที่มีน้ำหนักลดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ควรได้รับการประเมินว่าได้รับนมเพียงพอหรือไม่และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁽²⁻⁵⁾

การประเมินทารก

1. ประเมินอาการทั่วไปของทารก เช่น ซึม ร้องกวนงอแง ตัวเหลือง ภาวะขาดน้ำ เป็นต้น
2. ตรวจหาความผิดปกติที่อาจช่วยบ่งชี้โรคจำเพาะเช่น hypothyroidism ความพิการหรือผิดปกติต่างๆ
3. ตรวจในช่องปากทารกดูภาวะลิ้นติด (tongue tie)
4. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะของทารกทั้งจำนวนครั้ง สี และปริมาณ

เมื่ออายุ 4 วัน ทารกที่ได้รับนมแม่พอเพียงควรถ่ายปัสสาวะเต็มผ้าอ้อม 4-6 ครั้ง/วัน และถ่ายอุจจาระ 3-4 ครั้ง/วัน โดยอุจจาระจะเริ่มเปลี่ยนจากซีเทาเป็นสีเหลืองภายใน 3-4 วันหลังเกิด ส่วนปัสสาวะที่มีตะกอนสีส้มแดงแสดงว่ามีภาวะขาดน้ำจนปัสสาวะเข้มข้นมากเกิดมีผลึกของยูเรต (urate crystal) ขึ้น

การประเมินเต้านมและหัวนมมารดา

1. ตรวจลักษณะเต้านมประเมินว่าเต้านมมีการคัดตึง มีน้ำนมน้อยหรือมากเกินไป มีภาวะเต้านมอักเสบ (mastitis) ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน
2. ตรวจลักษณะหัวนมว่า หัวนมสั้น บอด แดง หรือผิดปกติ
3. ประเมินภาวะความเครียดของมารดา

การประเมินวิธีการดูดนม

1. ประเมินการจัดท่าและ การอมหัวนมของทารก
2. ประเมินลักษณะการดูด (suckling pattern) และการกลืนของทารก (audible swallow)
3. ประเมินว่าทารกมีลักษณะง่วงหลับมาก หงุดหงิด (fussy) หรือปฏิเสธหัวนม
4. ประเมินปริมาณน้ำนมที่ทารกดูดได้โดยการชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังดูดนมแม่

การรักษา

การดูแลรักษาทารกที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการทารกและแก้ไขสาเหตุจำเพาะ ส่วนในกลุ่มเป็นผลจากการกินนมแม่ไม่พอมีแนวทางดูแลดังนี้^(3,5)

1. ทารกที่มีน้ำหนักลดลงร้อยละ 8-10 ควรได้รับการเฝ้าระวัง โดยประเมินและให้การช่วยเหลือในเรื่องการให้นมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทารกดูดอย่างน้อย 8 ครั้งต่อวัน บันทึกจำนวนครั้งของอุจจาระและปัสสาวะ นัดชั่งน้ำหนักซ้ำในอีก 24-48 ชั่วโมงถัดไป
2. ทารกที่มีน้ำหนักลดลงร้อยละ 10-12.5 ควรประเมินเพิ่มเติมโดยชั่งน้ำหนักทารกหลังดูดนมแม่ ทารกที่อายุมากกว่า 3 วันหากน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้น้อยกว่า 15-20 กรัม ให้มารดาบีบนมหลังทารกดูดเสร็จแล้วใช้นมแม่ป้อนด้วยถ้วยเพิ่ม

ในกรณีนมแม่น้อยมากอาจให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกแทนได้ความเหมาะสม เช่น 2-4 ครั้งต่อวัน แต่ต้องให้ดูนมแม่ให้เกลี้ยงเต้าก่อนทุกครั้ง ไม่จำเป็นต้องป้อนเพิ่มทุกมื้อเพราะอาจทำให้ทารกติดการกินจากถ้วยและดูนมแม่น้อยลง บันทึกการขับถ่ายและติดตามน้ำหนักทารกภายใน 24 ชั่วโมงถัดไป

3. ทารกที่น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 12.5 ควรตรวจเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกินนม (fasting blood sugar), blood urea nitrogen (BUN), creatinine, electrolyte และตรวจปัสสาวะ (urinalysis) รวมทั้งการตรวจทางอื่นๆ เช่น complete blood count, serum bilirubin เพิ่มเติมตามอาการที่บ่งชี้ ทารกที่กินนมได้ไม่ดี ตรวจร่างกายพบความผิดปกติหรือมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติควรรับไว้ในโรงพยาบาล ถ้าทารกดูนมได้ให้ใช้นมแม่ที่บีบเก็บไว้หรือนมผงดัดแปลงสำหรับทารกป้อนเพิ่มเติมให้ในปริมาณและจำนวนครั้งที่มากขึ้นกว่าในข้อ 2 อาจพิจารณาให้นมทางสายเข้าสู่กระเพาะหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดบันทึกสัญญาณชีพ การขับถ่ายและติดตามน้ำหนักทารกตามความเหมาะสม

เมื่อแก้ไขให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและกินนมแม่ได้มากขึ้น ค่อยๆ ลดการป้อนนมเพิ่มและนัดติดตามต่อจนกว่าทารกจะมีน้ำหนักกลับมาเท่ากับแรกเกิด มีอัตราการเติบโตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีคือประมาณ 20-30 กรัม/วัน และมารดาสามารถให้นมแม่ด้วยตนเองได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Flasherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015;135(1):e16-23.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004;114(1):297-316.

3. Macdonald PD, Ross SRM, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88:F472-6.
4. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for sub-optimal Infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics.* 2003;112(3):607-19.
5. Moritz ML, Manole MD, Bogen DL, Ayus JC. Breastfeeding-associated hypernatremia: Are we missing the diagnosis? *Pediatrics.* 2005;116(3):e343-47.



ทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

อัครวราย เปรมพันธ์พงษ์

ความรู้พื้นฐาน⁽¹⁾

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่พบบ่อย เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยแบ่งตามกลไกการเกิดดังนี้คือ

1. การสร้างบิลิรูบินมากผิดปกติ มักพบในกรณีที่มีเม็ดเลือดแดงแตกจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่

1.1 Immune mediated hemolysis เช่น ABO, Rh หรือ minor blood group incompatibility เป็นต้น

1.2 Non-immune mediated hemolysis เช่น G6PD deficiency, red cell membrane defect หรือ disseminated intravascular coagulation (DIC) เป็นต้น

1.3 Extravasation เช่น bruising, cephalhematoma หรือ subgaleal hemorrhage

1.4 Polycythemia

2. ความผิดปกติในกระบวนการคอนจูเกตบิลิรูบิน เช่น การทำงานของ

ตับที่ยังไม่เติบโตเต็มที่ (immature liver) ในทารกที่เกิดก่อนกำหนด การทำงานที่ผิดปกติของเอนไซม์ glucuronyltransferase, Gilbert's หรือ Crigler-Najjar syndrome เป็นต้น

3. ความผิดปกติในการขับบิลิรูบิน ได้แก่ การที่มีบิลิรูบินดูดซึมกลับสู่ตับมากขึ้น (increase enterohepatic circulation) ซึ่งพบได้ในภาวะ breast non-feeding jaundice หรือ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น

4. เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) เป็นต้น

การวินิจฉัยและรักษา

การวินิจฉัยและรักษาภาวะตัวเหลืองอย่างถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะสามารถป้องกันการเกิด acute encephalopathy หรือ kernicterus ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางสมองและพิการในระยะยาวได้ ดังนั้นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ไม่ล่าช้า รวมถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองทำได้ไม่ยาก โดยการตรวจร่างกายและตรวจเลือดเพื่อหาค่าบิลิรูบินในซีรัม (microbilirubin หรือ total bilirubin) โดยจะมีค่าสูงกว่าปกติในช่วงอายุนั้นๆ ปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือตรวจคัดกรองภาวะตัวเหลือง (bilirubinometer) ทำให้สามารถลดการเจาะเลือดตรวจลงได้ แต่เครื่องมือดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือจำกัด ดังนั้นควรตรวจยืนยันด้วยระดับบิลิรูบินในซีรัมเสมอ ในกรณีที่การตรวจคัดกรองได้ค่าบิลิรูบินสูงกว่าปกติ ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองควรได้รับการหาสาเหตุ โดยอาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. ประวัติ เช่น หมู่เลือดของมารดา โรคเลือดในครอบครัว ประวัติการเกิดภาวะตัวเหลืองในบุตรคนก่อน เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย เช่น cephalhematoma, subgaleal hematoma, ecchymosis, bruising ทารกมีอาการซีม ตรวจพบตับหรือม้ามโต เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count (CBC),

reticulocyte count, peripheral blood smear, blood group, direct Coombs' test และ G6PD enzyme level เป็นต้น

ภาวะตัวเหลืองเกิดได้จากหลายสาเหตุในที่นี้จะขอกกล่าวเฉพาะภาวะตัวเหลืองที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (jaundice associated with breastfeeding) ได้แก่ breast non-feeding jaundice (breastfeeding jaundice) และ breast milk jaundice

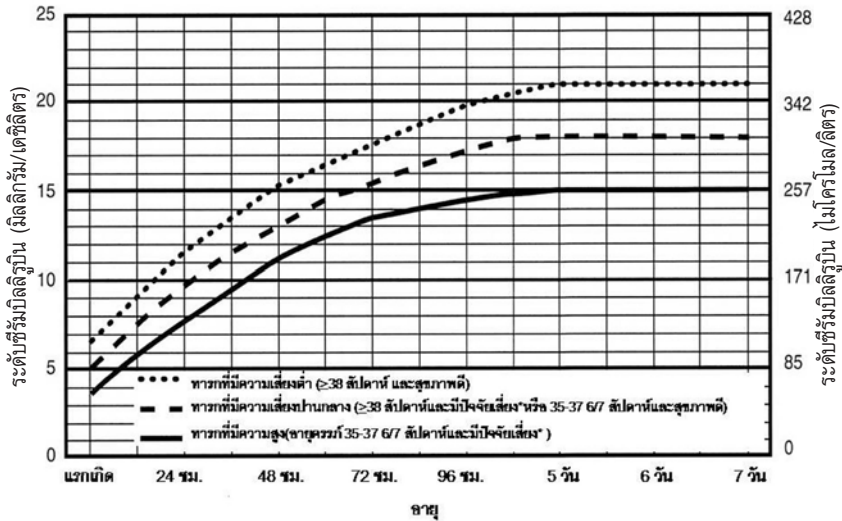
Breast non-feeding jaundice⁽¹⁾

เป็นภาวะตัวเหลืองที่เกิดจากการได้รับนมไม่เพียงพอ ทำให้บิลลิรูบินในลำไส้ถูกดูดซึมกลับสู่ตับมากขึ้น (increase enterohepatic circulation) มักพบในทารกที่เป็นบุตรคนแรก เกิดจากการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดแบบกำหนดวันผ่าตัด (elective cesarean section) ทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวหรือได้รับนมน้อย มักพบในช่วง 3-7 วันแรกหลังเกิด ทารกจะมีอาการของภาวะขาดน้ำ (dehydration) เช่น ปัสสาวะออกน้อย (น้อยกว่า 6-8 ครั้งต่อวัน) น้ำหนักลดมากโดยเฉพาะมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักแรกเกิด (significant weight loss) มีไข้ต่ำๆ กระหม่อมหน้าบวม เป็นต้น นอกจากนี้ทารกอาจมีการถ่ายอุจจาระน้อย (น้อยกว่า 2-3 ครั้งต่อวัน) ส่วนในรายที่ขาดน้ำรุนแรงอาจมีอาการ irritable หรือซึมลงได้

การวินิจฉัย ทำได้โดยอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายดังกล่าวข้างต้น และมีระดับบิลลิรูบินในซีรัมที่สูงกว่าปกติ อาจตรวจพบระดับโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) ซึ่งพบได้ในภาวะขาดน้ำที่รุนแรง ทั้งนี้การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวต้องทำการตรวจเพื่อหาสาเหตุของภาวะตัวเหลืองอื่นๆ ออกก่อนเสมอ

การรักษา ทำได้โดย

- แก้ไขภาวะขาดน้ำ วิธีที่ดีที่สุดคือ การให้กินนมแม่เพิ่มขึ้นให้เพียงพอ ไม่แนะนำให้ทารกกินน้ำหรือสารละลายกลูโคสหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การงดนมและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะทำให้เมื่อทารกมีอาการตัวเหลืองมากจนต้องทำได้รับการถ่ายเลือด (total exchange transfusion) เท่านั้น
- ประเมินปริมาณนํานม ทําอุ้มและการเข้าเต้าของมารดาและทารกเสมอ



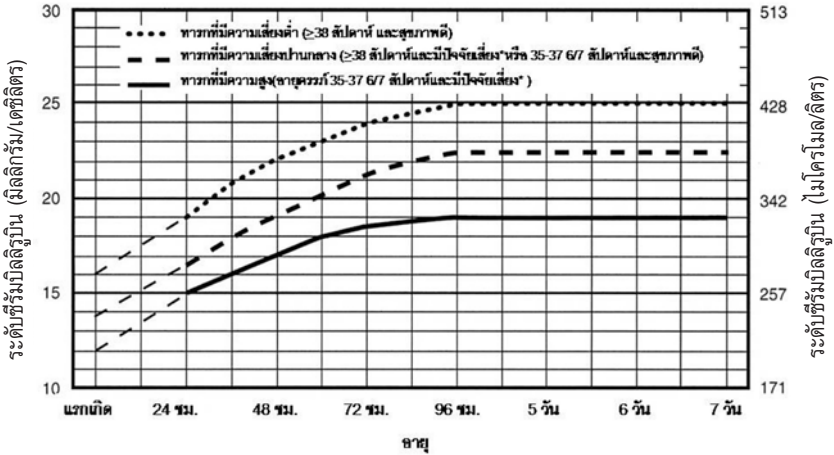
รูปที่ 29-1 แนวทางสำหรับการรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) ค่าระดับบิลิรูบิน ในเลือดตามอายุเป็นชั่วโมงสำหรับทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป

*ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, ภาวะความเป็นกรด (acidosis), ซีรัมอัลบูมินต่ำกว่า 3.0 กรัมต่อเดซิลิตร

(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 2)

และแก้ไขให้ถูกต้อง หากพบว่ามารดายังมีปริมาณน้ำนมแม่ในระยะแรกไม่เพียงพออาจพิจารณาเสริมด้วยนมผงดัดแปลงสำหรับทารกไปด้วย ในขณะที่เดียวกัน ควรช่วยเหลือมารดาเพื่อกระตุ้นการสร้างนมแม่ให้เพียงพอในระยะต่อไป

- ฝ้าติดตามให้แน่ใจว่าทารกได้รับนมหรือสารน้ำอย่างเพียงพอโดยสังเกตจากปริมาณปัสสาวะที่เพิ่มขึ้นและใสขึ้น อุจจาระบ่อยขึ้น และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น
- การรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) หรือการถ่ายเลือด (total



รูปที่ 29-2 แนวทางการรักษาภาวะตัวเหลืองด้วยวิธีการถ่ายเลือด (total exchange transfusion) ในทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป

*ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, ภาวะความเป็นกรด (acidosis), ซีรัมอัลบูมินต่ำกว่า 3.0 กรัมต่อเดซิลิตร

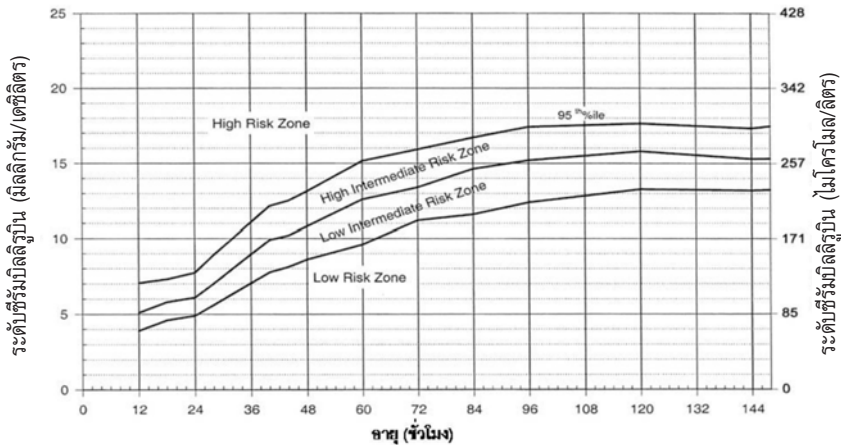
หมายเหตุ: ทารกควรได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดทันที หากมีอาการดังต่อไปนี้

- มีอาการของ acute bilirubin encephalopathy (hypertonia, arching, retrocolis, opisthotonos, มีไข้ ร้องเสียงสูง)
- ระดับบิลิรูบินในซีรัมมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในกราฟ 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 2)

exchange transfusion) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ โดยใช้เกณฑ์ตาม American Academy of Pediatrics Subcommittee (AAP) 2004 guideline⁽²⁾ (รูปที่ 29-1 และ 29-2) โดยทั่วไปภาวะ breast non-feeding jaundice เพียงอย่างเดียวมักจะไม่ทำให้ทารกมีภาวะเหลืองจนต้องได้รับการถ่ายเลือด

การนัดติดตามทารกหลังจากออกจากโรงพยาบาล

- **ทารกที่มีภาวะเหลือง แต่ไม่ได้ส่องไฟ** ควรนัดติดตามค่าบิลิรูบินโดย



รูปที่ 29-3 Bhutani Nomogram แสดงค่าบิลิรูบินตามอายุเป็นชั่วโมงเพื่อการติดตามทารกหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในทารกปกติที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป และมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,000 กรัมขึ้นไป หรือทารกปกติที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์และมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป^(2,3)
(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 2 และ 3)

ใช้เกณฑ์ของ Bhutani Normogram^(2,3) (รูปที่ 29-3) ทารกที่มีค่าบิลิรูบินตกอยู่ใน high intermediate risk หรือ high risk zone ควรได้รับการนัดเพื่อกลับมาติดตามค่าบิลิรูบินภายใน 24 และ 48 ชั่วโมง ตามลำดับ

- **ทารกที่มีภาวะเหลืองและได้รับการส่องไฟหรือถ่ายเลือด** ควรได้รับการนัดติดตามค่า bilirubin ภายใน 48-72 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะเหลือง

การป้องกันภาวะ breast non-feeding jaundice ทำได้โดยการเริ่มให้ทารกได้ดูดนมแม่เร็วที่สุดภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังเกิด (ดูเร็ว) ดูดนมแม่อย่างสม่ำเสมอทั้งกลางวันและกลางคืน ทุก 2-3 ชั่วโมง (ดูบ่อย) รวมทั้งประเมินความถูกต้องและประสิทธิภาพของการดูดนมแม่ของทารก (ดูถูกวิธี) เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม ในกรณีที่มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอและทารกเริ่มมีปัสสาวะออกน้อย

อาจให้เสริมนมผงดัดแปลงสำหรับทารกได้ชั่วคราวโดยการบ้อนด้วยช้อนหรือถ้วย ค่อยๆ ลดปริมาณนมที่เสริมลงตามปริมาณนมแม่ที่เพิ่มขึ้น

Breast milk jaundice⁽¹⁾

เป็นภาวะตัวเหลืองที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เชื่อว่าเกิดจากสารบางชนิด ในนมแม่ไปกระตุ้นให้มีการดูดซึมกลับของบิลลิรูบินจากลำไส้เพิ่มขึ้น มักพบในทารกหลังเกิด 7-10 วันซึ่งเป็นช่วงที่มารดามีน้ำนมมากและทารกกินนมได้ดี ทารกจะมีเพียงแค่อาการตัวเหลือง แต่ไม่มีอาการผิดปกติอื่น ทารกมีสุขภาพแข็งแรง กินนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) น้ำหนักขึ้นดี มีอาการทางลำไส้ปกติ และอุจจาระสีเหลืองปกติ โดยทั่วไปอาการตัวเหลืองจากภาวะดังกล่าวมักเป็นอยู่นานประมาณ 2-3 สัปดาห์แล้วค่อยๆ หายไปเอง แต่บางรายอาจมีอาการนานถึงอายุ 2-3 เดือน

การวินิจฉัย ทำได้โดยอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายดังกล่าวข้างต้น และมีระดับบิลลิรูบินในซีรัมสูงกว่าระดับปกติ การวินิจฉัยภาวะดังกล่าว ต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุของภาวะตัวเหลืองอื่นๆ ที่อาจพบได้ในช่วงอายุดังกล่าวออกก่อนเสมอทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่อายุประมาณ 2 สัปดาห์ ควรได้รับการตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) ตับอักเสบ (hepatitis) ท่อน้ำดีอุดตัน (cholestasis) และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยการส่งตรวจ FreeT4, TSH, liver function test, urinalysis และ/หรือ urine culture นอกเหนือไปจากการตรวจหาสาเหตุของภาวะเหลืองอื่นๆ ตามปกติ

การรักษา

- ทารกส่วนใหญ่ที่เหลืองจากภาวะดังกล่าว มักเหลืองไม่มาก และไม่ต้องรับการรักษาใดๆ
- ทารกบางรายที่เหลืองมากอาจต้องได้รับการส่องไฟ (phototherapy) หรือ ถ่ายเลือด (total exchange transfusion) ตามข้อบ่งชี้ โดยใช้เกณฑ์ตาม American Academy of Pediatrics Subcommittee (AAP) 2004 guideline⁽²⁾ (รูปที่

29-1 และ 29-2) โดยทั่วไปภาวะ breast milk jaundice เพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เหลืองจนต้องได้รับการถ่ายเลือด

- ให้คำแนะนำแก่บิดาและมารดาว่าภาวะดังกล่าวไม่มีอันตรายร้ายแรง สามารถให้นมแม่ต่อได้ และอาการมักค่อยๆ ดีขึ้นเอง การงดนมแม่ไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้องในการรักษาภาวะดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Watchko JF. Neonatal indirect hyperbilirubinemia and kernicterus. In: Gleason CA, Devaskar SU, editors. Avery's disease of the newborn. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p.1123-42.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics.2004;114(1):297-316.
3. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischage hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. Pediatrics.1999;103(1):6-14.

ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ศศิวิมล สุนสวัสดิ์

ความรู้พื้นฐาน

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด อุบัติการณ์การเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำแตกต่างกันไปตามค่านิยามที่กำหนดในแต่ละสถาบัน และกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยพบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ในทารกปกติ และร้อยละ 50 ในทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนเกิดอาการรุนแรง เช่น ชัก ซึม หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมากเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในระยะยาวได้⁽¹⁾

ขณะอยู่ในครรภ์ทารกได้รับน้ำตาลจากมารดาอย่างต่อเนื่องผ่านทางสายสะดือ ภายหลังจากเกิด ทารกจะต้องปรับตัวโดยการสร้างกลูโคสเองที่ตับโดยกระบวนการสลายไกลโคเจน (glycogenolysis) และการสร้างกลูโคสจากสารอื่นๆ (gluconeogenesis) ช่วงเวลาในการปรับตัวดังกล่าวอาจทำให้ทารกมีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำชั่วคราว ในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังเกิด หลังจากนั้นระดับน้ำตาลในเลือดของทารกจะสูงขึ้น เนื่องจากการทำงานของเอนไซม์ต่างๆ ดีขึ้น ดังนั้นในทารกปกติอาจมีเพียงปัญหาน้ำตาลต่ำชั่วคราว ไม่มีอาการผิดปกติและไม่มีผลกระทบต่อสมองในระยะยาว ในทางกลับกันทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หากไม่



ได้รับการตรวจคัดกรองในช่วงเวลาที่เหมาะสม และรักษาอย่างทันท่วงที อาจมีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำมาก จนเกิดอาการและมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางระบบประสาทในระยะยาวได้

ปัจจุบัน คำนิยามของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน เนื่องจากระดับน้ำตาลที่ต่ำของทารกไม่สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ รวมถึงผลเสียต่อพัฒนาการทางสมองในระยะยาว ทารกส่วนใหญ่ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ และหากมีอาการก็มักเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ ในปี ค.ศ. 2000 Cornblath เสนอให้ใช้คำว่า operational threshold เพื่อระบุระดับน้ำตาลในเลือดที่แพทย์ควรเริ่มให้การรักษาแทนการให้คำนิยาม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อทารกเป็นหลัก หากทารกไม่มีอาการผิดปกติ ควรรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงกว่า 30-35 มก./ดล. และสำหรับทารกป่วย ให้รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้นเป็น 45-50 มก./ดล. ต่อมาในปี ค.ศ. 2011 American Academy of Pediatrics (AAP) ได้ให้คำนิยามของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคือระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 47 มก./ดล. สำหรับทารกที่มีอาการผิดปกติให้เริ่มการรักษาเมื่อระดับน้ำตาลน้อยกว่า 40 มก./ดล. ในขณะที่ทารกที่มีความเสี่ยงแต่ไม่มีอาการ ควรรักษากระดับน้ำตาลก่อนมีนมให้มากกว่า 45 มก./ดล.⁽²⁾

สำหรับอาการและอาการแสดง ที่สงสัยว่าอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ร้องเสียงสูงผิดปกติ (high-pitched cry) กระสับกระส่าย เหงื่อออก แขนขากระตุกหรือสั่น (jitteriness) ดุคนมไม่ดี ถ้ารุนแรงมากอาจมีอาการ ชีม ชัก เขียว ตัวอ่อน หยุดหายใจ coma ทารกที่มีอาการเหล่านี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลทันที แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ทารกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มักไม่แสดงอาการ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการตรวจคัดกรองทารกทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

แนวทางการตรวจคัดกรอง และตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

1. ทารกที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ควรให้ทารกได้ดุนนมแม่ให้เร็วที่สุดภายใน 30-60 นาทีหลังเกิด มีการ

โอบกอดเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) และควรให้ทารกดูดนมแม่บ่อยๆ ประมาณ 8-12 ครั้งต่อวัน หรือทุกครั้งที่ทารกแสดงอาการหิวเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ให้น้ำนมแม่มาเร็วขึ้น หากทารกหลับนานเกิน 3 ชั่วโมง ควรปลุกทารกมาดูดนมแม่ ทารกกกลุ่มนี้สามารถปรับตัวต่อภาวะน้ำตาลต่ำชั่วคราวได้เอง จึงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด และไม่ต้องเสริมนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ยกเว้นกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์⁽³⁾

2. ทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ทารกกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด (preterm) ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (low birth weight) ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ตามอายุครรภ์ (small for gestational age) ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน (infant of diabetic mother) ทารกที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ตามอายุครรภ์ (large for gestational age) ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง ทารกที่มีอาการผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว มารดาได้รับยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาล ได้แก่ propranolol, oral hypoglycemic drugs เป็นต้น และทารกที่มีภาวะอื่นๆ เช่น polycythemia หรือสังสัยภาวะ inborn error of metabolism เป็นต้น

ทารกกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธี point of care testing ช่วง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังเกิด แต่เนื่องจากการตรวจคัดกรองโดยใช้เครื่อง point of care ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้คัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจได้ค่าที่ไม่แม่นยำ ดังนั้น หากตรวจคัดกรองพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด (plasma glucose) ก่อนให้การรักษาทุกครั้ง

แนวทางการดูแลรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการให้คำปรึกษา

1. กลุ่มทารกที่ไม่มีอาการผิดปกติ และระดับน้ำตาลไม่ต่ำมาก (มากกว่า 25 มก./ดล.)

1.1 ควรให้ดูดกระตุ้นนมแม่บ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง ร่วมกับให้นม 10 มล./

กก./มือ⁽¹⁾ เนื่องจากช่วงแรกนมแม่อาจยังไม่เพียงพอ และในประเทศไทยยังไม่มีนมแม่พาสเจอร์ไรซ์ใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้น การให้นมผงตัดแปลงสำหรับทารกแก่ทารกกลุ่มนี้ น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในขณะนี้ ไม่แนะนำให้สารละลายกลูโคสทางปากแก่ทารก เนื่องจากมีรายงานว่า สารละลายกลูโคสที่ให้ทางปากจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น และมีผลชะลอการสร้างกลูโคสของร่างกายทารกได้ นอกจากนี้ อาจทำให้ระดับน้ำตาลของทารกแกว่งขึ้นลงมากร่วมกับอาจพบมีปัญหาน้ำตาลต่ำกลับเป็นซ้ำ (rebound hypoglycemia) ได้^(1,4)

1.2 วิธีการให้นม อาจเลือกเป็นวิธีการป้อนด้วย การป้อนด้วยสายยางต่อที่นิ้วมือ (finger feeding) การใช้สายให้อาหารทางปาก แล้วแต่ความสามารถในการดูดของทารก หากทารกไม่สามารถดูดนมเองได้ ควรเลือกวิธีการให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือดแทน เพราะการให้ทารกดูดนมเองขณะที่ไม่พร้อม อาจเสี่ยงต่อปัญหาการสำลักนม (aspiration) ได้

1.3 ติดตามระดับน้ำตาลก่อนให้นมมือถัดไปจนกว่าจะได้ค่าปกติและคงที่ที่ระดับมากกว่า 45 มก./ดล.

1.4 หากติดตามระดับน้ำตาลในเลือดยังคงต่ำ (ต่ำกว่า 40 มก./ดล.) ควรให้สารละลายกลูโคส ทางหลอดเลือด

2. กลุ่มทารกที่มีอาการผิดปกติ โดยที่ระดับน้ำตาลต่ำไม่มาก (25-40 มก./ดล.) หรือมีระดับน้ำตาลต่ำมาก (น้อยกว่า 25 มก./ดล.)

2.1 เริ่มให้สารละลายกลูโคสเข้มข้น 10% ปริมาตร 2 มล./กก. ทางหลอดเลือดดำทันที หลังส่งเลือดตรวจยืนยันระดับกลูโคสในเลือด โดยไม่ต้องรอให้นมทางปากหรือทางสายให้อาหารทางปากก่อน และให้ต่อด้วยสารละลายกลูโคสเข้มข้น 10% ที่มี glucose infusion rate (GIR) 5-8 มก./กก./นาที่

2.2 ควรติดตามระดับน้ำตาลหลังให้สารละลายกลูโคส 30 นาที โดยมีเป้าหมายให้ระดับน้ำตาลมากกว่า 45 มก./ดล. ถ้าระดับน้ำตาลยังต่ำกว่า 25 มก./ดล. ควรให้สารละลายกลูโคสเข้มข้น 10% ปริมาตร 2 มล./กก.ซ้ำ และตามด้วยการเพิ่ม GIR อีก 2 มก./กก./นาที่

2.3 เมื่อตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ มากกว่าเป้าหมาย 2-3 ครั้ง ต่อเนื่องกัน ควรลด GIR ครั้งละ 2 มก./กก./นาที่ ทุก 6 ชม. พร้อมกับให้กินนมเพิ่มขึ้น ในระหว่างนี้ ควรกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่บ่อยๆ ร่วมด้วย จนเมื่อลด GIR จนถึง 2-4 มก./กก./นาที่ ร่วมกับทารกรับนมได้เต็มที่ และระดับน้ำตาลก่อนมื้อนม มากกว่า 45 มก./ดล. สามารถหยุดการให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือดดำได้

2.4 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังหยุดสารละลายกลูโคสทางหลอดเลือด และก่อนมื้อนม ไปอย่างน้อย 3 มื้อ จนได้ค่าที่ปกติ และคงที่

2.5 ควรสร้างความมั่นใจแก่มารดาว่า ทารกที่มีปัญหาน้ำตาลต่ำในเลือดต่ำ ต้องการการเสริมนมผงดัดแปลงสำหรับทารก หรือการให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือดเพียงชั่วคราว หลังการรักษาทารกสามารถกลับมารับนมมารดาอย่าง เดียวได้เหมือนทารกปกติ

2.6 ทารกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเวลานาน หรือต้องการ GIR มากกว่า 10 มก./กก./นาที่ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นซ้ำ ควรเจาะเลือด ตรวจหาความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมและโรคทางต่อมไร้ท่อในขณะที่น้ำตาลในเลือดต่ำ (critical blood sample) เพิ่มเติม และส่งปรึกษากุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ เพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาต่อไป⁽⁵⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Wight N, Marinelli KA, Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol C. ABM clinical protocol #1: guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates. Breastfeed Med. 2006;1:178-84.
2. Committee on Fetus and Newborn, Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. Pediatrics. 2011;127:575-9.
3. วราภรณ์ แสงทวีสิน. การป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: โอโยรา; 2542. หน้า 179-81.

4. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:377-87.
5. ประชา นันทน์ถนอมิต. การวัดระดับกลูโคสในเลือด และความผิดปกติของกลูโคสเมแทบอลิซึมในทารก. ใน: ประชา นันทน์ถนอมิต, บรรณาธิการ. การประยุกต์ความรู้ทางสรีรวิทยาในการดูแลทารกแรกเกิด. กรุงเทพมหานคร: โอเอสติก พับลิชชิ่ง; 2558. หน้า 135-53.

บทที่ 31

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการรกเกิดก่อนกำหนด

พทศิส พงษ์บี

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีความไม่สมบูรณ์ของทุกระบบในร่างกายจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดเพื่อให้ทารกรอดชีวิตและมีการเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา แต่เนื่องจากระบบทางเดินอาหารที่ยังไม่สมบูรณ์ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะในทารกป่วย อย่างไรก็ตาม นมแม่นับว่าเป็นอาหารชั้นเลิศที่ช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเจริญเติบโตควบคู่กับมีสติปัญญาดี ช่วยลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis, NEC) ดังนั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญและก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก

ความรู้พื้นฐาน

- พัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร

ทารกจะเริ่มมีการพัฒนาลำไส้เล็กระดับเซลล์ (villi and cell differentiation)



ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ขณะอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ ต่อมาเริ่มมีการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบไม่เป็นระเบียบ (irregular gut motility) ขณะอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ และการเคลื่อนไหวจะเป็นระเบียบแบบแผนมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ขณะเดียวกันทารกจะมีพัฒนาการทางด้านการดูดและการเคลื่อนไหวของลิ้นแบบ peristalsis ที่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การกลืน การดูด และการหายใจจะทำงานสอดประสานกันสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์⁽¹⁾ ซึ่งเป็นเวลาที่แพทย์ควรพิจารณาให้ทารกเริ่มดูดนมเอง

การให้นมแม่จะช่วยเพิ่มความสมบูรณ์ของพัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร และช่วยเพิ่มการทำงานของน้ำย่อย lipase และน้ำย่อยอื่นๆ นอกจากนั้นนมแม่ช่วยให้ gastric emptying time เร็วขึ้น ทำให้ทารกรับนมได้ดี ลดการแหวะนมและอาเจียนได้ หลายการศึกษาพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์มี transit time ตลอดทางเดินอาหารประมาณ 3 วัน แสดงว่าทารกกลุ่มนี้จะมีการขับถ่ายขี้เทาช้า แต่ transit time จะเร็วขึ้นหากเริ่มให้นมเร็วโดยเฉพาะนมแม่

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักป่วยหนักและมีอาการไม่คงที่ทำให้การเริ่มให้นมล่าช้า ซึ่งมีผลทำให้เยื่อ villi ในทางเดินอาหารฝ่อ ลดการทำงานของน้ำย่อยและทำให้แบคทีเรียในลำไส้แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น⁽²⁾ ในปัจจุบันการเริ่มให้นมเร็วเมื่อทารกอาการคงที่และเริ่มให้นมปริมาณน้อยๆ ในทารกเกิดก่อนกำหนดหรือที่เรียกว่า minimal enteral feeding หรือ trophic feeding หรือ gut priming ช่วยทำให้ทารกถึงเวลาได้นมเต็มที่เร็วขึ้น เวลาที่ต้องงดนมลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง ช่วยกระตุ้นการทำงานของน้ำย่อยให้สมบูรณ์เร็วขึ้น ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ การดูดซึมสารอาหารและไม่เพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะลำไส้เน่าอักเสบ⁽³⁾ โดยเฉพาะหากเป็นนมแม่ซึ่งมี bioactive agents เช่น sIgA, lactoferrin, lysozyme, oligosaccharides และ growth factors ต่างๆ ที่ช่วยให้ลำไส้ทำงานดีขึ้น และช่วยลดการติดเชื้อ โดยพบว่าในหัวน้ำนมมี macrophage, lymphocytes และ PMN เพิ่มสูงขึ้น และการวิจัยยังพบว่าหากทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่รวมมากกว่า 50 มล./กก./วัน จะช่วยลดการติดเชื้อแบบ late onset sepsis ลด

อุบัติการณ์ของภาวะลำไส้เน่าอักเสบ และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้⁽⁴⁾ กล่าวโดยสรุปนมแม่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากจะช่วยเรื่องพัฒนาการและการเจริญเติบโตแล้ว ยังช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน ลดการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนดได้อีกด้วย

• คุณสมบัติของนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด

- มีโปรตีนมากกว่านมแม่ครบกำหนด ซึ่งโปรตีนที่สำคัญในนมแม่คือโปรตีนเวย์และมีกรดอะมิโนที่สำคัญคือ taurine, glycine, leucine และ cysteine โดยที่ taurine เป็นกรดอะมิโนที่ไม่มีในนมวัว อย่างไรก็ตาม ปริมาณโปรตีนในนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดมักไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก จึงจำเป็นต้องเติม human milk fortifier เพื่อให้ได้ปริมาณโปรตีนตามต้องการ (3.2-4 กรัม/กก./วัน)⁽⁵⁾
- มีปริมาณแลคโตสประมาณ 5.96-6.95 กรัม/ดล. น้อยกว่านมแม่ครบกำหนด (6.16-7.22 กรัม/ดล.)
- มีพลังงาน 58-70 กิโลแคลอรี/ดล. สูงกว่านมแม่ครบกำหนด (48-64 กิโลแคลอรี/ดล.) มีกรดไขมันเชิงซ้อนซึ่งเป็นที่ต้องการไขมันจำเป็นถึงร้อยละ 9 ของไขมันทั้งหมด ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของทารกที่ต้องการเพียงร้อยละ 3 นอกจากนี้ไขมันในนมแม่ยังถูกดูดซึมได้ดีกว่าไขมันจากนมวัว (ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับร้อยละ 68 ในนมวัว) และเอนไซม์ lipase ยังทำงานได้ดีในนมแม่เมื่อเทียบกับนมวัว⁽⁶⁾
- มีปริมาณไซเตียม คลอไรด์ แมกนีเซียม และสังกะสีสูงกว่านมวัว
- มีปริมาณแคลเซียมและฟอสฟอรัสต่ำกว่านมวัว

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการกีดก่อนกำหนด

• **ความไม่สมบูรณ์ทางด้านพัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร** ทำให้ทารกไม่สามารถดูดนมแม่ได้ตั้งแต่แรกเกิดเหมือนทารกครบกำหนด จำเป็นต้องรอให้ทารกพร้อม ซึ่งทำให้มารดาอาจจะเลยการบีบเก็บน้ำนมขณะทารกป่วย ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาถึงวิธีการช่วยเสริมพัฒนาการด้านการดูดของทารกขณะทารกยังไม่พร้อมดูดนมแม่ เช่น

- Nonnutritive sucking ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล แต่ไม่ช่วยเพิ่มการดูดซึมสารอาหารหรือการหลั่งฮอว์โมนในลำไส้ และไม่มีผลลดภาวะการรับนมไม่ดี (feeding intolerance) ในทารก⁽⁷⁾

- Emptied breast ระหว่างที่ทารกยังได้รับนมทางสายให้อาหาร กล่าวคือให้ทารกเข้าเต้าและดูดนมแม่หลังจากที่มารดาบีบเก็บน้ำนม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวิธีนี้ช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการให้นมแม่และมีแนวโน้มจะให้นมแม่นานขึ้นหลังจากทารกออกจากโรงพยาบาล แต่วิธีนี้ไม่มีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักทารกและระยะเวลาอนโรงพยาบาล⁽⁸⁾

- **ปริมาณน้ำนมมีไม่เพียงพอ** เนื่องจากทารกป่วยไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ทำให้การกระตุ้นการสร้างน้ำนมไม่เกิดขึ้น ดังนั้นมารดาควรบีบเก็บน้ำนมเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม โดยจากการศึกษาพบว่าหากมารดาบีบเก็บน้ำนมไม่น้อยกว่า 5 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาในการบีบเก็บน้ำนมรวมทั้งวันเกิน 100 นาที/วัน จะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังคลอด

- **ปริมาณสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกเกิดก่อนกำหนด** เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด จึงมีคำแนะนำให้เติม human milk fortifier ในนมแม่ โดยเฉพาะในทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม หลังจากเติม human milk fortifier แล้วพบว่าทารกมีการเจริญเติบโตทั้งน้ำหนัก ความยาว เส้นรอบศีรษะเพิ่มขึ้น และช่วยเพิ่ม bone mineral content ลดโอกาสการเกิดภาวะกระดูกบาง (osteopenia of prematurity) ในทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะสำหรับการบีบเก็บน้ำนมขณะทารกยังไม่สามารถดูดนมได้⁽⁹⁾

1. เริ่มบีบเก็บน้ำนมให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อมารดามีอาการคงที่หลังการคลอด
2. หากบีบเก็บน้ำนมโดยการใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนม ควรเริ่มบีบเก็บอย่างช้าๆ และค่อยๆ เพิ่มความเร็วในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด

3. ควรบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอประมาณ 6-8 ครั้ง/วัน (ไม่ควรน้อยกว่า 5 ครั้ง/วัน) หรือเมื่อรู้สึกคัดเต้านม และเวลาในการบีบเก็บน้ำนมรวมทั้งวันไม่น้อยกว่า 100 นาที/วัน
4. ควรมีช่วงเวลาพักผ่อน เช่น ตอนกลางคืนไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
5. หากใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนม แนะนำให้ใช้แบบ 2 เต้าเพื่อประหยัดเวลา
6. ควรเตรียมเต้านมก่อนบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบเต้านม และอาจใช้การนวดอย่างนุ่มนวลเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม
7. การทำ kangaroo care ช่วยเพิ่มความสำเร็จและระยะเวลาในการให้นมแม่

ข้อเสนอแนะการให้นมแม่ในการกีดก่อนกำหนด⁽⁹⁾

1. ทารกควรได้รับนมแม่ตัวเอง (mother's own milk) ถ้ามารดามีน้ำนมพอให้ทารก
2. หากมารดายังไม่มีน้ำนม อาจพิจารณาให้นมแม่บริจาค (donor breast milk) ซึ่งต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และต้องได้รับความยินยอมจากมารดา ก่อนให้ทารก ควรให้นมแม่บริจาคที่สดใหม่เพราะจะมีสารอาหารและภูมิคุ้มกันที่ครบถ้วนมากกว่านมแม่บริจาคที่เก็บไว้นาน
3. หากทารกรับนมแม่/นมแม่บริจาคได้ถึง 80-100 มล./กก./วัน พิจารณาเติม human milk fortifier เพื่อช่วยเพิ่มสารอาหารและพลังงาน
4. สามารถเพิ่มนมแม่/นมแม่บริจาคได้ถึง 150 มล./กก./วัน แต่ไม่เกิน 200 มล./กก./วัน เพื่อให้ทารกเจริญเติบโต มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 15 กรัม/กก./วัน และความยาวเพิ่ม 1 ซม./สัปดาห์
5. หากทารกน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 15 กรัม/กก./วัน อาจพิจารณาให้น้ำนมส่วนหลัง (hind milk) ในกรณีที่มารดามีน้ำนมมากกว่าความต้องการต่อวันของทารก

6. ควรให้ fortified milk จนกระทั่งทารกมีน้ำหนัก 1,800-2,000 กรัม หรือจนกว่าทารกดูดีจนจากเต้าได้ ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
7. ให้วิตามิน (multivitamin) 1 มล./วัน เมื่อทารกได้นมเต็มที่
8. ให้เหล็กเสริมในขนาด elemental iron 2 มก./กก./วัน เมื่อทารกได้รับนมเต็มที่ (ประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังเกิด)

เอกสารอ้างอิง

1. Newell SJ. Enteral feeding of the micropreemie. Clin Perinatol. 2000;27:221.
2. Brumberg H, LaGamma EF. Perspectives on nutrition: enhance outcomes for premature infants. Pediatr Ann. 2003;32(9):617.
3. Tyson JE, Kennedy KA. Trophic feedings for parenterally fed infants. Cochrane Database Sys Rev. 2005;CD000504.
4. Furman L, Taylor G, Minich N, Hack M. The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low birth weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:66-71.
5. Keunen K, VanElberg RM, VanBel F, Benders MJ. Impact of nutrition on brain development and its neuroprotective complications following preterm birth. Pediatr Res. 2015;7(1):148-55.
6. Morley R, Fewtrell MS, Abbott RA, Stephenson T, MacFadyen U, Lucas A. Neurodevelopment in children born small for gestational age: a randomized trial of nutrient enriched versus standard formula and comparison with a reference breastfed group. Pediatrics. 2004;113:515-21.
7. Ernst JA, Rickard KA, Neal PR, Yu PI, Oei TO, Lemons JA. Lack of improved growth outcome related to non-nutritive sucking in very low birth weight premature infants fed a controlled nutrient. Pediatrics. 1989;83:706-16.

8. Narayanan I, Mehta R, Choudhury DK, Jain BK. Sucking on the “emptied” breast: non-nutritive sucking with a difference. *Arch Dis Child*. 1991;66:241-4.
9. Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier;2016.



การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการทารกแฝด

จรรยา จิระประดิษฐา

ความรู้พื้นฐาน

สิ่งที่มารดาของทารกแฝดที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กังวลมากที่สุดคือ ปริมาณน้ำนมจะมีเพียงพอต่อการเลี้ยงทารกมากกว่าหนึ่งคนหรือไม่⁽¹⁻³⁾ โดยทั่วไป ปริมาณน้ำนมที่มารดาผลิตขึ้นอยู่ร่วมกับปริมาณน้ำนมที่ทารกกินและความถี่ในการดูดนมของทารก ดังนั้นปัญหาที่แท้จริงของการเลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่จึงไม่ใช่ปริมาณน้ำนมแต่เป็นเวลาที่มีมารดาต้องใช้ในการเลี้ยงดูทารก ในช่วงขวบปีแรกมารดามักต้องการผู้ช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนให้ได้มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอรวมทั้งได้รับน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(2,3) ปัจจุบันแนะนำให้มารดาที่มีบุตรมากกว่าหนึ่งคนได้รับพลังงานจากอาหารในขณะที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นจากปกติในปริมาณ 500-600 กิโลแคลอรีต่อจำนวนทารกหนึ่งคนต่อวัน⁽⁴⁾ การให้นมแม่แก่ทารกแฝด สามารถใช้วิธีการเลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่ที่ละหนึ่งคน หรือการเลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่ทั้งสองคนในครั้งเดียว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นศิลปะของแต่ละคู่มารดาและทารก โดยมารดาควรลองดูทั้งสองวิธีและเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ทารกแต่ละรายจะใช้เวลาในการดูดนมแม่ไม่เท่ากันการกำหนดเวลาให้นมจึงอาจไม่มีความหมายควรให้ทารกเป็นคนกำหนดเองตามความต้องการของทารก^(2,3,5)

การเลี้ยงทารกกีฬาด้วยนมแม่ทีละหนึ่งคน

- เป็นวิธีการเริ่มต้นที่ง่ายในมารดาของทารกแฝดที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน หรือทารกต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น ทารกแฝดที่เกิดก่อนกำหนด ทำให้สามารถจัดทำทารกให้เข้าเต้าได้อย่างเหมาะสมทีละราย
- ข้อเสียของวิธีนี้คือทารกแฝดอีกรายอาจจ้องแแงด้วยความหิวเนื่องจากไม่สามารถรอให้ทารกแฝดรายแรกดูดนมแม่จนอิ่มก่อนได้

การเลี้ยงทารกกีฬาด้วยนมแม่ทั้งสองคนในครั้งเดียว

- เป็นวิธีที่ประหยัดเวลาในการให้นมแก่ทารก
- ทารกที่แข็งแรงกว่าหรือมีความตื่นตัวมากกว่าเมื่อนำเข้าเต้าพร้อมกันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิด let down reflex ให้แก่ทารกอีกรายหนึ่งได้⁽⁶⁾
- ทำที่เหมาะสมในการอุ้มทารกแฝดทั้งสองคนในครั้งเดียว^(2,3) ได้แก่
 - **ทำอุ้มฟุตบอลคู่ (double football)** โดยทารกทั้งสองรายนอนอยู่ใต้แขนมารดาคนละข้าง ศีรษะอยู่ทางด้านหน้าและหันหน้าเข้าสู่เต้านมมารดา อาจใช้หมอนช่วยหนุนประคองเพื่อให้มารดามีมือว่างในการนำทารกเข้าเต้า ทำนี้เหมาะกับมารดาที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังเหมาะกับมารดาที่มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้วย
 - **ทำอุ้มขวางตักคู่ (double cradle)** ในทำนี้ศีรษะของทารกแต่ละรายจะอยู่บริเวณข้อพับศอกแต่ละข้างของมารดาและปลายเท้าอยู่ที่หน้าตักของมารดา โดยปลายเท้าของทารกจะชี้เข้าหากันหรือวางอยู่บนเท้าหรือบนหน้าท้องของทารกอีกรายหนึ่ง หรือจัดทำคู่ขนาน (parallel) คือให้ปลายเท้าของทารกทั้งสองรายชี้ไปในทางเดียวกันทำให้ศีรษะของทารกทั้งสองวางอยู่บนหน้าท้องของทารกที่หนึ่ง ทั้งสองทำนี้เหมาะกับมารดาเมื่อมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น และทารกสามารถควบคุมการหันศีรษะได้ดีขึ้น
 - **ทำผสมระหว่างทำอุ้มขวางตักและทำอุ้มฟุตบอล (combination of cradle with football)** คือจัดทำให้ทารกที่หนึ่งอยู่ในทำอุ้มขวางตัก ส่วนทารกที่สองอยู่ใต้แขนของมารดาในทำอุ้มฟุตบอล

การสลับเต้านมในการเลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่

- **การสลับเต้านมทุกครั้งที่ให้นม** ในกรณีที่เลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่ทีละราย ให้เลี้ยงทารกแฝดรายที่หนึ่งด้วยเต้านมข้างที่หนึ่งจนเมื่อทารกดูนมจนเกลี้ยงเต้า จับทารกเรอและหากยังไม่อิ่มให้เลี้ยงต่อด้วยเต้านมอีกข้างจนกระทั่งทารกอิ่ม จากนั้นนำทารกแฝดรายที่สองมาเริ่มดูนมจากเต้าข้างที่ค้างไว้ต่อจนเกลี้ยงเต้า ในการให้นมครั้งหน้าให้เริ่มที่ทารกแฝดรายที่สองก่อนและทำอย่างเดียวกันเพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมที่เต็มเต้าสลับกัน ในกรณีที่เลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่ทั้งสองคนในครั้งเดียว หากเลี้ยงทารกแฝดรายที่หนึ่งด้วยเต้านมข้างซ้ายในครั้งนี้ ครั้งต่อไปสลับให้เลี้ยงทารกแฝดรายที่หนึ่งด้วยเต้านมข้างขวาสลับกับทารกรายที่สอง
- **การสลับเต้านมทุกวัน** เลี้ยงทารกหนึ่งรายต่อเต้านมหนึ่งข้างทุกครั้งที่ให้นมในวันนั้น และสลับเปลี่ยนข้างกันในวันต่อมา
- **การเลี้ยงทารกด้วยเต้านมข้างเดิมตลอดการให้นม** เป็นวิธีการเลี้ยงทารกแฝดด้วยนมแม่ที่ง่ายกับมารดาผู้เลี้ยง แต่มีข้อเสียจากการที่ทารกไม่เคยได้รับการเปลี่ยนสลับเต้านมทำให้ไม่ได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้ของสมองทั้งสองด้าน

นมแม่เป็นแหล่งของสารอาหารที่มีคุณค่าต่อทารกแฝดเช่นเดียวกับทารกทั่วไป โดยส่วนใหญ่การตั้งครรภ์แฝดอาจทำให้มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และการคลอดทารกแฝดมักเกิดขึ้นก่อนกำหนด นำมาซึ่งความเจ็บป่วยของมารดาและทารกภายหลังการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแฝดเมื่อเกิดปัญหาแทรกซ้อนสามารถแก้ไขได้เช่นเดียวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่เจ็บป่วย กล่าวคือมารดาต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เริ่มบิบบเก็บน้ำนมหลังคลอดเพื่อให้คงการหลังและผลิตน้ำนมได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอในการใช้เลี้ยงทารก รวมทั้งการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อ การฝึกการนำทารกเข้าเต้าตามขั้นตอนจนกว่าทารกจะสามารถเริ่มกินนม เข้าเต้า และดูคนนมแม่จากเต้าได้สำเร็จ^(5,7,8) มารดาที่มีบุตรมากกว่าหนึ่งคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้หากได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งตั้งแต่ก่อนการคลอดจนถึงภายหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
2. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006;91:F377-80.
3. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding multiples. Semin Neonatol. 2002;7:231-9.
4. Luke B, Eberlein T. Feeding the masses: including the busy new mom. In When you're expecting twins, triplets or quads. New York: Parthenon, 1999:211-28.
5. Gromada K. ILCA's inside track a resource for breastfeeding mothers: twins. J Hum Lact. 2010;26:331-2.
6. Gromada K. Mothering multiples, Revised ed. Schaumburg: La Leche League International; 1999.
7. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18:385-96.
8. Bennington LK. Breastfeeding multiples: It can be done. NAINR. 2011;11:194-7.



บทที่ 33

การร้องกวนมาก

วิไลพร เตชะสาริต

ความรู้พื้นฐาน⁽¹⁾

ทารกที่ร้องกวนมากมักทำให้มารดาเข้าใจว่าน้ำนมแม่อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก อาการร้องกวนสามารถพบได้บ่อยในเวลาช่วงเย็นโดยไม่เกี่ยวข้องกับชนิดของนมที่ทารกได้รับ การร้องกวนทำให้ทารกใช้พลังงานมากขึ้น กลืนลมเข้าท้องมากขึ้นทำให้ท้องอืดหรืออาเจียนได้ง่าย นอกจากนี้การร้องกวนอาจส่งเสริมการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้ทารกมีอาการอ่อนเพลียและอาจหลับไปโดยที่ยังดูดนมไม่อิ่ม การให้ทารกดูดนมจึงไม่ควรรอจนทารกร้องกวนเพราะหิว เนื่องจากอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้นมแม่

สาเหตุของการร้องกวน⁽²⁻⁴⁾

มีหลายสาเหตุแบ่งตามระยะเวลาที่เกิดปัญหา ดังนี้

- **การร้องกวนที่เกิดในสัปดาห์แรกๆ หลังเกิด** มักมีสาเหตุจาก
 - น้ำนมแม่ไหลน้อยจากทักษะการให้นมแม่ที่ไม่ถูกต้อง เช่น อุ้มและอมลานนมแม่ไม่ถูกต้อง เกิดการดูดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- น้ำนมแม่ไหลน้อยกว่าจำนวนครั้งของการดูดนมแม่ไม่มากพอที่จะกระตุ้นการสร้างน้ำนม
- การให้ทารกดูดขวดนมก่อนอายุ 3 สัปดาห์ ทำให้ทารกปรับตัวช้ากับการดูดนมแม่
- การให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกเสริมเพื่อที่จะลดอาการร้องกวนของทารก ทำให้จำนวนมือที่ดูดนมแม่ลดลงจึงลดการกระตุ้นการสร้างน้ำนมของมารดา
- ทารกมีภาวะลิ้นติด (tongue-tie) ทำให้การดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ
- มารดาอ่อนเพลีย เครียด หรือได้รับยาที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม เช่น ยาคุมกำเนิดที่มีส่วนผสมของเอสโตรเจน

แนวทางการช่วยเหลือ

- ประเมินทักษะการให้นมแม่ ช่วยเหลือมารดาให้อุ้มทารกได้ถูกต้องเพื่อให้ทารกอมลานหัวนมได้ถูกต้องและดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ในระยะ 3 วันแรกหลังเกิด นมแม่เริ่มผลิตแต่ยังมีปริมาณน้อย ควรให้ทารกดูดนมแม่บ่อย 8-12 มือต่อวัน ดูดนาน 10-15 นาทีต่อเต้า ดูดทั้งสองเต้าทุกมือ
- ให้ทารกดูดนมทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน เพราะในเวลากลางคืนจะกระตุ้นการสร้างโปรแลคตินได้ดี
- หลีกเลี่ยงการป้อนนมที่ไม่ใช่การดูดจากเต้า เพื่อมิให้ทารกสับสนกับหัวนม
- ไม่ควรเคร่งครัดกับเวลาให้นม ควรให้ทารกดูดนมบ่อยตามความต้องการของทารก
- สังเกตสัญญาณหิวของทารก ควรให้ดูดนมก่อนที่ทารกจะมีอาการหิวมาก
- ถ้าทารกหิวมากควรทำให้ทารกสงบก่อนโดยการอุ้มป้อนโยนหรือให้นมแม่บีบจากการป้อนด้วยก่อน
- เปลี่ยนผ้าอ้อมก่อนกินนมเพื่อให้ทารกรู้สึกสบายตัว

- แก้ไขภาวะลิ้นติดโดยการขริบ frenulum (frenulotomy)
- **การร้องกวนที่เกิดหลังอายุ 4 สัปดาห์หลังเกิด** จะเป็นระยะที่มารดาสร้างน้ำนมเพียงพอแล้ว มักมีสาเหตุจาก

- **นมแม่มีมากเกินไป (overproduction of milk)** (ดูรายละเอียดในบทที่ 21 มารดามีน้ำนมมากเกินไป) อาการที่พบในมารดาคือมักมีอาการคัดเต้านมบ่อยๆ นมแม่ไหลเปียกแฉะระหว่างมื้อนม ขณะให้ทารกดูดนมมีน้ำนมไหลพุ่งจากเต้าข้างที่ไม่ถูกดูด (forceful letdown) เห็นรอยพับที่หัวนมหลังทารกสิ้นสุดการดูดนมจากการที่ทารกพยายามลดความเร็วในการดูด มารดาอาจมีภาวะท่อน้ำนมอุดตันและเต้านมอักเสบได้ สำหรับอาการที่พบในทารก คือทารกจะปฏิเสธการดูดเต้าหรือใช้เวลาในการดูดสั้น ทารกมีอาการหิว อดอยากดูดบ่อย ดิ้นสู้ขณะดูดนมเพื่อไม่ให้สำลักมีอาการไอ ชะย่อน หรือรีบกลืนจากน้ำนมที่ไหลแรงระหว่างดูดเต้า หยุดดูดนมทันที อ้าปากหรือผละจากเต้าบ่อยๆ ในกรณีที่ทารกได้รับแต่น้ำนมส่วนหน้าทารกมักมีอาการท้องอืด อุจจาระเป็นน้ำสีเขียวหรือเป็นฟอง บางครั้งมีเลือดปน ผิวหนังรอบทวารหนักเป็นแผลจากกรด เนื่องจากน้ำนมส่วนหน้ามีน้ำตาลแลคโตสมากทำให้มีกรดแลคติกที่ระคายเคืองลำไส้และมีแก๊สมาก

แนวทางการช่วยเหลือ

- ให้มารดาบีบน้ำนมออกจนน้ำนมไหลช้าก่อนให้ทารกดูด เพื่อให้ forceful letdown reflex ผ่านไปก่อนและลดน้ำนมส่วนหน้าที่ทารกจะได้รับ
- ให้ทารกดูดนมจนเกลี้ยงเต้าก่อนให้ดูดอีกเต้าโดยรอให้ทารกหยุดดูดนมเอง ไม่ต้องกำหนดความนานของการดูดเต้าแรก ไม่จำเป็นต้องดูดสองเต้าทุกมื้อ
- ให้ดูดนมเต้าเดียว (unilateral breastfeeding) หรือดูดเต้าเดียวนาน 4-12 ชั่วโมง (block feeding) เพื่อลดการสร้างน้ำนม
- หากเต้านมอีกข้างมีอาการคัดให้บีบน้ำนมออกแค่พอหายคัดเต้านม
- ขณะอุ้มให้นมทารก ควรอุ้มท่าฟุตบอลเพื่อให้ศีรษะทารกอยู่สูงกว่าเต้าขณะดูดนม

- **ทารกที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (growth spurts)** ในช่วง 3 เดือนแรกของชีวิต ทารกอาจมีอาการรื่องกวนและดูคนมบ่่อยขึ้นประกอบด้วยเต้านมมารดาลดความตึงลงจากช่วงหลังคลอด มารดาจึงมักกังวลว่าน้ำนมอาจจะไม่พอ ในกรณีนี้ที่ทารกมีน้ำหนักขึ้นดี การตรวจร่างกายปกติ ภาวะนี้จะเป็นอยู่ชั่วคราวหลังจากที่ทารกดูคนมบ่่อยขึ้นเต้านมมารดาจะสร้างน้ำนมได้มากขึ้นเพียงพอกับความต้องการของทารก ในช่วงอายุ 6-8 สัปดาห์ที่ทารกเริ่มนอนนานในเวลากลางคืน อาจให้ดูคนมบ่่อยขึ้นในเวลากลางวัน โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 8 มื้อต่อวัน

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์. บรรณาธิการ. Update and practical points in preterm care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2557. หน้า 8-20.
2. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB, editors. Breastfeeding handbook for physicians. 2nd ed. Washington, DC: Elk Grove Village; 2014.
3. Mohrbacher N, Stock J. La Leche League International The breastfeeding answer book pocket guide edition. Illinois: La Leche League International; 2005.
4. Wellstart International. The revised 4th edition of Wellstart International's lactation management self-study modules, level I. San Diego: Wellstart International; 2014.



การก่อกฎเสถียรการเข้าเต้า

สุดาทิพย์ ไบสิทธิ์มงคล

ความรู้พื้นฐาน

ทารกที่ปฏิเสถียรการเข้าเต้าสามารถพบได้ทั้งในระยะแรกหรือหลังจากที่ทารกสามารถกินนมแม่ได้ดีมาสักระยะแล้ว โดยทารกจะมีอาการหงุดหงิด ร้องกวน เกร็งตัว หันหน้าหนีเมื่อมารดาพยายามให้นม ซึ่งอาการอาจแสดงตั้งแต่เริ่มอุ้มทารกเข้าเต้าหรือหลังจากที่กินนมไม่ได้ระยะหนึ่ง โดยอาการเหล่านี้จะทำให้มารดาเป็นกังวล เครียด สูญเสียความมั่นใจ หรือเข้าใจว่าตัวเองน่านมไม่พอ ซึ่งจะนำไปสู่การให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกเสริมและหยุดให้นมแม่ได้⁽¹⁾

สาเหตุของการปฏิเสถียรการเข้าเต้า⁽¹⁾

- **สาเหตุจากร่างกาย** เช่น ทารกมีภาวะเจ็บป่วยไม่สบาย พันขึ้น มีการติดเชื้อในหู เป็นหวัด หายใจไม่สะดวก มีภาวะกรดไหลย้อน ทารกติดการเล่น เป็นต้น
- **สาเหตุจากมารดา** เช่น มารดามีเต้านมอักเสบ มารดาใช้สบู่หรือน้ำหอมที่ทารกไม่คุ้นเคย มารดากินอาหารที่รสจัดหรือกลิ่นแรง มารดามีประจำเดือน หรือมารดาได้รับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น

- **สาเหตุจากปริมาณน้ำนม** เช่น มารดามีน้ำนมน้อย มารดามีน้ำนมไหลเร็วเกินไป let down reflex มาช้า เป็นต้น

แนวทางการให้คำแนะนําบรรดา⁽²⁾

1. แนะนำมารดาจัดสภาพแวดล้อมเวลาให้นมให้เงียบ สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนหรือเรียกความสนใจจากทารก
2. ส่งเสริมให้มารดาและทารกมีเวลาอยู่ด้วยกันมากขึ้น กระตุ้นให้มารดาพาทารกเดินเล่น กอด ลัมผัส หรือนวดให้ทารก เน้นการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact)
3. ให้ทารกกินนมตอนที่ทารกง่วงนอน
4. ไม่เว้นช่วงระหว่างมื้อนมนานเกินไปเนื่องจากจะทำให้ทารกหิวและหงุดหงิดได้
5. มารดาควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหรือกลิ่นแรง
6. ทาสาเหตุความเจ็บป่วย ไม่สบายตัวของทารก

เอกสารอ้างอิง

1. The Australian Breastfeeding Association. Breast refusal. [updated on 2015 November; cited 2016 January]. Available from: <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breast-refusal>
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Weaning. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 8th edition. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 320-37.



การแก้ปัญหาสับสนหัวนม

สุดาทิพย์ ไบสิทธิ์มงคล

ความรู้พื้นฐาน

- **กลไกการดูดนมแม่ของทารก** การดูดนมแม่ของทารกอาศัยการทำงานร่วมกันของอวัยวะในช่องปากของทารก ร่วมกับการหลั่งของฮอร์โมนในมารดา โดยทารกจะอมหัวนมและลานนมเพื่อสร้างเป็นหัวนมยัดหรือ teat เหนือกลางของทารกจะขยับขึ้นเพื่อให้ teat ถูกกดระหว่างเหงือกบนและลิ้น ลิ้นของทารกจะมีการเคลื่อนไหวแบบ peristalsis จากปลายลิ้นไปสู่โคนลิ้น เมื่อน้ำนมที่หยดลงบนลิ้นมากพอจะมีการส่งน้ำนมเข้าสู่คอหอย (pharynx) ระหว่างที่ทารกดูดนมมารดา จะมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้มีการหดตัวของ myo-epithelial cells รอบๆ ท่อน้ำนมทำให้เกิด milk ejection reflex การที่ทารกจะสามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ช่องปากของทารกจะต้องมีแรงดันลบที่สม่ำเสมอเพื่อที่จะทำให้เต้านมสามารถสร้างเป็น teat ได้ตลอดการกินนม ร่วมกับการที่มารดามี milk ejection reflex ที่เหมาะสม การดูดนมแม่ในช่วงแรกทารกจะดูดเร็วๆ เพื่อกระตุ้นให้มารดามีการหลั่งน้ำนม ต่อมาทารกจะดูดเป็นจังหวะมากขึ้น และมีช่วงที่หยุดดูดเพื่อกลืนนม

ส่วนการกินนมจากขวดนั้น นมจากจุกยางจะไหลสู่ปากของทารกอย่างสม่ำเสมอ ทารกจะใช้เหงือกบีบบนจุกนมยางหรือใช้ลิ้นอุดรูจากจุกนมเพื่อกลืนนม การเคลื่อนไหวของลิ้นในทารกกลุ่มนี้ไม่เป็นลักษณะ peristalsis จากปลายลิ้นไปสู่โคนลิ้นที่ชัดเจน นอกจากนี้ จังหวะของการดูดนมจากขวดจะไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ทำให้กลไกในการกินนมจากขวดแตกต่างจากการกินนมแม่⁽¹⁾

• **คำนิยามปัญหาสับสนห้วนนม** ในอดีตภาวะนี้จะหมายถึงทารกที่มีปัญหาในการที่จะอมห้วนนมและลานนม (latch) หรือจัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะในช่องปากเพื่อที่จะดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังจากการที่ทารกได้รับการสัมผัสกับจุกนมปลอมไม่ว่าจะเป็นจุกนมหลอก (pacifier) หรือการป้อนนมโดยใช้ขวดนม⁽²⁾ แต่ในปัจจุบันได้มีแนวโน้มของหลักฐานเพิ่มขึ้นที่ชี้ว่าการที่ทารกได้รับจุกนมหลอกนั้นไม่ทำให้ทารกมีระยะเวลาในการกินนมแม่ที่สั้นลง⁽³⁾ ดังนั้นจึงเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดภาวะนี้น่าจะมาจากทารกที่มีปัญหาในการกินนมแม่อยู่เดิมมากกว่า เมื่อได้รับการให้นมเสริมโดยการให้ขวดนมทารกจะได้รับปริมาณน้ำนมมากกว่าและเกิดความพึงพอใจมากกว่ารวมกับการมีกลไกการดูดนมที่แตกต่างกัน ทำให้ทารกไม่ยอมดูดนมแม่หรือมีอาการหงุดหงิดเมื่อต้องเข้าเต้า

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนห้วนนม⁽¹⁾

ปัจจัยเสี่ยงจากมารดา

- มารดามีห้วนนมผิดปกติ เช่น ห้วนมสั้น ห้วนนมบอด เป็นต้น
- มารดามีเต้านมที่ผิดปกติ เช่น มารดาเคยได้รับการผ่าตัดเต้านม มี hypoplastic breast เป็นต้น
- มารดามีน้ำนมน้อยหรือมาช้า
- มารดามีภาวะเจ็บป่วย เช่น hyperthyroid ซีด หรือติดเชื้อ เป็นต้น
- มารดาและทารกมีปัญหาที่ต้องแยกจากกัน
- มารดามีเทคนิคการให้นมไม่ถูกต้อง

ปัจจัยเสี่ยงจากทารก

- ทารกที่เกิดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวน้อย
- คะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาที น้อยกว่า 5 และ 7 ตามลำดับ
- ทารกมีภาวะเจ็บป่วย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจเร็ว มีโรคหัวใจ เป็นต้น
- ทารกมีความผิดปกติทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
- ทารกมีความผิดปกติของช่องปาก เช่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ คางเล็ก ลิ้นติด เพดานปากบนสูง เป็นต้น

การป้องกันและรักษา

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งจากมารดาและทารก
- ให้คำแนะนำเทคนิคในการให้นมอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาวะของมารดาและทารก
- ในกรณีที่มารดายังมีน้ำนมน้อยและมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมมนั้น ควรให้นมทารกด้วยวิธีอื่น ๆ นอกจากการกินนมจากขวด เช่น การป้อนด้วยช้อนหรือถ้วย หรือการให้นมผ่านอุปกรณ์เสริม (lact-aid) เช่น กาลักน้ำหรือ finger feeding เป็นต้น
- ให้ความมั่นใจและลดความตึงเครียดแก่มารดา เนื่องจากการที่มารดา มีความกังวลและเครียดจะทำให้มีน้ำนมน้อยได้
- นัดติดตามมารดาและทารกหลังกลับบ้านอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Practical management of the mother-infant nursing couple. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 8th edition. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 230-84.

2. Neifert M, Lawrence RA, Seacat J. Nipple confusion:Toward a formal definition. J Pediatr. 1995;126(6):S125-9.
3. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. J Perinatol. 2015; 35(11):895-9.



บทที่ 36

ทารกที่หลับมาก

วิไลพร เตชะสาริต

ความรู้พื้นฐาน⁽¹⁾

ในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงแรกเกิด ทารกที่เกิดจากการคลอดปกติจะมีความตื่นตัวที่มีลักษณะตามพยายามที่จะดูดนมแม่จึงเป็นเวลาที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ทารกเริ่มดูดนมแม่ หลังจากนั้นเป็นเวลาหลายชั่วโมงทารกจะเข้าสู่ระยะพักหลับการกระตุ้นให้ดูดนมแม่จะทำได้ยากขึ้น ในระยะต่อมาช่วงวันแรกๆ ของชีวิตทารกมักมีอาการหลับมากและตื่นดูดนมเป็นระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากน้ำนมมารดายังไม่ไหลไม่มากพอจนกระทั่งเข้าสู่วันที่ 3 ที่น้ำนมแม่เริ่มไหลมากขึ้นทารกจะตื่นตัวมากขึ้นและดูดนมได้นานขึ้น ทารกที่มารดาได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม narcotics มักมีการตื่นตัวน้อยหรืออาจหลับได้นานมากกว่า 4 ชั่วโมง การจัดให้มารดาได้อยู่กับทารกตลอด 24 ชั่วโมงจะช่วยให้มารดาเรียนรู้สัญญาณหิวของทารกและทารกสามารถดูดนมแม่ได้บ่อยตามความต้องการ

สาเหตุของการหลับมากของการก่^(1,2) ได้แก่

- มารดาได้รับยาแก้ปวดก่อนคลอดที่มีผลต่อทารก
- ทารกที่เกิดจากการคลอดยาก การคลอดที่เนิ่นนาน มีการใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือมีการบาดเจ็บจากการคลอด
- ทารกมีภาวะเจ็บป่วยเช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะตัวเหลือง หรือได้รับการทำการขลิบ (circumcision)
- ทารกได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เช่น แสง เสียง ทำให้ทารกปรับตัวโดยการหลับ
- น้านมแม่ไหลไม่พอ ทารกมีอาการหลับมากและอ่อนเพลีย ไม่มีแรงร้องเวลาหิวนม
- น้านมแม่ไหลมาก ทารกดูดนมได้เร็ว ทำให้หลับภายใน 2-3 นาทีหลังดูดนม

แนวทางการดูแลทารกที่หลับมาก⁽¹⁻³⁾

- ลดเครื่องห่อหุ้มกายทารก ถอดเสื้อผ้าทารกให้เหลือแต่ผ้าอ้อม
- ลดการห่อผ้าให้ทารก
- ลดความสว่างในห้องลง ความสว่างที่มากจะทำให้ทารกแสบและหลับตา
- ให้มารดากระตุ้นทารกโดยการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ
- พยายามสบตาและพูดคุยกับทารก
- กระตุ้นให้ทารกดูดนมขณะหลับตื่นโดยสังเกตจากขณะหลับตื่นทารกจะมี rapid eye movement (REM) ทั้งๆ ที่หลับตาอยู่ มีการขยับของกล้ามเนื้อใบหน้า หรือมีการเคลื่อนไหวของแขนและขาแบบไม่ได้ตั้งใจ (involuntary movement)
- อุ้มทารกในท่านั่ง โดยใช้หลักการเหมือน doll's eye technique คือ ทารกจะหลับตาในท่าอุ่มนอนและลืมตาในท่านั่ง
- กระตุ้นทารกโดยการลูบเบาๆ และเคลื่อนไหวเป็นวงกลมเริ่มจากไหล่ไปหลังหรืออาจลูบเบาๆ ที่ศีรษะ

- กระตุ้นให้ทารกตื่นตัวขณะดูดนมโดยใช้นิ้วโป้งที่มือและเท้าของทารก ร่วมกับพูดคุยและสบตากับทารก
- หลังจากทารกดูดนมแม่หนึ่งข้างและกำลังจะหลับ ให้เปลี่ยนผ้าอ้อมหรือลูบหลังให้ทารกเรอก่อนที่จะให้ดูดนมอีกข้าง
- สลับให้ดูดนมอีกข้างถ้าสังเกตว่าทารกเริ่มดูดนมช้าลงและกำลังจะหลับ
- อุ้มทารกดูดนมท่าฟุตบอล เนื่องจากท่าอุ้มขวางตัก (cradle hold) อาจทำให้ทารกหลับได้ง่าย
- ใช้มือประคองที่ใต้ขณะทารกดูดนม เพื่อไม่ให้หน้าหนักเต้ากดลงบนคางทารก
- ใช้ผ้าเย็บเช็ดที่หน้าผากและแก้มทารก
- ใช้นิ้วมือสัมผัสที่มุมปากทารก เพื่อกระตุ้นให้ทารกดูดนม
- ใช้มือช่วยบีบเต้านมให้น้ำนมไหลเพิ่มขึ้นขณะให้นม เพื่อกระตุ้นให้ทารกกลืนน้ำนม

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก. ใน: สันติ ภูณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Update and practical points in preterm care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2557. หน้า 8-20.
2. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB, editors. Breastfeeding handbook for physicians. 2nd ed. Washington, DC: Elk Grove Village; 2014.
3. Mohrbacher N, Stock J. La Leche League International The breastfeeding answer book pocket guide edition. Illinois: La Leche League International; 2005.

ทารกมีภาวะลิ้นติด

โศกพรรณ เจินว่า

ความรู้พื้นฐาน

พังผืดใต้ลิ้น (lingual frenulum) คือ เยื่อบางๆ ที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นด้านล่างของช่องปาก พบได้ในทารกแรกเกิดทุกคน

ภาวะลิ้นติด (tongue-tie หรือ ankyloglossia inferior) ภาวะนี้เป็นแต่กำเนิด แบ่งเป็น 2 ชนิด⁽¹⁾ ได้แก่ total ankyloglossia ลิ้นจะติดแน่นอยู่ที่พื้นด้านล่างของช่องปากขยับไม่ได้ เป็นชนิดที่พบน้อยมาก และ partial ankyloglossia คือ ภาวะที่การเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัดเนื่องจากถูกยึดด้วยพังผืดใต้ลิ้นที่สั้นและหนากว่าปกติ หรือเกาะไปทางปลายลิ้นมากกว่าปกติและอาจเลยขึ้นไปด้านบนของลิ้นเล็กน้อย เวลาแลบลิ้นปลายลิ้นจึงถูกดึงรั้งไว้ทำให้ลิ้นยื่นออกไปได้น้อยกว่าปกติ และอาจเห็นปลายลิ้นหยักตรงกลางหรือเห็นเป็นรูปหัวใจ ในต่างประเทศมีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะนี้ร้อยละ 0.2-13 ขึ้นกับประชากรที่ศึกษา^(1,2) การศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชพบภาวะลิ้นติดรุนแรงร้อยละ 16⁽³⁾ นอกจากนั้นยังพบเป็นอาการแสดงร่วมในกลุ่มอาการต่างๆ เช่น Smith-Lemli-Opitz syndrome และ Beckwith Wiedemann syndrome เป็นต้น

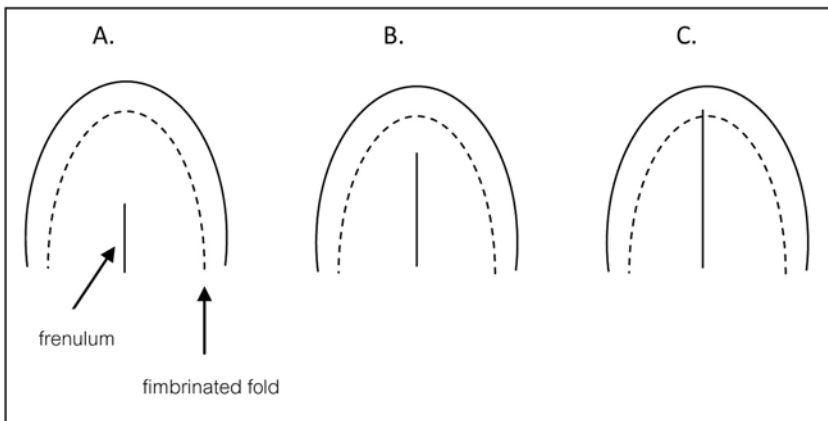


การประเมินความรุนแรงของภาวะลิ้นติด มีหลายวิธี เช่น Hazelbaker assessment tool ซึ่งใช้การตรวจลักษณะของลิ้นและพังผืดใต้ลิ้นร่วมกับการประเมินการเคลื่อนไหวของลิ้น⁽²⁾ Kotlow's classification ซึ่งใช้การวัดความยาวของปลายลิ้นส่วนที่เลยจากพังผืดใต้ลิ้นออกไป⁽¹⁾ ภาวะลิ้นติดสามารถแบ่งความรุนแรงตามกายวิภาคของลิ้นเป็น 3 ระดับโดยดูใต้ลิ้นขณะที่ยกลิ้นขึ้น ใช้ fimbrinated fold เป็น landmark ที่สำคัญและแบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่อยู่ต่ำกว่า fimbrinated fold ออกเป็น 2 ส่วน แสดงดังรูปที่ 37-1

1. Severe tongue-tie คือ พังผืดใต้ลิ้นเกาะที่บริเวณตั้งแต่ fimbrinated fold ออกไปทางปลายลิ้น จนถึงด้านบนของลิ้น

2. Moderate tongue-tie คือ พังผืดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งบนก่อนไปทางปลายลิ้นแต่ไม่ถึง fimbrinated fold

3. Mild tongue-tie คือ พังผืดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งล่างก่อนมาทางโคนลิ้น



รูปที่ 37-1 ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด ดูจากด้านใต้ลิ้น (ventral surface of tongue). A. mild tongue-tie คือ ภาวะปกติ; B. moderate tongue-tie; C. severe tongue-tie.

ภาวะลื่นติดกับการดูดนมแม่

การดูดนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยทั้งกายวิภาคเต้านมของมารดาที่สนับสนุนการดูดนมแม่ กล่าวคือ หัวนมมีขนาดใหญ่เกินไป ไม่ยาวเกินไป และไม่แบนหรือบอด-นุ่ม ลานหัวนมนุ่มและยืดหยุ่นดี และปัจจัยทางทารกที่สำคัญคือ ทารกมีพัฒนาการของการดูดและกลืนสัมพันธ์กันดีและสัมพันธ์กับการหายใจ สามารถอ้าปากได้กว้างเพื่ออมให้ถึงบริเวณลานหัวนมของแม่และแลบลิ้นออกไปถึงบริเวณลานหัวนมได้ เพราะขณะดูดนมแม่ส่วนของเต้านมที่อยู่ในปากของทารกเป็นเนื้อเยื่อเต้านมบริเวณใต้ลานหัวนมถึงสองในสามอีกเพียงหนึ่งในสามคือหัวนม นอกจากนั้นมารดาควรนั่งหรือนอนให้นมทารกในท่าสบายผ่อนคลายในท่า นั่งควรนั่งหลังตรง มีที่พิงหลัง อุ้มทารกให้ตะแคงทั้งตัวเข้าหามารดา ศีรษะและลำตัวของทารกอยู่ในแนวเส้นตรงคอของทารกไม่บิด ลำตัวของทารกอยู่สูงในระดับเดียวกับเต้านมมารดา ลำตัวและหน้าท้องของทารกแนบกับหน้าท้องมารดา ขณะดูดนม คางของทารกจะสัมผัสกับเต้านม เห็นริมฝีปากทารกบานออกหุ้มลานหัวนมด้านล่าง มากกว่าด้านบน (asymmetrical latch on) ทารกจะดูดแรงเป็นจังหวะช้าๆ (slow, deep sucks) จะสังเกตเห็นเต้านมกระเพื่อมตามจังหวะที่ดูด หรือเห็นกล้ามเนื้อขากรรไกรของทารกขยับตามจังหวะการดูด และที่สำคัญคือ มารดาไม่มีอาการเจ็บหัวนมขณะที่ทารกดูดนม





ดังนั้น ทารกที่มีภาวะลื่นติดอาจมีปัญหการดูดนมแม่ได้เพราะการเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัด ในรายที่เป็นไม่รุนแรงและกายวิภาคเต้านมของมารดาสนับสนุนการดูดนม ทารกจะไม่มีปัญหการดูดนมแม่ และพึงพิศไต้ลิ้นที่บางอาจจะยืดยาวขึ้นได้ตามอายุ⁽⁴⁾ การศึกษาทารกที่เกิดในโรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 38 ของทารกที่มีภาวะลื่นติดรุนแรงจะมีปัญหการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ และถ้ามารดามีหัวนมสั้นร่วมด้วยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ รายงานในต่างประเทศพบทารกที่มีภาวะลื่นติดมีปัญหการดูดนมแม่ร้อยละ 12-44⁽⁵⁾ ถ้าแม่มีหัวนมสั้นและลานหัวนมยืดหยุ่นไม่ดี ถึงแม้ทารกมีภาวะลื่นติดไม่รุนแรงมากอาจจะเกิดปัญหการดูดนมแม่ได้

อาการและอาการแสดงของมารดาและทารกในกรณีที่มีปัญหาในการดูดนม

อาการแสดงที่พบในมารดา คือ หัวนมแตกเป็นแผลและเจ็บมาก เนื่องจากทารกไม่สามารถแลบลิ้นออกไปจนถึงลานหัวนมของมารดาได้จึงใช้เหงือกจับหัวนมแทน เมื่อน้ำนมถูกดูดออกไปจากเต้านมได้น้อยมารดาจะมีปัญหาเต้านมคัดตึง (breast engorgement) หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเป็นเต้านมอักเสบ (mastitis) และเกิดเป็นฝีที่เต้านม (breast abscess) ได้

อาการแสดงที่พบในทารก คือ ขณะดูดนมอาจได้ยินเสียง clicking sound เพราะปลายลิ้นหลุดจากเหงือก หรือดูดนมแม่แล้วหยุดบ่อย⁽⁶⁾ เวลาหลับจะหลับได้ไม่นานเพราะหิวและร้องกินนมตลอดเวลา มีน้ำหนักลดมากกว่าปกติหรือน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าปกติ และอาจมีภาวะตัวเหลืองเนื่องจากได้รับน้ำนมแม่ไม่พอ (breast-feeding jaundice)

การประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ในทารกที่ตรวจพบภาวะลิ้นติดอาจใช้เครื่องมือ Siriraj Tongue-Tie Score (STT score) ซึ่งจะประเมินความรุนแรงของภาวะลิ้นติดด้วย และช่วยในการพยากรณ์ว่าทารกรายใดควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด คะแนนรวมที่ได้ตั้งแต่ 2-10 คะแนน ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน⁽⁷⁾ แสดงในรูปที่ 37-2 ได้แก่

Siriraj Tongue-Tie Score (STT score)				
Tongue	Frenulum	 ③ mild	 ② moderate	 ① severe
		Nipple	Function	 ③ protraction
Sensation	Tongue at areola ④		Tongue at nipple ②	No Latch on ①

รูปที่ 37-2 Siriraj Tongue-Tie Score⁽⁷⁾

1. ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด ให้ดูขณะทารกร้องไห้และกระดกลิ้นขึ้นหรือใช้ไม้พันสำลีเช็ดที่ใต้ลิ้นให้ลิ้นยกขึ้น

2. ลักษณะหัวนมของมารดา ประเมินหลังจากทารกดูดนมแม่ไปแล้วสักครู่ เพราะหัวนมอาจเย็นยาวได้อีกเล็กน้อย ถ้าสองข้างไม่เหมือนกันให้คะแนนตามข้างที่ผิดปกติมากกว่า โดยแบ่งเป็นหัวนมแบน บอด-บุ่ม (inversion) หัวนมถลัน (retraction) หรือหัวนมยาวปกติ (protraction)

3. ความรู้สึกของมารดาขณะลูกดูดนม หลังจากให้ทารกดูดได้ครู่หนึ่ง ถามมารดาว่าลิ้นของทารกอยู่ที่ใด ระหว่างลานหัวนม (tongue at areola) หัวนม (tongue at nipple) หรือไม่รู้สึกเลยว่ามีลิ้นแลบออกมา มีแต่เหงือกที่ขบลงบนหัวนมแม่ (no latch on) และเจ็บหัวนมหรือไม่ ถ้าลิ้นของทารกอยู่ถึงลานหัวนมตลอดเวลาจะไม่เจ็บ

การดูแลมารดาและการก่มีภาวะลิ้นติด

ทารกแรกเกิดทุกคนควรได้รับการประเมินพึงพิศใต้ลิ้น ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนการดูดนมแม่ครั้งแรก ควรทำการประเมินเต้านมของมารดาไปพร้อมกับการประเมินประสิทธิภาพของการดูดนมแม่ด้วย เมื่อตรวจพบว่าทารกมีภาวะลิ้นติดและการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพต้องแก้ไขสาเหตุอื่นๆ ที่มักพบร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ ท่าของมารดาขณะให้นมและท่าอุ้มทารกขณะให้นมไม่ถูกต้อง และเนื่องจากทารกที่มีภาวะลิ้นติดไม่รุนแรงอาจจะดูดนมแม่ได้หากมารดามีกายวิภาคเต้านมที่สนับสนุนการดูดนมแม่ แต่ต้องอาศัยการสอนอย่างใกล้ชิดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีเพื่อให้การรักษาแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ก่อน ได้แก่ การแก้ไขสาเหตุเบื้องต้นและสอนวิธีการดูดนมแม่อย่างใกล้ชิด หากประเมินโดยใช้ STT score ได้ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อน หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัดพังพิศใต้ลิ้น (frenulotomy หรือ frenotomy) แต่ถ้าได้น้อยกว่า 8 คะแนน การรักษาแบบประคับประคองอาจไม่ได้ผล ควรพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด⁽⁷⁾

หลังการทำ frenulotomy ต้องสอนมารดาเรื่องวิธีการดูนมแม่ที่ถูกต้องอีกครั้งเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ และควรนัดติดตามต่อเนื่องหลังกลับบ้าน จนกว่าจะแน่ใจว่าการดูนมแม่มีประสิทธิภาพพร้อมกับนัดติดตามดูแลได้ล้นด้วย

การทำ frenulotomy ในทารกแรกเกิดสามารถใช้จ่ายเฉพาะที่ได้และมีข้อดีเหนือกว่าการดมยาสลบคือหลังผ่าตัดทารกสามารถเริ่มดูนมแม่ได้เร็ว ผลการรักษของการผ่าตัด frenulotomy เปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคองจากหลายการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่ชัดเจนที่สุดคือความเจ็บปวดของมารดาลดลงทันที⁽⁸⁾ ทารกในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนั้นประมาณครึ่งหนึ่งประสบความสำเร็จแต่อีกครึ่งหนึ่งได้ทำ frenulotomy ในภายหลัง⁽⁷⁾ ภาวะแทรกซ้อนของการทำ frenulotomy พบน้อยมาก หากทำโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างถูกต้อง ได้แก่ การเสียเลือด การเกิด hematoma ได้ล้น การบาดเจ็บต่อท่อน้ำลาย เป็นแผลเป็น หรืออาจต้องทำซ้ำในบางราย⁽⁸⁾

ปัญหานี้ถือเป็นเรื่องรีบด่วน ควรได้รับการแก้ไขก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหามารดาเปลี่ยนใจจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้นมผงทดแทนสำหรับทารก เนื่องจากหัวนมแม่แตกและเจ็บมากจนทนไม่ได้ มารดาสงสารทารก ที่ร้องเพราะหิวตลอดเวลา หรือมารดาอาจเข้าใจผิดว่าตนเองมีน้ำนมไม่พอ ทารกที่มีภาวะลิ้นติดมีโอกาสได้รับนมผงทดแทนสำหรับทารกแทนนมแม่ภายใน 7 วันหลังเกิดสูงกว่าทารกที่ไม่มีภาวะลิ้นติดถึง 3 เท่า⁽⁹⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Darshan HE, Pavithra PM. Tongue-tie: from confusion to clarity - a review. *Int J Dent Clin.* 2011;3:48-51.
2. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics.* 2002;110(5):e63.
3. Ngermcham S, Laohapensang M, Wongvisutdhi T, Ritjaroen Y, Painpichan N, Hakularb P, et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. *Paediatr Int Child Health.* 2013;33(2):86-90.

4. Song C, Upperman JS, Niklas V. Structural anomalies of the gastrointestinal tract. In: Gleason CA, Devaskar SU, editors. *Avery's Diseases of the Newborn*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012. p. 979-93.
5. Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, Copeland M, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014;99(3):F189-95.
6. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. ภาวะลิ้นถูกยึดตึง (Tongue-tie). ใน: พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์, บรรณาธิการ. *Essential issues in newborn nursery*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2554. หน้า 1-15.
7. มงคล เลหาทเพ็ญแสง. การศึกษาความสัมพันธ์ของพังพืดใต้ลิ้นกับการดูดนมมารดา. ใน: เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ, อัครินทร์ นิมมานนิตย์, กุลธร เทพมงคล, บรรณาธิการ. *เคล็ดไม่ลับ R2R บริบทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น; 2552. หน้า 67-82.
8. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):489-94.
9. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(1):1-7.



ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่

กฤษมา บุญศิลป์

ความรู้พื้นฐาน

ภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ก่อปัญหาการให้อาหารทารกตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากรอยแหว่งของริมฝีปากบนและช่องโหว่ของเพดานเป็นอุปสรรคในการดูดนมของทารก กระบวนการดูแลและรักษาจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ รวมทั้งความพิการซับซ้อนอื่นๆ ในทารกแต่ละราย แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยแม่จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในการแก้ไขปัญหาลักษณะและความพิการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ทารกที่มีความพิการได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับทารกปกติ โดยเฉพาะด้านพัฒนาการของช่องปากให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ลดปัญหาความผิดปกติในช่องหู รวมทั้งลดโอกาสการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งจะช่วยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองอย่างเต็มศักยภาพ

ในการดูตมแม่จากเต้า ทารกปกติสามารถคลี่ริมฝีปากให้บานออกและคลุ้มรอบลานนมจนริมฝีปากแนบสนิทกับช่องปากด้านหน้า เพดานอ่อนที่อยู่ด้านหลังยกสูงขึ้นดึงผนังด้านหลังของคอให้บีบตัวเพื่อปิดด้านหลังของช่องปาก ขณะที่ลิ้นและขากรรไกรเคลื่อนลงขณะดูดนม ช่องปากขยายขนาดใหญ่ขึ้นและเริ่มเกิดแรง

ดูดนมเพื่อให้มีน้ำนมไหลออกจากเต้า ท่อน้ำนมที่อยู่บริเวณลานนมและหัวนมถูกบีบอยู่ระหว่างลิ้นและเพดานให้น้ำนมหยดออกจากหัวนมลงสู่ลิ้นที่ห่อตัวเป็นรูปถ้วยนมที่มีปริมาณมากขึ้นไหลลงสู่โคนลิ้นเพื่อกระตุ้นการกลืนและเริ่มจังหวะการดูดนมและกลืนนมรอบใหม่

ปัญหาและข้อควรคำนึงถึง^(1,2)

ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่จะมีความยากลำบากในการดูดนมเนื่องจากความผิดปกติของปากและเพดานจะทำให้ทารกไม่สามารถมีกลไกการดูดนมแบบทารกปกติได้ ทารกที่มีปากแหว่งมีโอกาสดูดนมแม่ได้สำเร็จมากกว่าทารกที่มีเพดานโหว่ ยกเว้นทารกที่มีรอยแหว่งถึงแนวสันเหงือกจะอมหัวนมและลานนมได้ไม่เหมาะสม การรีดนมจากท่อน้ำนมเป็นไปได้บ้างจึงได้นมน้อยขณะดูดนมและใช้เวลาดูดนมนานกว่าปกติ ทารกที่มีเพดานโหว่เฉพาะเพดานอ่อนเล็กน้อย สามารถสร้างแรงดูดนมได้มากกว่าทารกที่มีเพดานโหว่ขนาดใหญ่ขึ้นหรือมีรอยโหว่ทั้งเพดานอ่อนและเพดานแข็งซึ่งจะสร้างแรงดันลบในปากได้น้อยกว่าปกติและเพิ่มโอกาสการดันน้ำนมผ่านช่องโหว่ขึ้นทางจมูก ทารกที่มีภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ชนิดเต็มทั้งเพดานอ่อนและเพดานแข็ง มีปัญหาการดูดนมที่รุนแรงที่สุด หากเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีแรงดูดนมน้อย สำลักนมได้ง่าย บางรายอาจหยุดหายใจได้บ่อยครั้งมากขึ้น

ในทารกที่มีการดูดนมไม่สัมพันธ์กับการกลืน ปริมาณนมที่มากในช่องปากจะไหลย้อนผ่านช่องเพดานที่โหว่เข้าช่องจมูกและสำลักนมได้บ่อยครั้ง ทำให้ทารกมีปัญหาการหายใจที่ผิดปกติและทำให้ดูดนมยากมากขึ้น ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่อย่างรุนแรงมักได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ จึงมีภาวะเลี้ยงไม่โตเนื่องจากได้รับน้ำมน้อย ใช้เวลายาวนานในแต่ละครั้ง และรู้สึกเหนื่อยง่ายทั้งขณะให้และหลังการให้นม ทารกมักมีอาการท้องอืดจากการกลืนลมปริมาณมากขณะดูดนม มีการติดเชื้ทางเดินหายใจซ้ำซาก และเป็นโรคปอดอักเสบทั้งเรื้อรังและรุนแรงเนื่องจากมีปัญหาการสำลักนมบ่อยครั้ง

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

แม้ว่าทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่จะมีปัญหาในการให้อาหาร แต่สามารถส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างน้อย 6 เดือนได้⁽³⁾ คณะกรรมการวิชาการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางการแพทย์ (Academy Breastfeeding Medicine) ได้เสนอแนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในปี ค.ศ. 2013⁽⁴⁾ เพื่อเป็นมาตรฐานทางคลินิกในการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มีความรุนแรงของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในระดับต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดา

2. ให้การประเมินการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายบุคคลเพื่อให้การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพและความรุนแรงของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในทารกแต่ละราย การจัดการให้มีน้ำนมอย่างเพียงพอภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ให้คำแนะนำที่เจาะจงและการส่งต่อไปยังศูนย์บริการที่เหมาะสมให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ การตรวจสอบประสพการณ์ที่เคยได้รับทั้งวิธีการให้นมแม่ที่บีบเก็บไว้และการให้ลูกดูดนมแม่จากเต้า

3. เทคนิคการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่

- ควรจัดให้มารดาและทารก รวมทั้งครอบครัวอยู่ในบริเวณหอผู้ป่วยหลังคลอดที่เป็นส่วนตัว

- การโอบกอดเนื้อแนบเนื้อและให้ทารกดูดนมแม่จากเต้าด้วยตนเอง เป็นช่วงเวลาที่มารดาปรับตัวเกี่ยวกับความพิการของทารก ลดการปฏิเสธทารกที่พิการ และผ่อนคลายในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

- การอุ้มและการจัดท่าทารกมีความสำคัญมากต่อการอมหัวนมและลานนมให้แนบสนิทเช่นเดียวกับทารกปกติ

3.1 การช่วยเหลือทารกที่มีภาวะปากแหว่ง

- ควรอุ้มทารกให้อยู่บริเวณสูงสุดของเต้านม ให้แก้มทารกสัมผัสเต้านม

และกระชับริมฝีปากที่แหว่งเข้ากับเต้านมให้มากที่สุด ถ้าทารกมีปากแหว่งด้านขวา ควรใช้ท่าขวางตักประยุกต์ (cross-cradle position) เมื่อต้องการให้ดูดนมจากเต้าข้างขวา และใช้ท่าอุ้มลูกฟุตบอลแนบชิดด้านซ้ายของมารดาเมื่อต้องการดูดนมจากเต้าซ้าย

- ถ้าริมฝีปากแหว่งลึกมากหรืออมหัวนมและลานนมไม่กระชับด้วยท่าอุ้มปกติ มารดาควรประคองเต้านมรูปถ้วย โดยให้ส่วนล่างของเต้านมอยู่บริเวณใต้คางของทารก และใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ของมือที่ประคองเต้านมอุดรอยแหว่งของริมฝีปาก ยื่นนิ้วชี้ที่อยู่ด้านล่างของเต้านมไปรองใต้คางของทารก หรือใช้นิ้วดันแก้มของทารกเพื่อช่วยให้รอยแหว่งของริมฝีปากลดลงและริมฝีปากแนบสนิทกับลานนมและหัวนมมากขึ้น

- ถ้าริมฝีปากแหว่งทั้งสองข้าง ควรจัดท่าที่มารดาและทารกหันหน้าเข้าหากันและทารกนั่งดูดนม (face on straddle position) มารดาควรอยู่ในท่านั่งเอนหลัง จับลูกนั่งบนตัก อาจใช้หมอนรองก้นทารกเพื่อให้ปากทารกอยู่บริเวณหัวนม ขณะที่ทารกหันหน้าตรงเข้าหามารดา ใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่ให้ทารกดูดนมประคองบริเวณท้ายทอยของทารกและใช้อีกมือหนึ่งประคองเต้านมแบบรูปถ้วย พร้อมกับดันคางให้ชิดกับลานนมด้านล่าง ควรใช้มือที่ประคองเต้านมบีบนมเป็นจังหวะเพื่อเพิ่มการหลั่งน้ำนมและทารกสามารถดูดนมจนเกลี้ยงเต้า

3.2 การช่วยเหลือนทารกที่มีเพดานโหว่หรือปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่

- ทำอุ้มทารกที่ควรใช้มากที่สุดได้แก่ ทำอุ้มลูกฟุตบอลหรืออุ้มด้านข้างใต้ท้องแขน (football or under forearm hold) และการจับนั่งบนตักหันหน้าเข้าหามารดา (face on straddle position) ลำตัวทารกต้องแนบชิดกับลำตัวด้านข้างหรือด้านหน้าให้มากที่สุด หัวไหล่ต้องอยู่สูงกว่าลำตัว คางของทารกต้องแนบชิดกับลานนมและเต้านมด้านล่างให้มากที่สุด ควรให้หัวนม ลานนม และเต้านมส่วนใหญ่อยู่ทางด้านที่มีส่วนของเพดานแข็งเหลืออยู่มากกว่า

- ขณะให้ดูดนม ควรประคองศีรษะทารกให้สูงประมาณ 45-90 องศา จากระนาบตักของมารดา หรือให้ทารกอยู่ในท่ากึ่งนั่ง หลังของทารกอยู่ในแนวตรง

กับศีรษะและสะโพกให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการไหลย้อนของนมจากช่องปากไปยัง รูจมูกและการไหลเข้าช่องหูผ่านทาง Eustachian tube การให้ดูดนมทำนอง ช่วย ให้เพดานและลิ้นกดบริเวณหัวนมและลานนมได้มากขึ้น และดูดได้น้ำนมมากขึ้น รวมทั้งป้องกันไม่ให้หัวนมสัมผัสกับรอยโหว่ของเพดานและลดการฟุ้งของนมขึ้น ช่องจมูก

- มารดาควรใช้การประคองเต้านมแบบรูปตัวยูในช่วงทารกเริ่มหัดดูดนมเพื่อประคองคางด้านล่างให้แนบชิดกับเต้านม กดแก้มทั้งสองข้างให้ริมฝีปาก ปิดสนิทและคลุมมิดลานนม ถักรอยแหงของริมฝีปากปิดไม่สนิทให้ใช้นิ้วหัวแม่มือ หรือนิ้วชี้ดันเนื้อเต้านมให้เข้าชิดกับรอยแหง ถ้าคางของทารกยังเคลื่อนหลุดจาก เต้านมขณะดูดนมให้หยีนิ้วชี้มาช่วยดันคางไว้จะช่วยให้กรามล่างของทารกเคลื่อน ขึ้นลงได้ง่ายขึ้นขณะดูดนม และมีแรงดูดนมมากขึ้น

- ถักรอยโหว่ของเพดานใหญ่มาก จำเป็นต้องใช้ทำอุ้มนั่งบนตัก กระจับ คางทารกเข้าหาเต้านมจนปลายหัวนมชี้ลงล่างและกดลงบนลิ้นมากกว่าคางเพดาน ควรบีบนมด้วยมือที่ประคองเต้านมเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมให้ไหลลงบริเวณกลาง ลิ้นและโคนลิ้นมากขึ้นจะช่วยกระตุ้นการกลืนและเพิ่มความถี่ของการดูดนมรวมทั้งทารกได้ปริมาณนมแม่มากขึ้นโดยใช้เวลาให้นมสั้นลงและไม่อ่อนล้า

- การใช้แผ่นเพดานเทียม (palatal obturator) เพื่อช่วยปิดรอยโหว่ของเพดานอาจจำเป็นในทารกบางรายที่เนื้อลานนมยังถูกดึงเข้าไปในช่องปากไม่เต็มที ส่วนแผ่นที่ใส่ตัดแนวสันเหงือกก่อนการผ่าตัดเพดานอาจจำเป็นในทารกที่แนว สันเหงือกที่แหงรุนแรงมากจนช่องจมูกเสียรูป

- กรณีที่จำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ชนิดใดชนิดหนึ่ง ต้องแนะนำมารดา เกี่ยวกับวิธีใช้อย่างถูกต้อง ไม่ควรแนะนำให้มารดาบ่อนนมทางขวดแต่ควรสร้างความมั่นใจว่าเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมง่ายขึ้น ไม่ใช่เป็นอุปกรณ์ เพิ่มประสิทธิภาพการหลั่งน้ำนม

- หลังใส่แผ่นเพดานเทียมหรือแผ่นตัดแนวสันเหงือก ต้องฝึกให้ทารก อ้าปากกว้างๆ โดยการกดคางลงหลายๆ ครั้งให้ปลายลิ้นตกลงและยื่นถึงส่วนหลัง

ของกรามด้านล่าง ก่อนที่มารดาจะค่อยๆ วางหัวนมให้ลึกและกดถึงโคนลิ้นพร้อมกับบีบนมลงบนลิ้นเพื่อกระตุ้นการกลืนและการดูดต่อไป มารดาควรหลีกเลี่ยงการให้ทารกอมหัวนมแม่ด้วยแผ่นเทียมที่ใส่ไว้เพราะทารกจะเจ็บและปฏิเสธการดูดนมจากเต้า

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถทำได้ทันทีหรือประมาณ 1 วันหลังการเย็บริมฝีปากที่แหว่งเพราะมีประโยชน์ต่อแผลผ่าตัดมากกว่าการป้อนนมด้วยช้อน หัวนมที่อ่อนนุ่มและน้ำนมที่บีบให้ไหลเข้าปากโดยง่ายทำให้เด็กเจ็บแผลน้อยลงและแผลหายเร็วขึ้น

- ต้องนัดทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ทุกคนมาติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่บ่อยครั้งกว่าเด็กปกติจนกว่าจะมั่นใจว่ามีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามเกณฑ์

บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปที่เห็นความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเคยช่วยเหลือทารกปกติให้ได้รับนมแม่ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ สามารถช่วยเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยสนับสนุนการวางแผนแก้ไขความพิการทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การเข้าใจโลกและสาเหตุของปัญหาการให้อาหารทารกและการช่วยให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอและยาวนานพอตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ จะช่วยให้ทารกและเด็กที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองเช่นเดียวกับทารกปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Goyal A, Jena AK, Kaur M. Nature of feeding-practices among children with cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012;30(1):47-50.
2. Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011;12(5):250-5.
3. Pathumwiwatana P, Tongsukho S, Naratippakorn T, Pradubwong S, Chusilp K. The promotion of exclusive breastfeeding in infants with complete cleft lip and palate during the first 6 months after childbirth at Srinagarind Hospital, KhonKaen Province, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2010;93(Suppl 4):S71-7.
4. Reilly S, Reid J, Skeat J, Cahir P, Mei C, Bunik M; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #18: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised 2013. *Breastfeed Med.* 2013;8(4):349-53.

การให้นมแม่ในการก กลุ่มอาการดาวน์

พภาพรรณ เกียรติชูสกุล

ความรู้พื้นฐาน

กลุ่มอาการดาวน์เป็นภาวะทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยประมาณ 1 ใน 641-800 ของทารกเกิดมีชีพ โดยมีความผิดปกติที่โครโมโซมคู่ที่ 21 เพิ่มขึ้น ทารกมีลักษณะใบหน้าแบนโดยเฉพาะบริเวณดั้งจมูก หางตาชี้ขึ้น คอสั้น ใบหูเล็ก ลิ้นใหญ่หรือยื่นออกนอกช่องปาก มีเส้นขวางฝ่ามือเส้นเดียว มือเท้าเล็ก แขนขาสั้น ช่องระหว่างนิ้วหัวแม่เท้าและนิ้วเท้าที่สองกว้างกว่าปกติ ตัวนุ่มนิ่ม กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีพัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้าซึ่งแต่ละรายมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ตั้งแต่ระดับน้อย (IQ 50-70) ระดับปานกลาง (IQ 35-50) หรือระดับรุนแรง (IQ 20-35) ในบางราย ทารกมักมีความผิดปกติในระบบอื่นด้วย เช่น การได้ยินบกพร่อง (ร้อยละ 75) หูชั้นกลางอักเสบ (ร้อยละ 50-70) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 40-50) ปัญหาพร่องฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (ร้อยละ 4-18) ระบบการย่อยและดูดซึมอาหารไม่ดี ลำไส้อุดตัน (Hirschsprung disease) โรคของระบบเม็ดเลือด (transient myeloproliferative disorder) และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปัญหาภูมิคุ้มกันโรคต่ำ มีการติดเชื้อได้ง่าย⁽¹⁾



ปัญหาและข้อที่ควรคำนึงถึง

การให้นมแม่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทารกกลุ่มอาการดาวน์ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้มาก การให้นมแม่ในทารกกลุ่มอาการดาวน์มีประโยชน์ดังต่อไปนี้

• การป้องกันการติดเชื้อ

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อในหู และการติดเชื้ออื่นๆ รวมทั้งโรคหัดบางชนิด ในนมแม่มีส่วนประกอบของเซลล์ที่มีชีวิตและมีแอนติบอดีที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งส่วนประกอบเหล่านี้ไม่มีในนมผงดัดแปลงสำหรับทารก เมื่อมารดาได้รับเชื้อโรคร่างกายจะสร้างแอนติบอดีที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อเดิมในครั้งต่อไป แอนติบอดีที่มีความจำเพาะเหล่านี้จะถูกส่งไปสู่ทารกผ่านทางน้ำนมแม่และช่วยป้องกันการติดเชื้อเดียวกันในทารก⁽²⁾

• ลดปัญหาในระบบการย่อยและการดูดซึม

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักมีปัญหาเรื่องระบบการย่อยอาหาร นมแม่ย่อยและดูดซึมได้ง่ายกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกและลดการเกิดปัญหาท้องผูก การกินนมแม่ยังช่วยลดโอกาสที่จะเกิดโรคอ้วนในอนาคตซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกกลุ่มนี้

• กระตุ้นพัฒนาการการเคลื่อนไหวของช่องปาก

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักมีกายวิภาคในช่องปากต่างจากทารกปกติโดยมีเพดานปากแบนและมีลิ้นโตหรือออกมานอกช่องปาก ทำให้ทารกมีปัญหาในเรื่องแรงดูดน้อย ระยะเวลาและความถี่ในการดูดไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้นมีประสิทธิภาพไม่ดี การดูดนมแม่จากเต้าต้องอาศัยวิธีการจำเพาะเพื่อทำให้การดูดและการกลืนสัมพันธ์กัน วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกขากรรไกรและกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าซึ่งจะช่วยในเรื่องของพัฒนาการทางภาษาและการพูดต่อไปในอนาคต⁽²⁾

- **ส่งเสริมพัฒนาการทางสมอง**

ในนมแม่มีกรดไขมัน DHA กรดไขมันชนิดนี้มีส่วนช่วยทำให้พัฒนาการดีขึ้น การศึกษาหลายการศึกษาพบว่าทารกที่ได้รับนมแม่มี IQ ต่ำกว่าทารกที่ได้รับนมผง ดัดแปลงสำหรับทารก การได้รับกรดไขมัน DHA จากนมแม่และการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อขณะให้นมยังช่วยทำให้เกิดการกระตุ้นโครงข่ายเซลล์ประสาทและเพิ่มศักยภาพการเรียนรู้ในอนาคต

- **ลดการเกิดภูมิแพ้และปัญหาทางผิวหนัง**

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักมีปัญหาเรื่องผิวหนังมากกว่าทารกปกติ เช่น ผิวแห้ง ผิวหนังอักเสบมีโอกาสเกิดภูมิแพ้และการแพ้อาหาร ซึ่งนมแม่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของปัญหาเหล่านี้

- **ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก**

การมีบุตรที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น ทารกกลุ่มอาการดาวน์ มักทำให้มารดามีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่มั่นใจว่าจะสามารถให้นมแม่ได้สำเร็จ การสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจทำให้มารดาารู้สึกดีขึ้นเนื่องจากได้ทำในสิ่งที่มีความหมายต่อบุตรเพื่อทำให้บุตรมีสุขภาพที่ดีขึ้น การโอบกอดเนื้อแนบเนื้อขณะให้นมยังเป็นการช่วยกระตุ้นทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม กรณีที่ไม่สามารถให้ทารกเข้าเต้าได้ การโอบกอดและการกระตุ้นโดยการสัมผัสก็สามารถส่งเสริมให้มีความใกล้ชิดและสายสัมพันธ์มารดาและทารกได้

- **ให้ความรู้สึกสบายในยามเจ็บป่วยหรือมีความเครียด**

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ทำให้ต้องถูกตรวจร่างกาย ถูกเจาะเลือด ฉีดยาหรือแม้กระทั่งการผ่าตัด การให้นมแม่ทำให้ทารกผ่อนคลายในขณะมีความเครียดหรือถูกทำหัตถการที่เจ็บปวดได้

- **ส่งเสริมความรู้สึกของการเป็นแม่**

เทคนิคต่างๆ ที่ต้องใช้เพื่อช่วยทำให้ทารกเรียนรู้วิธีการดูนมไม่ว่าจะเป็น

เรื่องของการห่อถ่อม การปลอบโยน จะเป็นวิธีการเดียวกับที่มารดาใช้ในการเลี้ยงดูและส่งเสริมให้ทารกมีการพัฒนาตามศักยภาพ ฮอริโมน oxytocin หลังออกมาขณะให้นมทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล

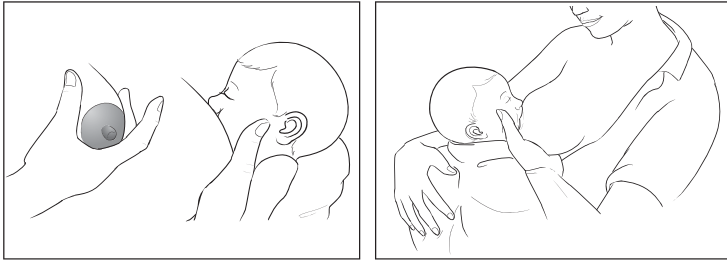
แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักประสบปัญหาเรื่องการดูดนมแม่เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งสามารถทำให้เกิดปัญหาในการจัดทำเพื่อให้นม อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของโรคอาจมีความแตกต่างกันในทารกแต่ละราย การที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมกับลิ้นที่โตหรือเพดานปากที่แบนทำให้การดูดกลืนยากลำบาก การดูดไม่มีประสิทธิภาพดีพอเนื่องจากลิ้นไม่เคลื่อนเป็นจังหวะเพื่อรีดน้ำนมออกจากเต้านมแม่⁽³⁾ นอกจากนี้ในช่วงสัปดาห์แรกๆ ของชีวิต ทารกกลุ่มอาการดาวน์มักนอนหลับมากกว่าทารกปกติ ทำให้ต้องมีการปลุกให้ทารกตื่นมาดูดนมบ่อยๆ ทารกส่วนใหญ่จะดูดนมได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และมารดามักรายงานว่ามีปัญหาเรื่องการดูดนมดีขึ้นมากหลังอายุ 3-4 เดือน⁽⁴⁾

ครึ่งหนึ่งของทารกกลุ่มอาการดาวน์จะมีปัญหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย บางรายต้องการการผ่าตัดรักษา แต่ก่อนที่จะรับการผ่าตัดแก้ไขทารกอาจมีอาการเหนื่อยหอบและไม่มีเรี่ยวแรงพอที่จะดูดนม ดังนั้นขณะให้นมอาจจำเป็นต้องมีการหยุดพักเป็นระยะและมีการกระตุ้นเพื่อให้ทารกดูดนมใหม่เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารเพียงพอต่อการเจริญเติบโต ดังนั้นการให้นมในทารกกลุ่มอาการดาวน์จึงเป็นเรื่องท้าทายต้องอาศัยความรู้และการตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การให้นมแม่เพื่อทำให้ทารกได้รับสารอาหารและมีการเจริญเติบโตเพียงพอสามารถทำได้โดยควรได้รับคำแนะนำช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการให้นมแม่

ควรเริ่มให้ทารกดูดนมแม่เร็วที่สุดเมื่อทารกมีอาการคงที่ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่ในห้องคลอด แนะนำให้มารดาโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (kangaroo หรือ skin to skin contact) ในทารกที่ยังดูดนมได้ไม่ดี การโอบกอดแบบนี้ยัง

เป็นการกระตุ้นให้ทารกตื่นตัวและมีความพร้อมในการดูดนมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นและช่วยสายสัมพันธ์ของครอบครัว โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการให้นมแม่คอยช่วยเหลือและประเมินเรื่องการอมลานนม การดูดรวมทั้งปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ ก่อนการให้นมแม่สามารถใช้มือบีบน้ำนมออกเล็กน้อยพอเริ่มให้มีน้ำนมไหลเนื่องจากทารกกลุ่มอาการดาวน์บางรายอาจดูดไม่แรงพอที่จะทำให้มีน้ำนมไหลได้ดีในช่วงแรก มารดาควรใช้มือนวดลานนมให้นุ่มลงเพื่อให้ทารกอมลานนมได้ง่ายขึ้น วิธีนี้จะช่วยไม่ทำให้ทารกเหนื่อยเกินไป สามารถช่วยจัดท่าทารกขณะให้นมแม่โดยการรองบริเวณศีรษะและขากรรไกรเพื่อให้ตำแหน่งศีรษะสูงเข้าเต้าพอดีโดยอาจใช้หมอนหนุนหรือใช้ผ้าช่วยแขวนลำตัว (sling) คล้องช่วยจะทำให้ทารกไม่เหนื่อยเกินไปในการทำให้ศีรษะอยู่ในตำแหน่ง การประคองบริเวณคางจะช่วยให้ทารกไม่เหนื่อยและไม่สูญเสียการอมลานนมที่ถูกต้อง ขณะให้นมสามารถอุ้มให้ด้านข้างลำตัวทารกอยู่บนตัก หน้าอกทารกแนบกับท้องมารดา แขนด้านข้างของทารกอยู่รอบตัวมารดาเพื่อทารกจะได้ไม่ต้องหันศีรษะเพื่อเข้าหาเต้านม อาจต้องลองให้นมในท่าต่างๆ และหาท่าที่สะดวกสบายที่สุด ขณะดูดนมให้มารดาใช้มือประคองด้านล่างของเต้านมเป็นรูปตัว U หรือลักษณะคล้ายถ้วยโดยใช้นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อยประคองด้านล่างและด้านข้างของเต้านม ขณะเดียวกันให้คางทารกวางอยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ในลักษณะเหมือนการรำละคร (dancer hand position) นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กดลงบนกล้ามเนื้อ masseter เบาๆซึ่งช่วยทำให้กระดูกขากรรไกรมั่นคง นอกจากนี้การดึงกระดูกขากรรไกรมาทางด้านหน้าเล็กน้อยยังทำให้ทารกอมลานนมได้กระชับและไม่หลุดจากลานนมและหัวนมได้ง่าย อีกมือหนึ่งของมารดาสามารถช่วยประคองคอหรือหัวไหล่ทารก^(4,5) (รูปที่ 39-1) ควรให้นมบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมงเพื่อให้ทารกได้รับนมเพียงพอซึ่งสามารถประเมินได้จากปริมาณการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของทารก ซึ่งในทารกกลุ่มอาการดาวน์ที่ครบกำหนดน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นช้ากว่าทารกครบกำหนดปกติ⁽⁶⁾ โดยสามารถติดตามการเจริญเติบโตของทารกกลุ่มอาการดาวน์ด้วยการใช้กราฟการเจริญเติบโตของทารกกลุ่มอาการดาวน์ (growth charts for children with Down syndrome)⁽⁷⁾



รูปที่ 39-1 ทำการให้นมในทารกกลุ่มอาการดาวน์
(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 5)

ในทารกกลุ่มอาการดาวน์บางรายอาจมีปัญหาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เพิ่มขึ้นทำให้มีอาการเกร็งตัวแ่นซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในการให้นม การจัดท่าให้ทารกงอตัว หลังโค้ง งอเข่าคล้ายท่าทารกในครรภ์หรือการห่อตัวด้วยผ้าหรือใช้ sling อาจทำให้ทารกอยู่ในท่าอลำตัวได้ดีขึ้น อาจใช้มือทั้งสองข้างช่วยประคองศีรษะและเต้านมได้ง่ายขึ้น

หากทารกไม่สามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้รู้สึกเหนื่อยและไม่สามารถเข้าเต้าได้นานพอที่จะได้รับไขมันจากน้ำนมส่วนหลังทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอที่จะเติบโต ในทารกที่มีอาการหลับมากต้องมีการช่วยกระตุ้นเพื่อให้ตื่นตัวจะทำให้ดูดนมได้ดีขึ้น

กรณีที่ทารกไม่สามารถดูดนมแม่จากเต้าได้เพียงพออาจต้องพิจารณาการให้นมด้วยวิธีอื่นเสริมเช่น การบ้วนด้วยแก้ว ช้อน เป็นต้น กรณีที่ทารกไม่สามารถดูดนมแม่หรือมีการแยกมารดาและทารกจากกัน ควรให้มารดาเริ่มบีบเก็บน้ำนมภายใน 2 ชั่วโมงและทำทุก 3 ชั่วโมงให้ได้ 8 ครั้ง/วัน เพื่อให้มีการหลั่งน้ำนมที่มากพอ มารดาต้องบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอจนกว่าทารกได้กลับมาอยู่กับมารดาและดูดนมได้ดีขึ้น โดยต้องเน้นให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของการให้นมแม่

สรุป

การให้นมแม่ในทารกกลุ่มอาการดาวน์อาจไม่ใช่เรื่องง่าย การตระหนักถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและแก้ไขโดยใช้เทคนิคต่างๆ สามารถช่วยให้ทารกเข้าเต้าและรับนมได้เพียงพอ มีการเจริญเติบโตที่ดีรวมทั้งลดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Bull MJ, Committee on Genetics. Health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics*. 2011;128:393-406.
2. Walker M. Influence of biospecificity of human milk. In: Walker M. editor. *Breastfeeding management for the clinician: using the evidence*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett Learning; 2011. p. 3-69.
3. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants with Down's syndrome. *Acta Paediatr*. 2001;90:1384-8.
4. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding the hypotonic infant. In: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 907-12.
5. กุสุมา ชูศิลป์, จรรยา จิระประดิษฐา, วิไลพร เตชะสาธิต. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ผิดปกติหรือป่วย. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. *ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 191-208.

6. Thomas J, Marinelli KA, Hennessy M, The academy of breastfeeding medicine protocol committee ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant. *Breastfeed Med.* 2007;2:112-8.
7. Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schadt K, Freedman DS, et al. Growth charts for children with Down syndrome in the United States. *Pediatrics.* 2015;136:e1-9.

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกที่ได้รับการผ่าตัดรักษา เนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิด

จรรยา จิระประดิษฐา

ความรู้พื้นฐาน

ทารกที่ต้องได้รับการผ่าตัดเนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินอาหาร ภาวะผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะผิดปกติของผนังหน้าท้อง เช่น gastroschisis และ omphalocele ภาวะทางเดินอาหารและลำไส้อุดตันแต่กำเนิด เช่น esophageal atresia/tracheoesophageal fistula ลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่อุดตันหรือตีบ (atresia/stenosis) หรือไม่มีเซลล์ประสาท (aganglionosis) และภาวะไส้เลื่อนกระบังลม (congenital diaphragmatic hernia; CDH) เป็นต้น

2. ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบอื่นนอกเหนือจากระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะผิดปกติแต่กำเนิดของระบบประสาท เช่น spina bifida with meningomyelocele ภาวะผิดปกติแต่กำเนิดของระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินหายใจ เช่น congenital cystic adenomatoid malformation (CCAM) เป็นต้น



ทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นทารกที่จะได้รับประโยชน์จากการได้กินนมแม่ แต่ภาวะผิดปกติแต่กำเนิดของทารกอาจทำให้ทารกต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่จำเพาะทำให้ทารกต้องงดอาหารทางปาก (nothing by mouth/nil per os; NPO) ทารกอาจต้องได้รับการผ่าตัดรักษาหลายครั้งและอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้ทารกต้องแยกจากมารดาหรือถูกส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลอื่น เป็นเหตุให้ทารกไม่ได้กินนมแม่นอกจากนั้นบทบาทของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือการได้รับนมแม่อาจไม่ถูกคำนึงถึงเป็นอันดับต้นๆ ในการดูแลทารกเหล่านี้

การเริ่มให้อาหารในทารกหลังผ่าตัดโดยเฉพาะทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินอาหารจะต้องเริ่มทีละน้อยและเพิ่มปริมาณนมทีละขึ้นอย่างช้าๆ นมแม่เป็นแหล่งของสารอาหารที่เหมาะสมแก่ทารกทุกรายรวมทั้งทารกที่มีความเจ็บป่วยในกลุ่มนี้เนื่องจากในนมแม่มีองค์ประกอบที่มีภูมิคุ้มกัน เช่น alpha-lactalbumin, epidermal growth factor, secretory IgA, lactoferrin, lysozymes, oligosaccharides เป็นต้น ซึ่งสามารถป้องกันการติดเชื้อรวมทั้งปกป้องและสร้างเสริมการพัฒนาความสมบูรณ์ของทางเดินอาหาร นมแม่มีองค์ประกอบที่ให้พลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมแก่ทารก เช่น alpha-lactalbumin, เคซีน แลคโตส โขเดียม เป็นต้น และนมแม่มีองค์ประกอบที่ส่งเสริมพัฒนาการทางสมองของทารก⁽¹⁾

การให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยมีหลักฐานว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของการติดเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (nosocomial infections) โดยสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ป้องกันภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและภาวะลำไส้เน่าเปื่อย (necrotizing enterocolitis)⁽²⁾ ทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากมีความผิดปกติแต่กำเนิดส่วนใหญ่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นเวลานานและเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงได้รับประโยชน์หากได้กินนมแม่ นมแม่มีผลดีต่อทารกหลังผ่าตัดเนื่องจากมีองค์ประกอบที่ย่อยง่ายทำให้ gastric emptying time ดีขึ้น⁽³⁾ มีผลดีต่อทารกที่มีปัญหา gastroesophageal reflux⁽⁴⁾ และลดระยะเวลาการให้สารอาหารทางหลอดเลือด

เป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดที่ต้องการการผ่าตัดรักษาคือทารกได้รับนมแม่และเมื่อทารกอาการดีขึ้นก่อนกลับบ้านทารกสามารถเข้าเต้าและดูดนมแม่จากเต้าได้⁽⁵⁾ ดังนั้นบุคลากรควรส่งเสริมให้ทารกหลังการผ่าตัดที่มีอาการคงที่ได้รับนมแม่โดยเร็วที่สุด

การดูแลส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการกึ่งที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิด

ขั้นตอนที่แนะนำในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิดมีดังนี้⁽⁵⁻⁷⁾

- **การให้ความรู้มารดาและครอบครัวถึงประโยชน์ของนมแม่** โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอด (prenatal counseling) เพื่อส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวเลี้ยงทารกด้วยนมแม่

- **การบีบเก็บน้ำนมหลังคลอด** เพื่อให้มารดาคงการหลั่งและผลิตน้ำนมได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอในการใช้เลี้ยงทารกเมื่อทารกสามารถเริ่มกินนมได้ เนื่องจากทารกป่วย มารดาและทารกต้องแยกจากกัน การบีบเก็บน้ำนมของมารดาควรเริ่มทำหลังคลอด 2-4 ชั่วโมง โดยมีหลักฐานว่าการใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนมชนิด hospital-grade double electric breast pump จะทำให้การเก็บน้ำนมมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ ควรบีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง บีบเก็บน้ำนมวันละ 8-10 ครั้ง มารดาควรได้รับคำแนะนำให้ทำสมุดบันทึกการบีบเก็บน้ำนม โดยบันทึกความถี่และปริมาณน้ำนม โดยในปลายสัปดาห์ที่ 1-2 หลังคลอดมารดาควรบีบเก็บน้ำนมได้ในปริมาณ 500-1000 มล.ต่อวันและเมื่อมารดาสามารถคงปริมาณการหลั่งและผลิตน้ำนมได้คงที่แล้วก็สามารถลดความถี่ของการบีบเก็บน้ำนมต่อวันลงได้บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนมารดาให้สามารถบีบเก็บน้ำนมคงการหลั่งและการผลิตน้ำนมในช่วงเวลาหลายสัปดาห์หลังคลอด ขณะที่ทารกยังคงต้องงดอาหารทางปาก ประเมินความถี่และปริมาณน้ำนมที่มารดาผลิตได้ว่าเหมาะสมเพียงพอหรือไม่ การคงปริมาณการหลั่งและผลิตน้ำนมของมารดาให้ได้มากเพียงพอมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดูดนมแม่จากเต้าของทารกใน

เวลาต่อมา

- การดูแลทำความสะอาดช่องปากทารกด้วยหัวนมและนมแม่ (oral care with colostrums and human milk)** ในปี 2008 Rodriguez และคณะ⁽⁹⁾ แนะนำให้ใช้หัวนมในการดูแลช่องปากของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม เนื่องจากการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีการให้ interferon-alpha หยดในช่องปากพบว่าสารปริมาณน้อยนี้สามารถถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากได้ หัวนมมีองค์ประกอบของโปรตีน กรดอะมิโน cytokines และ secretory IgA ที่สามารถต่อต้านการรุกรานของเชื้อก่อโรค นอกจากนี้ ยังมีการพบ pancreatic secretory trypsin inhibitor (PSTI) ทั้งในหัวนมและในนมแม่ที่มีคุณสมบัติในการปกป้องและซ่อมแซมเยื่อกระเพาะอาหาร⁽¹⁰⁾ การดูแลทำความสะอาดช่องปากทารกด้วยหัวนมและนมแม่จึงมีผลดีต่อทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากมีความผิดปกติแต่กำเนิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อและปกป้องเยื่อกระเพาะอาหารในขณะที่ทารกต้องงดอาหารเป็นเวลานาน บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลทารกสามารถให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทำความสะอาดช่องปากทารกด้วยนมแม่ได้ โดยการนำไม้พันสำลีที่สะอาดปราศจากเชื้อจุ่มลงในนมแม่แล้วนำไปถูที่ริมฝีปาก ด้านในช่องปากและกระพุ้งแก้มของทารก หรือในรายที่ทารกยังไม่สามารถทำ nonnutritive sucking ที่เต้านมแม่ได้อาจใช้จุกนมปลอมจุ่มนมแม่แล้วนำไปให้ทารกดูดเป็นการดูแลช่องปาก โดยทารกควรได้รับการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยนมแม่อย่างน้อยวันละครั้ง อาจกระตุ้นให้มารดาทำได้บ่อยครั้งเท่ากับจำนวนการบีบนมของมารดาในแต่ละวันโดยใช้นมแม่ที่บีบออกมาใหม่นั้น ดูแลช่องปากทารก การทำกิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทารก รวมทั้งเป็นการเพิ่มสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งคนในครอบครัว⁽⁶⁾

- การโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care; SSC)** ก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อมารดาและทารก ด้านมารดาทำให้เพิ่มปริมาณการผลิตน้ำนม มีอารมณ์คงที่ ลดความเจ็บคัดตึงเต้านม (breast engorgement) และเพิ่มสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก⁽⁶⁾ ด้านทารกทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจนและอุณหภูมิกายของทารกคงที่ ลดความเจ็บปวดและ

ความเครียด เพิ่มภาวะหลับลึกของทารก (deep sleep states) และน้ำหนักรทารก⁽¹⁾ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และทำให้ทารกสามารถเข้าเต้าและดูดนมแม่จากเต้าได้สำเร็จเร็วขึ้น⁽⁶⁾ ในทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิด อาจต้องรอเวลาเป็นหลายวันถึงหลายสัปดาห์จนกว่าทารกจะมีอาการคงที่พอที่มารดาจะเริ่มโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อได้ โดยทารกอาจยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (noninvasive respiratory support) ระยะเวลาก่อนหน้านั้นบุคลากรสามารถเตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวโดยการให้ความรู้เรื่องการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อและทำทางในการอุ้มทารก สำหรับทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกหลังการผ่าตัดช่องท้องหรือทารกหลังการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของไขสันหลังโดยให้มารดาดูจากเอกซเรย์ภาพ วีดิทัศน์ สังเกตดูมารดาและทารกที่เจ็บป่วยรายอื่น และทดลองโอบกอดเนื้อแนบเนื้อกับหุ่นทารกจำลอง เมื่อไรก็ตามที่ทารกมีอาการคงที่ควรเริ่มการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อทันทีเป็นจำนวนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวันและเป็นเวลาอย่างน้อยครั้งละ 1 ชั่วโมง⁽⁵⁾

- **การฝึกดูดนมจากเต้านมแม่ (nonnutritive sucking at the breast)**

ทำให้ทารกป่วยสามารถเปลี่ยนจากการกินนมแม่ด้วยวิธีช่วยอื่น เช่น ทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร มาสู่การเข้าเต้าและดูดนมแม่จากเต้าได้เร็วขึ้น และสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ในเวลาต่อมา⁽⁶⁾ เมื่อมารดาได้ฝึกการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อและทารกถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว มารดาสามารถเปลี่ยนทำอุ้มทารกจากที่เคยวางทารกไว้แนบทรวงอกระหว่างเต้านมทั้งสองข้างมาเป็นการนำทารกเข้าเต้า ในทารกที่ยังไม่พร้อมจะดูดกลืนนมแม่ได้ เช่น ทารกที่ยังมีอาการหายใจเร็ว ต้องใช้แรงในการหายใจมาก ควรเริ่มด้วย nonnutritive sucking โดยให้มารดาบีบเก็บน้ำนมออกจนเกลี้ยงเต้าก่อนนำทารกมาเข้าเต้า และเริ่มฝึกดูดจากเต้าซึ่งจะทำให้ทารกยังไม่ได้รับน้ำนมจริงจากการฝึกดูดนี้⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ยังมีความสำคัญต่อทารกในรายที่มีการผ่าตัดของระบบทางเดินอาหารที่จำเป็นต้องกำหนดปริมาณนมที่ทารกสามารถรับได้ต่อวัน ทำให้ทารกได้มีโอกาสฝึกฝนการดูดนมจากเต้านมแม่และพร้อมต่อการกินนมแม่จากเต้าในระยะเวลาต่อมา เมื่อระบบทางเดินอาหารของทารกมีความพร้อมหลังการผ่าตัดรักษาได้งายขึ้น⁽⁵⁾

- **การเปลี่ยนสู่การกินนมแม่จากเต้า (transition to at-breast feed)**

ทารกที่กินนมแม่จะมีอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดคงที่กว่าทารกที่กินนมขวด เนื่องจากนมจากขวดจะไหลออกได้รวดเร็วกว่านมจากเต้านมแม่ จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาในทารกหลังการผ่าตัดได้ การดูดนมแม่จากเต้าจะทำให้ทารกหลังการผ่าตัดสามารถหายใจได้ง่ายกว่าและสามารถควบคุมการดูด การกลืนให้สัมพันธ์กับการหายใจได้ดีกว่า⁽¹²⁾ มารดาของทารกหลังการผ่าตัดอาจได้รับคำแนะนำให้บีบน้ำนมออกเป็นเวลา 1-2 นาที หรือจนกว่าจะเริ่มมีการไหลของน้ำนมก่อนนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นให้เกิด let down reflex ทำให้ทารกไม่ต้องใช้พลังงานมากในการเริ่มต้นดูดนมให้เกิดการไหลของน้ำนม และควรชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังนำทารกเข้าเต้าเพื่อคำนวณปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ ในทารกที่มีแผลผ่าตัด มารดาควรจัดทำทารกให้เหมาะสมในการนำทารกเข้าเต้าโดยทำที่นิยมใช้คือ ทำอุ้มขวางดักประยุกต์และทำอุ้มฟุตบอล⁽⁵⁾ หากทารกเข้าเต้าได้ไม่ต่ออาจใช้ nipple shield ช่วยได้⁽⁶⁾ การฝึกฝนทารกหลังการผ่าตัดให้สามารถเข้าเต้าและดูดนมแม่จากเต้าได้ก่อนกลับบ้านทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินและแก้ไขปัญหาของมารดาและทารกแต่ละคู่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง สามารถทำให้ทารกได้รับสารอาหารและมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม ในขณะที่มารดาก็เกิดความมั่นคงและภาคภูมิใจที่สามารถทำให้ลูกดูดนมจากเต้าได้เหมือนทารกปกติทั่วไปและมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป⁽⁵⁾

หากทารกหลังการผ่าตัดที่กินนมแม่มีน้ำหนักตัวขึ้นน้อย อาจพิจารณาแยกนมแม่ที่จะใช้เลี้ยงทารกออกเป็นน้ำนมหนึ่งในสามหรือครึ่งหนึ่งของช่วงแรกเป็นน้ำนมส่วนหน้า (foremilk) และส่วนที่เหลือเป็นน้ำนมส่วนหลัง (hindmilk) โดยให้ทารกกินน้ำนมส่วนหลังจนน้ำหนักตัวสามารถขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ในทารกกลุ่มที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบอื่นนอกเหนือจากระบบทางเดินอาหารที่ไม่จำเป็นต้องงดอาหารก่อนจะถึงกำหนดการผ่าตัด เมื่อถึงเวลาผ่าตัดการกินนมแม่ทำให้ไม่จำเป็นต้องงดอาหารเป็นเวลานานทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเนื่องจากนมแม่ย่อยง่าย สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists) แนะนำให้งดนมแม่ 3 ชั่วโมงก่อนการวางแผนการดมยาแบบ general anesthesia ซึ่งเพียงพอต่อการป้องกันการสำลัก⁽¹³⁾ และ

สามารถให้ nonnutritive sucking ได้จนถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัดก็สามารถให้ทารกกลับมากินนมแม่ได้ในระยะเวลาอันสั้น หากทารกหลังการผ่าตัดมีอาการ reflux สามารถให้นมแม่ในปริมาณน้อยและเพิ่มความถี่ของการให้นมเพิ่มขึ้น และหากทารกไม่สามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้เนื่องจากทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบประสาท มารดาก็ยังคงควรได้รับการสนับสนุนให้บีบเก็บน้ำนมเพื่อคงการหลั่งและการสร้างนมแม่ให้เป็นแหล่งสารอาหารแก่ทารกต่อไป⁽¹³⁾ นอกจากนี้ ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบประสาทมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินในวัยเด็ก การกินนมแม่และการเริ่มอาหารชนิดอื่นช้าออกไปสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินโรคอ้วนในวัยเด็กได้

ในทารกกลุ่มที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินอาหาร เช่น gastroschisis มักมีภาวะการเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ (intestinal dysmotility) ทำให้เกิดภาวะ bacterial overgrowth ตามมาและเกิดผลเสียต่อกลไกภูมิคุ้มกันของเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของ mucosal permeability ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการแพ้อาหารได้ง่ายขึ้น โดยการแพ้อาหารที่สำคัญในทารกกลุ่มนี้คือ การแพ้โปรตีนในนมวัว (cow's milk protein allergy; CMPA) การกินนมแม่ในทารกกลุ่มนี้แม่ได้ประโยชน์แต่มารดาก็จำเป็นต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงโปรตีนจากนมวัวที่มารดาได้รับขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁴⁾

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากมีความผิดปกติแต่กำเนิด สามารถประสบความสำเร็จได้หากมีการเตรียมความพร้อมและทัศนคติของมารดาและครอบครัว ร่วมกับการให้ความสนับสนุนและเฝ้าติดตามประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละขั้นตอนของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ทั้งมารดาและทารกได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นเดียวกับทารกปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Hale TW, Hartmann P. Textbook of Human Lactation. Amarillo, TX: Hale Publishing; 2007.

2. Rodriguez NA, Miracle DJ, Meier PP. Sharing the science on human milk feedings with mothers of very low birth weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34:109-19.
3. Van Den Driessche M, Peeters K, Marien P, Ghoos Y, Devlieger H, Veereman-Wauters G. Gastric emptying in formula-fed and breast-fed infants measured with the ¹³C-octanoic acid breath test. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999;29:46-51.
4. Heacock H, Jeffery H, Baker J, Page M. Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy, newborn infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1992;14:41-6.
5. Taryn ME, Spatz, DL. An innovative model for achieving breast-feeding success in infants with complex surgical anomalies. *J Perinat Neonat Nurs.* 2010;24:246-53.
6. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2004;18:385-96.
7. Spatz DL. State of the science: use of human milk and breast-feeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006;20:51-5.
8. Mitoulas LR, Tat Lai C, Gurrin LC, Larsson M, Hartmann PE. Efficacy of breast milk expression using an electric breast pump. *J Hum Lact.* 2002;18:344-52.
9. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM. Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: theoretical perspectives. *J Perinatol.* 2008;29:1-7.
10. Marchbank T, Weaver G, Nilsen-Hamilton M, Playford RJ. Pancreatic secretory trypsin inhibitor is a major motogenic and protective factor in human breast milk. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2009;296:697-703.
11. Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *J Pediatr.* 2001;138:193-7.
12. Meier PP. Breastfeeding in the special care nursery: prematures and infants with medical problems. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:425-42.

13. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett; 2005.
14. Burge D, Drewett M, Hall N. Do infants with gastroschisis may have a high incidence of non-IgE-mediated cow's milk protein allergy? *Pediatr Surg Int.* 2015;31:271-6.



ทารกที่มีโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก

ศิรินทร์ เชมโก

ความรู้พื้นฐาน

โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Inborn errors of metabolism) คือ ความผิดปกติแต่กำเนิดของโครงสร้างหรือหน้าที่การทำงานของโปรตีนสำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย ได้แก่ การสร้างและการเผาผลาญพลังงาน การสลายและการสร้างไขมัน คาร์โบไฮเดรตหรือโปรตีน รวมถึงการลำเลียงผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ และการสลายของเสียในเซลล์ ทารกที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมนี้อาจมีอาการอาการแสดงและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันและต้องการการรักษาที่แตกต่างกันไปตามชนิดของโรค⁽¹⁾ โรคแต่ละชนิดในกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกนี้เป็นโรคที่พบได้น้อย อัตราการเกิดโรคแตกต่างกันไปตามชนิดโรคและพื้นที่ตั้งแต่ 1:784-1:6,000 ของจำนวนประชากร⁽²⁾ ปัจจุบันในประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกบางชนิดในทารกแรกเกิดเช่น เฟนิลคีโตนูเรีย เป็นต้น แต่โดยทั่วไปแพทย์ควรสงสัยโรคกลุ่มนี้เมื่อพบทารกที่มีอาการซึมไม่รู้สึกตัว ซัก อาเจียนมากโดยไม่ทราบสาเหตุ เหลืองไม่โต พัฒนาการช้า มีกลิ่นตัวผิดปกติ มีภาวะเลือดเป็นกรด น้ำตาลต่ำ แอมโมเนียสูง หรือมีประวัติครอบครัวที่สงสัย ทั้งนี้ควรรีบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

การรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก^(1,2) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

- **การรักษาในภาวะฉุกเฉิน** ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะความไม่สมดุลทางเมตาบอลิก (ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรก มีภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือติดเชื้อแทรกซ้อน) ซึ่งควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการพยายามลดกระบวนการ catabolism และกระตุ้นกระบวนการ anabolism การให้สารที่เป็นโคแฟกเตอร์หรือโคเอนไซม์ในกระบวนการเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติที่เป็นสาเหตุของโรค และเพิ่มการกำจัดสารเมตาบอไลต์ซึ่งเป็นพิษออกจากร่างกาย
- **การดูแลรักษาทางด้านโภชนาการในระยะยาว** เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตที่ดี ซึ่งการดูแลรักษาในระยะนี้หลักการคือการจำกัดสารอาหารบางประเภท (ส่วนใหญ่เป็นโปรตีนและกรดอะมิโนบางชนิด) เพื่อลดสารตั้งต้นของกระบวนการเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ และให้อาหารพิเศษทางการแพทย์ชดเชยเพื่อทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดสารอาหาร

ทารกที่เป็นโรคในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถเลี้ยงด้วยนมแม่ได้บางส่วนร่วมกับนมพิเศษซึ่งปราศจากสารตั้งต้นที่เป็นปัญหาเนื่องจากนมแม่มีโปรตีนและกรดอะมิโนที่มีมักเป็นปัญหาเหล่านี้ต่ำกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกอย่างมาก ยกเว้นโรค galactosemia ซึ่งเกิดจากการขาดเอนไซม์ galactose-1-phosphate uridylyltransferase ทำให้ทารกไม่สามารถสลายกาแลคโตสได้ที่ต้องพิจารณาหยุดนมแม่และให้อาหารทางการแพทย์ที่ปราศจากแลคโตส⁽³⁾ ในบทความนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดโรคที่พบบ่อยในประเทศไทยและต้องการการรักษาด้านโภชนาการในช่วงแรกของชีวิต ได้แก่โรคเฟนิลคีโตนูเรีย (phenylketonuria) ความผิดปกติของวงจรรูเรีย (urea cycle defect) และกลุ่ม organic acidemia

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา**Phenylketonuria**

เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องของเอนไซม์ phenylalanine hydroxylase ซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยนเฟนิลอะลานินเป็นไทโรซีน (tyrosine) จนทำให้ระดับเฟนิลอะลานินในเลือดสูงผิดปกติซึ่งจะผ่านเข้าเนื้อสมองทำให้ผู้ป่วยมีสติปัญญาบกพร่อง

พัฒนาการถดถอย การเคลื่อนไหวผิดปกติ มีปัญหาพฤติกรรม ในบางรายอาจเกิดจากความผิดปกติของโปรตีนซึ่งเป็นโคแฟกเตอร์ของ phenylalanine hydroxylase ได้แก่ tetrahydrobiopterin (BH₄) ดังนั้นหลักการรักษาคือการจำกัดปริมาณฟีนิลอะลานินที่ผู้ป่วยได้รับโดยให้โปรตีน พลังงานและสารอาหารอื่นรวมถึงไทโรซีนให้เพียงพอ ทำได้โดยคำนวณปริมาณฟีนิลอะลานินในนมแม่ (ประมาณ 105 มก./ดล.ในหัวน้ำนมและประมาณ 44 มก./ดล.ในน้ำนมผสมสูตรเต็ม⁽³⁾) ให้ได้เท่ากับที่ควรได้รับตามอายุ^(2,4) และเสริมด้วยอาหารทางการแพทย์ที่ไม่มีฟีนิลอะลานินแต่มีไทโรซีนสูง ในช่วงแรกอาจต้องให้งดนมแม่ชั่วคราว 2-3 วันและให้อาหารทางการแพทย์ที่ไม่มีฟีนิลอะลานินเพื่อให้ระดับฟีนิลอะลานินในเลือดที่สูงมากลดลงอย่างรวดเร็วจนต่ำกว่า 1,000 ไมโครโมล/ลิตร⁽⁴⁾ จึงเริ่มให้นมแม่ได้ อาจสามารถให้ดูจากเต้าได้โดยประเมินปริมาณนมแม่ที่ทารกได้รับจากการชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังเข้าเต้า (test weighing) หรือโดยการให้อาหารทางการแพทย์ที่ไม่มีฟีนิลอะลานินก่อนที่ทารกจะดูดนมแม่ตามต้องการเพื่อจำกัดปริมาณนมแม่ที่ทารกได้รับ (เป็นการจำกัดปริมาณฟีนิลอะลานิน) ทั้งนี้ควรติดตามการรักษาและปรับปริมาณอาหารทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดโดยดูจากระดับฟีนิลอะลานินในเลือดทารกและการประเมินการเจริญเติบโตของทารก โดยส่วนใหญ่ทารกมักจะสามารรถรับนมแม่ได้มากกว่าครึ่งของความต้องการอาหารทั้งหมดเนื่องจากนมแม่มีฟีนิลอะลานินต่ำโดยธรรมชาติ ทั้งนี้ในระหว่างการรักษาควรแนะนำให้แม่บีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอเพื่อคงไว้ซึ่งการสร้างน้ำนม เมื่อทารกถึงอายุที่ควรเริ่มอาหารตามวัยให้ควบคุมปริมาณโปรตีนจากอาหารธรรมชาติซึ่งเป็นแหล่งของฟีนิลอะลานินที่ผู้ป่วยได้รับให้อยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำ⁽²⁾ ควบคุมไปกับนมแม่และอาหารทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้น

แพทย์ควรส่งเสริมให้ทารกที่เป็นโรคฟีนิลคีโตนูเรียได้รับนมแม่ให้นานที่สุด เนื่องจากนมแม่มีปริมาณฟีนิลอะลานินต่ำกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกและมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ทารกที่เป็นโรคฟีนิลคีโตนูเรียที่ได้รับการรักษาด้วยนมแม่คู่กับอาหารทางการแพทย์อย่างเหมาะสมสามารถควบคุมปริมาณฟีนิลอะลานินในเลือดได้ดีโดยต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด⁽²⁾ และมีระดับสติปัญญาที่สูงกว่าเด็กที่ได้รับนมผงดัดแปลงสำหรับทารกก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾

Organic acidemia

ทารกในกลุ่มนี้มีความผิดปกติของการย่อยสลายกรดอะมิโนประเภท branched chain amino acid (BCAA) ซึ่งได้แก่ ลูซีน (leucine) ไอโซลูซีน (isoleucine) และวาเลีน (valine) ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ maple syrup urine disease, isovaleric acidemia, propionic acidemia และ methylmalonic acidemia ความบกพร่องในการทำงานของเอนไซม์ในการย่อยสลายกรดอะมิโนเหล่านี้ทำให้เกิดการคั่งของสารที่เป็นพิษทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรดจากการมีกรดอินทรีย์เกิน มีอาการซึม ชัก เกร็ง พัฒนาการช้าจากการคั่งของสารเมตาบอไลต์ที่เป็นพิษต่อสมอง โดยทั่วไปทารกที่มีอาการรุนแรงคือมีความบกพร่องของระดับเอนไซม์มาก มักมีอาการแสดงในช่วงแรกเกิดตั้งนั้นหลักการรักษาคือในช่วงแรกที่มีภาวะไม่สมดุลทางเมตาบอลิก เน้นการให้พลังงาน สารน้ำและแก้ภาวะเลือดเป็นกรดเพื่อยับยั้งกระบวนการ catabolism หลีกเลี่ยงการให้โปรตีนโดยเฉพาะกรดอะมิโนที่เป็นสารตั้งต้นที่เป็นปัญหา เมื่ออาการของผู้ป่วยคงที่จึงเริ่มให้โปรตีนและกรดอะมิโนอย่างระมัดระวัง การจำกัดปริมาณสารตั้งต้นมีรายละเอียดแตกต่างกันไปในแต่ละโรค^(2,4)

ดังนั้นโดยหลักการข้างต้น ทารกเหล่านี้ไม่สามารถกินนมแม่เพียงอย่างเดียวได้เนื่องจากแม้ว่าปริมาณกรดอะมิโนที่เป็นสารตั้งต้นที่เป็นปัญหาเหล่านี้ในนมแม่จะต่ำกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกอย่างชัดเจนแต่ยังคงเกินกว่าที่ร่างกายจะสลายได้ ต้องมีการจำกัดปริมาณนมแม่ (เพื่อจำกัดกรดอะมิโนที่เป็นปัญหาให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม) และให้คู่กับอาหารทางการแพทย์เฉพาะโรคที่ปราศจากสารตั้งต้นที่เป็นปัญหาเพื่อให้ปริมาณโปรตีนและพลังงานที่ทารกได้รับเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตทั้งนี้ต้องใช้ข้อมูลปริมาณกรดอะมิโนในนมแม่ซึ่งอาจผันแปรตามเชื้อชาติและอาหารที่มารดรับประทาน⁽³⁾ เพื่อคำนวณปริมาณกรดอะมิโนที่ผู้ป่วยได้รับ โดยต้องมีการติดตามระดับกรดอะมิโนในเลือดทารกและปริมาณกรดอินทรีย์ในปัสสาวะอย่างใกล้ชิดเพื่อทำให้สามารถปรับปริมาณนมแม่ได้อย่างเหมาะสมซึ่งอาจทำได้ยากในรายที่มีอาการรุนแรง มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การให้นมแม่ในทารกกลุ่มนี้บ้างในต่างประเทศซึ่งพบว่าเป็นไปได้ที่จะให้นมแม่ตามความต้องการคู่กับการให้อาหารทางการแพทย์ถึงแม้ว่าบางรายอาจไม่ประสบความสำเร็จและคุมความสมดุลทางเมตาบอลิกได้ยากกว่าโรคฟีนิลคีโตนูเรีย⁽⁵⁾

Urea cycle defect

วงจรรยูเรียมีหน้าที่หลักในการสลายสารประกอบไนโตรเจนที่ได้จากโปรตีนในอาหารหรือจากการสลายโปรตีนในร่างกายเป็นยูเรียเพื่อขับออกทางไต ความบกพร่องของเอนไซม์ในวงจรรยูเรียทำให้ของเสียไนโตรเจนสะสมเป็นแอมโมเนียซึ่งมีพิษต่อระบบประสาท ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจแสดงอาการตั้งแต่แรกเกิดในรายที่เป็นรุนแรงหรือมีอาการในวัยเด็กก็ได้ อาการในทารกแรกเกิดอาจแยกได้ยากจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกล่าวคือ ซึม อาเจียน ดูดนมไม่ดี ชัก หดสติ⁽⁴⁾ แพทย์ควรตรวจระดับแอมโมเนียในเลือดในรายที่สงสัยเพื่อการวินิจฉัย หลักการรักษาคือการให้โซเดียมเบนโซเอทเพื่อลดปริมาณแอมโมเนีย การให้อาร์จินีนเสริมและการจำกัดอาหารโปรตีนให้ต่ำที่สุดเพื่อลดของเสียไนโตรเจน

ดังนั้นทารกกลุ่มนี้ไม่สามารถกินนมแม่เพียงอย่างเดียวได้ถึงแม้คุณแม่จะมีปริมาณโปรตีนต่ำเนื่องจากต้องจำกัดปริมาณโปรตีนอย่างมากอาจเหลือเพียง 1.1 ถึงไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวันในช่วงอายุ 6 เดือนแรก⁽⁴⁾ จึงต้องได้รับนมแม่คู่กับอาหารทางการแพทย์เพื่อให้มีพลังงานและกรดอะมิโนจำเป็นเพียงพอต่อการเจริญเติบโต โดยต้องมีการติดตามระดับแอมโมเนียและกรดอะมิโนในเลือดอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามการติดตามจากต่างประเทศพบว่าอัตราการให้นมแม่สำเร็จในทารกกลุ่มนี้ต่ำกว่าสองกลุ่มแรกอาจเนื่องจากความรุนแรงของโรคและความสามารถของทารกที่จะเข้าได้ตามต้องการ⁽⁵⁾

สรุป

การให้นมแม่ในทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีความผิดปกติของการสลายโปรตีนและกรดอะมิโนมีการศึกษาพอสมควรในต่างประเทศที่แสดงว่ามีความเป็นไปได้และอาจได้ผลดี โดยเฉพาะในโรคเฟนิลคีโตนูเรีย ความสำเร็จในการให้นมแม่และความสำเร็จในการควบคุมสมดุลเมตาบอลิกอาจขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์ผู้ดูแลและความรุนแรงของความบกพร่องเอนไซม์ของทารกแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Inborn errors of metabolism. In: Kleinman RE, Greer FR, eds. Pediatric Nutrition. 7th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2014. p.727-40.
2. อรพร ดำรงวงศ์ศิริ, สุธิดา ชาตวุฒินันท์. โภชนบำบัดในโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก. ใน: เรื่องวิทยุตันติแพทยางกูร, นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร, ศิรินุช ชมโท, บรรณาธิการ. โภชนาการเด็ก ล้ำสมัย 2016. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 164-80.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding infants with problems. In: Lawrence RA, Lawrence RM, eds. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 7th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 474-514.
4. MacDonald A, Dixon M. Disorders of amino acid metabolism, organic acidemias and urea cycle defects. In: Shaw V, Lawson M, eds. Clinical paediatric dietetics. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 309-89.
5. MacDonald A, Depondt E, Evans S, Daly A, Hendriksz C, Chakrapani AA, et al. Breastfeeding in IMD. J Inherit Metab Dis. 2006;29:299-303.



โรคติดเชื้อที่มีข้อควรระวัง ในการให้นมแม่

กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ
รัตนชัย เริ่มรวย

ความรู้พื้นฐาน

น้ำนมแม่โดยเฉพาะหัวน้ำนม (colostrums) มีสารภูมิคุ้มกันในปริมาณที่สูง โดยเฉพาะ secretory IgA (sIgA) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 90 ของสาร antibody ทั้งหมดในนมแม่ โดยในช่วงวันแรกจะมีปริมาณมากถึง 11 กรัมต่อวัน หรือโดยเฉลี่ย 5 กรัมต่อวันในช่วงปีแรก sIgA เป็นสารที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อที่เข้ามาทางเยื่อต่างๆ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทารกจะสามารถผลิต sIgA ได้หลังจากอายุ 6 เดือนและผลิตได้ร้อยละ 20 ของผู้ใหญ่เมื่ออายุมากกว่า 1 ปี⁽¹⁾ นอกจากนี้ในนมแม่ยังมี lysozyme ซึ่งสามารถย่อยสลายแบคทีเรีย สาร lactoferrin ที่ช่วยต่อต้านการติดเชื้อโรค สาร bifidus growth factor ที่ช่วยเสริมระบบภูมิคุ้มกันและส่งเสริมการเติบโตของแบคทีเรียกลุ่ม bifidobacteria และ lactobacillus ซึ่งจะช่วยให้เชื้อโรคมิมีโอกาสเติบโตในลำไส้ลดลง นอกจากนี้หัวน้ำนมยังมีเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีชีวิตมากถึง 10^5 - 10^7 เซลล์ต่อมิลลิเมตร โดยในจำนวนนี้เป็น macrophage ร้อยละ

40-50 และเป็น polymorphonuclear cells อีกร้อยละ 40-50 ซึ่งเม็ดเลือดขาวเหล่านี้สามารถฆ่าเชื้อโรคได้โดยเฉพาะกลุ่มแบคทีเรีย⁽¹⁾

มีการศึกษาแบบ meta-analysis และ systematic review ที่แสดงให้เห็นว่าทารกในช่วง 0-5 เดือนที่ไม่ได้รับนมแม่จะมีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 5.6 เท่า และมีอัตราการตายจากปอดอักเสบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวมากถึง 15 เท่า⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่าทารกในช่วง 0-5 เดือนที่ไม่ได้รับนมแม่มีอุบัติการณ์ในการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวถึง 5 เท่า และมีอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวมากถึง 11 เท่า⁽³⁾ ในบทนี้จะกล่าวถึงโรคติดเชื้อในมารดาที่กำลังให้นมบุตรที่พบเป็นปัญหาได้บ่อยในการตัดสินใจ ข้อควรระวังและการปฏิบัติที่เหมาะสม

การติดเชื้อแบคทีเรีย

โดยทั่วไปการติดเชื้อแบคทีเรียเฉพาะที่ เช่น เต้านมอักเสบ แผล ผิหนองตามที่แตกต่างกัน ของร่างกายมักก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะที่โดยไม่มีเชื้อออกมาในน้ำนม นอกจากนี้จะมีการติดเชื้อแบบรุนแรงทั้งระบบหรือเป็นผลที่เต้านมที่อาจจะมีแบคทีเรียออกมาทางน้ำนมได้

มารดาที่มีอาการปวดบวมแดงร้อนที่เต้านมและได้รับการวินิจฉัยว่าเต้านมอักเสบ (mastitis) ที่ไม่รุนแรงสามารถให้ทารกกินนมต่อได้ในขณะที่รับประทานยาปฏิชีวนะ แต่ถ้าเป็นฝีที่เต้านม (breast abscess หรือ cellulitis) ควรงดสูดนมข้างนั้น 24-48 ชั่วโมงจนกว่าจะระบายหนองและได้รับยาปฏิชีวนะแล้ว

มารดาที่มีแผล ผิ หนอง ในบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย ควรทำแผลเพื่อปิดให้มิดชิดและสามารถให้นมบุตรได้ ยาปฏิชีวนะที่รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดแผล ผิ หนอง ได้แก่ กลุ่ม cephalosporin, cloxacillin, amoxicillin-clavulanate ไม่เป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร การติดเชื้ออื่นที่อาจพบได้บ่อยในมารดาคือการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม quinolones ซึ่งสามารถให้นมบุตรได้ในขณะรับประทานยาเช่นกัน

การติดเชื้อวัณโรค

โดยปกติเชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายโดยทางละอองฝอย (airborne) ที่เกิดจากการไอจาม ผู้ป่วยที่กินยาต้านวัณโรคอย่างเคร่งครัดและไม่ใช่เชื้อวัณโรคที่ดีเยี่ยมจะมีผลการเพาะเชื้อวัณโรคเป็นลบภายในเวลา 38 วันหลังจากได้รับการรักษาสำหรับมารดาที่ให้นมบุตรและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดควรแยกทารกออกจากมารดาก่อนที่มารดาจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างแยกมารดากับทารกสามารถให้นมแม่จากการบีบเก็บได้โดยไม่ต้องเป็นอันตรายกับทารก แม้ว่ายาต้านวัณโรคจะสามารถขับออกทางน้ำนมแต่พบในระดับต่ำและไม่สามารถที่จะป้องกันหรือรักษาการติดเชื้อวัณโรคในทารกได้ ทารกทุกคนที่มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดต้องได้รับการตรวจเพื่อหาวัณโรค หากพบว่าไม่ติดเชื้อควรได้รับการป้องกันด้วยยา isoniazid เป็นเวลา 9 เดือน เพราะคาดว่าทารกจะต้องได้รับเชื้อจากมารดาอย่างแน่นอน เนื่องจากในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีที่ได้รับเชื้อวัณโรคมีโอกาสเกิดวัณโรคปอดได้ถึงร้อยละ 30-40 และเกิดเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจายได้ร้อยละ 10-20 นอกจากนี้ควรให้ pyridoxine กับมารดาและทารกทุกราย

การติดเชื้อไวรัส

การติดเชื้อไวรัสในมารดาพบได้บ่อย ส่วนใหญ่มักทำให้เกิดอาการหวัด อูจาจะร่วง เป็นต้น โดยทั่วไปการติดเชื้อไวรัสมักมีช่วงเวลา que ไวรัสอยู่ในกระแสเลือดซึ่งอาจทำให้เชื้อแพร่เข้าสู่น้ำนมได้โดยมักเกิดในช่วงที่มีไข้รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสในมารดาอาจแพร่ไปสู่ทารกทางการไอ จาม หรือการสัมผัสได้ด้วย หลักทั่วไปในการดูแลคือไม่ต้องงดนมแม่ในขณะที่ป่วยติดเชื้อไวรัสหรือเป็นหวัด แต่ควรให้งดการดูดนมแม่ช่วงสั้นๆ ในขณะที่มารดามีไข้สูงหรือเมื่อมารดาป่วยหนัก โดยอาจนำน้ำนมที่เคยบีบเก็บไว้มาใช้ในช่วงที่งดและควรบีบนมแม่ในช่วงที่มารดามีไข้สูงหรือป่วยหนักทั้ง ควรให้การป้องกันการสัมผัส ไอ จามอย่างเคร่งครัด โดยการล้างมือก่อนให้นม สวมหน้ากากอนามัยระหว่างให้นม และหลีกเลี่ยงการให้อุปกรณ์ ภาชนะในการกินน้ำและอาหารร่วมกัน

สำหรับการติดเชื้อไวรัสจำเพาะที่พบในเวชปฏิบัติ ที่อาจเกิดปัญหาได้มีดังนี้

มารดาเป็นอีสุกอีใส

มารดาที่ป่วยเป็นอีสุกอีใสในช่วง 5 วันก่อนคลอดและ 2 วันหลังคลอดจะทำให้ทารกมีโอกาสที่จะป่วยเป็นอีสุกอีใสและมีอาการรุนแรงได้ เนื่องจากอาจได้รับเชื้อจากมารดาในขณะที่มีไวรัสในกระแสเลือดและภูมิคุ้มกันในมารดาไม่เพียงพอที่จะส่งผ่านรกมาป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ มีคำแนะนำให้แยกมารดาและทารกในขณะที่มารดากำลังป่วยจนกว่ามารดาจะได้รับยา acyclovir รักษาแล้วอย่างน้อย 5 วัน ในที่ที่มีความพร้อมอาจพิจารณาให้ VZIG หรือ IVIG แก่ทารกเพื่อป้องกันโรคภายใน 10 วันหลังสัมผัสด้วย แต่มีผู้เชี่ยวชาญบางรายไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องแยกเพราะมักติดเชื้อไปแล้วเมื่อมารดามีผื่นขึ้น แต่ให้รักษาทารกด้วย acyclovir หากเป็นอีสุกอีใสขึ้นมา แต่ไม่ว่าจะแยกหรือไม่ก็ตามสามารถให้ทารกกินนมแม่จากการนํ้านมที่บีบเก็บได้ หรืออาจพิจารณาให้ดูดนมแม่โดยให้มารดาใส่เครื่องป้องกัน ได้แก่ เสื้อคลุม หน้ากากอนามัย และล้างมือ

มารดาที่เป็นอีสุกอีใสในช่วงเวลามากกว่า 5 วันก่อนคลอดจะสามารถสร้างและส่งผ่าน antibody สู่ทารกได้ทั้งผ่านทางรกและผ่านทางนํ้านม มารดาที่เป็นอีสุกอีใสหลังคลอดแล้วมากกว่า 2 วันอาจส่งผ่านเชื้อให้ทารกจากละอองฝอยของระบบทางเดินหายใจ นํ้ามูก นํ้าลาย หรือการสัมผัส กรณีหลังนี้ส่วนใหญ่เมื่อมารดามีผื่นขึ้นมักแพร่เชื้อไปให้ทารกแล้ว ดังนั้นการแยกมารดาและทารกในกรณีเหล่านี้ อาจไม่จำเป็น สามารถให้นมแม่ได้ตามปกติแต่ควรให้มารดาใส่เครื่องป้องกันขณะที่มีผื่นอีสุกอีใสขึ้นจนถึง 5 วันและไม่มีผื่นใหม่ขึ้น

มารดาเป็นพาหะของเชื้อไวรัสแบบเรื้อรัง⁽⁴⁾

การติดเชื้อไวรัสเรื้อรังเช่น Hepatitis B, Hepatitis C, CMV, HHV-6, HHV-7, HHV-8 และ Herpes ไวรัสเหล่านี้อาจผ่านออกมาทางนํ้านมแม่ได้ แต่การกินนมแม่ไม่ใช่สาเหตุให้เกิดการติดเชื้อเหล่านี้ในทารก

- **กรณีมารดาเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B carrier)** ไม่พบว่าการกินนมแม่จะทำให้ติดเชื้อมากกว่ากินนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ควรให้

HBIG และ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีแก่ทารกอย่างรวดเร็วที่สุดหลังเกิด

- **กรณีมารดาเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C carrier)** ไม่พบว่าทารกที่ทารกกินนมแม่จะทำให้การติดเชื้อเพิ่มขึ้น

- **กรณีมารดาเป็นเริม (Herpes simplex)** มีรายงานว่ามี การติดต่อสู่ทารกในกรณีที่มารดาเป็นเริมบริเวณเต้านม ดังนั้นหากเป็นเริมที่อื่นสามารถให้นมบุตรได้โดยการปกปิดบริเวณที่เป็น ไม่ควรให้ทารกดูดนมจากเต้านมที่กำลังมีผื่นเริมขึ้น ควรให้ดูดนมเฉพาะในข้างที่ไม่มีผื่นเริมหรือให้ทารกกินนมจากที่มารดาบีบเก็บไว้ แต่ต้องระมัดระวังการสัมผัสผื่น ดังนั้นมารดาควรล้างมือบ่อยๆ

- **มารดาติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV)** ในทารกที่เกิดครบกำหนด antibody จากมารดาจะช่วยป้องกันการติดเชื้อในทารกและไม่เป็นข้อห้ามในการให้นมแม่ แต่ในทารกที่เกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัมจะไม่มี antibody ส่งผ่านมาจากมารดาอย่างเพียงพอ เพราะการส่งผ่าน antibody มักเกิดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ หากทารกกลุ่มนี้ได้รับเชื้อ CMV จากนมแม่อาจทำให้เกิด late-onset sepsis like syndrome จะมีอาการซึมคล้ายติดเชื้อในกระแสเลือดได้แต่โอกาสเกิดน้อยและจากการติดตามทารกกลุ่มนี้ไปจนโตพบว่าไม่มีผลต่อพัฒนาการทางสมองแต่อย่างใด รวมทั้งนมแม่ของทารกเหล่านี้ก็จะมี antibody ต่อเชื้อ CMV ด้วยซึ่งอาจช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อได้ โดยเมื่อเทียบกับประโยชน์หลายๆด้านที่ได้จากนมแม่ในทารกกลุ่มนี้แล้วจึงแนะนำให้กินนมแม่ได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่านมแม่ที่แช่แข็งสามารถลดปริมาณเชื้อ CMV แต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ทั้งหมด การทำพาสเจอร์ไรซ์นมแม่ที่อุณหภูมิ 62.5 องศาเซลเซียสนาน 30 นาทีหรือการใช้ความร้อนที่อุณหภูมิ 72 องศาเซลเซียสนาน 5-10 วินาทีจะสามารถกำจัดเชื้อไวรัสได้แต่จะสูญเสียคุณค่าสารอาหารและภูมิคุ้มกันบางส่วนไปจึงแนะนำให้ใช้ขบวนการพาสเจอร์ไรซ์หากได้รับนมแม่บริจาค แต่หากทารกกินนมแม่ของตนเองไม่จำเป็นต้องผ่านขบวนการฆ่าเชื้อใดๆ

มารดาติดเชื้อเอชไอวี

โดยทั่วไปการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเกิดได้ตลอด

การตั้งครรภ์แต่สูงสุดในช่วงใกล้คลอด (ร้อยละ 12) และระหว่างคลอด (ร้อยละ 8) การที่ทารกกินนมมารดาที่ติดเชื้อจะเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณ ร้อยละ 7 องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีทารกติดเชื้อจากการกินนมแม่ทั่วโลกประมาณ 200,000 คนต่อปี ดังนั้นจึงห้ามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือให้นมแม่ร่วมกับนมผงดัดแปลงสำหรับทารกอย่างเด็ดขาดเนื่องจากเชื้อสามารถผ่านออกมาทางน้ำนมซึ่งเป็นสารคัดหลั่งของร่างกาย ปริมาณ viral load ในน้ำนมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดการติดเชื้อและจะมีปริมาณมากที่สุดในหัวน้ำนม เชื้อจะผ่านเข้าทาง nasopharynx และ gastric mucosa ทำให้เกิดการติดเชื้อในทารกได้ มีการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับยาสูตร HAART ขณะตั้งครรภ์ไม่ว่าจะมีระดับ CD₄ เท่าใดและให้ทารกกินนมผงดัดแปลงสำหรับทารกแทนนมแม่จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรนมผงดัดแปลงสำหรับทารกให้แก่ทารกทุกคนที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 18 เดือนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

สำหรับในประเทศที่ยากจนหรือมีระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไม่ดีพบว่าทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากการไม่ได้กินนมแม่ทำให้ขาดสารอาหารและมีการติดเชื้อมากกว่าการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการกินนมแม่อาจมีประโยชน์มากกว่าปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การศึกษาในประเทศมาลาวีพบว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกทางน้ำนมจะเกิดมากในช่วงเดือนแรกจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงแต่ยังคงมีอยู่ถ้ายังมีการกินนมแม่ต่อไป ในขณะที่เดียวกันการศึกษาในปัจจุบันพบว่ามารดาที่รับประทานยาสูตร HAART ในขณะที่ตั้งครรภ์และกินยาต่อหลังคลอดช่วงให้นมบุตรอย่างน้อย 6 เดือน สามารถลดอัตราการติดเชื้อในทารกจากการกินนมแม่ได้มากถึงร้อยละ 93 นอกจากนี้ยังลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาลงราวร้อยละ 50 และลดอัตราการเสียชีวิตของทารกลงร้อยละ 33 ในปัจจุบันประเทศอังกฤษได้เปิดโอกาสให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดากินยาต้านไวรัสได้อย่างเคร่งครัดและสามารถติดตามอาการได้อย่างใกล้ชิดแต่ประเทศไทยแนะนำให้ทารกกินนมแม่ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 42-1 แสดงยาฆ่าเชื้อกลุ่มต่างๆ และคำแนะนำในขณะที่มารดาให้นมบุตร⁽⁵⁾

ยาฆ่าเชื้อที่มารดาได้รับ	คำแนะนำในการให้นมบุตร
Antibiotics	
กลุ่มที่ 1: Penicillins, Cephalosporins, Carbapenams, Macrolides, Aminoglycosides, Quinolones	สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขณะที่รับประทานยาได้
กลุ่มที่ 2: High-dose metronidazole	งดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 12-24 ชั่วโมง เพื่อให้ปริมาณยาถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย
กลุ่มที่ 3: Chloramphenicol	ควรระวังในการใช้เนื่องจากยามีผลกดไขกระดูกได้
กลุ่มที่ 4: Trimethoprim/sulfamethoxazole, Dapsone	ควรให้ด้วยความระมัดระวังในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองหรือภาวะที่พร่องเอนไซม์ G6PD และรวมถึงทารกที่ป่วยหนักหรือคลอดก่อนกำหนด
Antitubercular drugs	
Isoniazid, Rifampin, Streptomycin, Ethambutol	สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ หากมารดากำลังได้รับยา Isoniazid ควรให้ Pyridoxine กับทารก
Antiparasitics	
กลุ่มที่ 1: Chloroquine, Ivermectin	สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะรับประทานยาได้
กลุ่มที่ 2: Primaquine, Quinine	ควรหลีกเลี่ยงในทารกที่มีภาวะ G6PD
Antifungals	
Fluconazole, Ketoconazole	สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะรับประทานยาได้
Antivirals	
Acyclovir, Valacyclovir, Amantadine	สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้หากมีความจำเป็น ต้องใช้ยา Amantadine เป็นเวลานาน ควรเฝ้าระวังการยับยั้งการสร้างน้ำนม เนื่องจากยาสามารถไปยับยั้งการสร้างฮอร์โมนโปรแลคตินได้

สรุป หลักการทั่วไปเมื่อมารดาป่วยในขณะให้นมบุตร

- การติดเชื้อแบคทีเรียเช่น เต้านมอักเสบ แผล ฟิหนองตามที่ต่างๆ ของร่างกายมักก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะที่ไม่มีเชื้อออกมาในน้ำนม เว้นแต่มีการติดเชื้อแบบรุนแรง
- การติดเชื้อไวรัส มักมีการกระจายเข้ากระแสเลือด มีโอกาสพบเชื้อผ่านทางน้ำนมได้ แต่การให้นมแม่ไม่ได้ทำให้ทารกติดเชื้อเสมอไป
- กรณีมารดาป่วยด้วยอีสุกอีใส หัด หัดเยอรมัน ไขหวัดใหญ่ อาจพิจารณาแยกมารดาแต่สามารถให้กินนมแบบบีบเก็บได้ การติดเชื้อของทารกนั้นมักเกิดการติดเชื้อก่อนที่มารดาจะได้รับการวินิจฉัย ดังนั้นการแยกมารดาเมื่อมีอาการอาจไม่ได้ช่วยป้องกันการติดเชื้อในทารกเสมอไป
- การติดเชื้อไวรัสในทารก สามารถให้กินนมแม่ได้
- มารดาที่ป่วยด้วยไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ อาจเป็นการติดเชื้อไวรัสที่สามารถออกมาทางน้ำนมได้ ดังนั้นอาจพิจารณาให้หยุดนมแม่ชั่วคราวจนกว่าไข้จะลง
- การหยุดให้นมแม่ชั่วคราวควรกระตุ้นเต้านมโดยการบีบน้ำนมออกเป็นระยะเพื่อไม่ให้นมคัดและรบกวนการสร้างน้ำนม

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics. Human milk. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics: 2015;125-32.
2. Lamberti LM, Grkovic IZ, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13(Suppl 3):S18.

3. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 3):S15.
4. American academy of pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129:e827-41.
5. Canadian pediatric society. Maternal infectious diseases, antimicrobial therapy or immunization: Very few contraindications to breastfeeding. Paediatr Child Health. 2006;11(8):489-91.



ธนาคารนมแม่และการแบ่งปันนมแม่

ประชา นันทกุลนิต

ความรู้พื้นฐาน

ธนาคารนมแม่ (human milk bank) เป็นแหล่งจัดเก็บนมแม่บริจาคเพื่อแจกจ่ายแก่ทารกที่มีความจำเป็นต้องกินนมแม่ที่มารดาไม่สามารถให้นมแก่ทารกได้หรือมีน้ำนมไม่เพียงพอ โดยทั่วไป ธนาคารนมแม่จะมีกระบวนการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเหมือนการจัดการในธนาคารเลือดหรือธนาคารเนื้อเยื่อ โดยมีการซักประวัติและแบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงรวมทั้งการทำพาสเจอร์ไรซ์เพื่อกำจัดเชื้อและมีระบบจัดเก็บน้ำนมในตู้แช่แข็งเพื่อรอการแจกจ่ายแก่ทารกที่แพทย์หรือผู้ดูแลร้องขอ

ในปัจจุบันมีธนาคารนมแม่อยู่ทั่วโลก ทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลียและแม้แต่ในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ การดำเนินการควบคุมมาตรฐานของธนาคารนมแม่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือหน่วยงานเข้ามาควบคุมหรือออกกฎระเบียบชัดเจน หากแต่มีการรวมเป็นเครือข่ายหรือสมาคม เช่น Human Milk Banking Association of North America (HMBNA) หรือ United Kingdom Association of Milk Banking (UKAMB) เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติของการจัดตั้งธนาคารนมแม่ในประเทศของตน การดำเนินการของธนาคารนมแม่ใน

แต่ละประเทศ อาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของแต่ละที่ เช่น ความชุกของโรค และทารกที่รับบริจาคเป็นกลุ่มใด⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ให้การสนับสนุนธนาคารนมแม่เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนนมแม่แก่ทารกที่มารดาไม่มีน้ำนมเพียงพอหรือไม่สามารถให้นมแม่ได้ โดยมีรูปแบบต่างๆ เช่น นมแม่จากแม่คนที่สุขภาพแข็งแรง (healthy wet nurse) หรือน้ำนมแม่ที่บีบเก็บแล้วนำมาป้อนให้ทารกด้วยวิธีการต่างๆ ขึ้นกับสถานการณ์และความจำเป็นในแต่ละราย ขณะที่ American Academy of Pediatrics แนะนำว่า หากให้นมแม่คนอื่นแก่ลูกของตนควรมาจากธนาคารนมแม่ที่ผ่านการตรวจคัดกรองและทำการพาสเจอร์ไรซ์แล้วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อผ่านทางน้ำนมแม่⁽²⁾

การดำเนินการธนาคารนมแม่⁽¹⁾ ประกอบด้วย

1. การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกมารดาผู้บริจาคนม (donor selection) เช่น มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีประวัติกินยาหรือสมุนไพร หลังคลอดบุตรไม่เกิน 1 ปี เป็นต้น
2. การคัดกรองผู้บริจาค (donor screening) มีทั้งการสัมภาษณ์ หรือซักประวัติด้านสุขภาพ โรคประจำตัว แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง ยาที่ใช้ สารเสพติด บุหรี่ ดื่มเหล้า ประวัติการได้รับเลือด หรือเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การสัก (tattoo) เจาะหู หรือ body piercing ในช่วง 1 ปีก่อนบริจาค เป็นต้น รวมทั้งการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองเชื้อ ได้แก่ human immunodeficiency virus (HIV-1, HIV-2), human T-lymphotropic virus (HTLV-1, HTLV-2), hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), syphilis และวัณโรค (tuberculosis) บางแห่งอาจมีการตรวจ cytomegalovirus (CMV)
3. การให้ความรู้ คำแนะนำ (donor education) เกี่ยวกับการจัดเก็บนมแม่อย่างถูกหลักอนามัย เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรค การจัดเก็บนมในช่องแช่แข็งอย่างถูกวิธี และการขนส่งนมแม่มาเพื่อบริจาค
4. การฆ่าเชื้อโดยการพาสเจอร์ไรซ์ ซึ่งนิยมใช้ Holder method ด้วยเครื่องพาสเจอร์ไรซ์ทำให้นมอุ่นขึ้นที่อุณหภูมิ 62.5 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที

แล้วทำให้เย็นลงอยู่ที่ 4-10 องศาเซลเซียส 5 นาที ก่อนจะจัดเก็บแช่แข็ง บางแห่งใช้วิธีเพิ่มอุณหภูมิสูงในช่วงเวลาสั้นๆ (high-temperature, short-time; HTST) ซึ่งใช้ในอุตสาหกรรมพาสเจอร์ไรซ์นมที่มีปริมาณมาก

5. การเพาะเชื้อ ซึ่งมีทั้งก่อนและหลังทำพาสเจอร์ไรซ์

6. การจัดเก็บ (storage) ในตู้แช่แข็งลบ 20-25 องศาเซลเซียส เพื่อรอการจัดส่งให้แก่ทารกที่ต้องการ

จะเห็นว่าการดำเนินการของธนาคารนมนแม่เป็นสิ่งที่ซับซ้อน ต้องการความรู้ความเข้าใจของผู้บริจาคนม ต้องการการควบคุมคุณภาพของกระบวนการคัดกรองฆ่าเชื้อและการจัดเก็บ มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริจาค แม้ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการติดเชื้อของทารกผู้รับนมแม่บริจาคจากธนาคารนมนแม่ที่ดำเนินการตามมาตรฐานดังกล่าว บิตามารดาของทารกจำเป็นต้องได้รับคำชี้แจงถึงความเสี่ยงของการได้รับนมบริจาคและลงนามยินยอมที่จะให้ใช้น้ำนมจากธนาคารนมนแม่

ปัญหาและข้อที่ควรคำนึงในการให้นมแม่บริจาคจากธนาคารนมนแม่

กระบวนการพาสเจอร์ไรซ์สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียและไวรัสได้ โดยทำลายเชื้อทั้ง HIV, HLTV, HBV, HCV และ CMV ได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานการทำลายหรือยับยั้งเชื้อตัวอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษาวิจัย จึงไม่สามารถยืนยันว่าจะปลอดภัยหรือไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ทั้งหมด นอกจากนี้การทำพาสเจอร์ไรซ์นมและการจัดเก็บโดยแช่แข็งยังมีผลต่อคุณภาพของน้ำนม ทั้งปริมาณสารอาหาร และ biological factors ต่างๆ^(3,4) ดังนี้

- ปริมาณสารอาหารหลัก ได้แก่

- ไขมัน ลดลงประมาณร้อยละ 5-10
- โปรตีน ลดลงประมาณร้อยละ 4 และอาจถึงร้อยละ 10
- แลคโตส ลดลงเล็กน้อย ไม่มีนัยสำคัญ

- **Biological factors** ลดลงเล็กน้อยต่างกัน ได้แก่

- เม็ดเลือดขาวและเซลล์อื่นๆ ถูกทำลายไปหมดหลังการพาสเจอร์ไรซ์
- Secretary IgA ลดลงปริมาณร้อยละ 30
- Lactoferrin ลดลงประมาณร้อยละ 80
- Lysozyme ลดลงประมาณร้อยละ 60
- คุณสมบัติโดยรวมของการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย (bacterial inhibiting capacity) ลดลงประมาณร้อยละ 30

นอกจากนี้พบว่าสารอาหารหลักก่อนนำนํ้านมไปทำการพาสเจอร์ไรซ์จะมีปริมาณแตกต่างกันตามช่วงเวลาและมารดาแต่ละราย การศึกษาพบว่าความแปรปรวน (coefficient variation) ของปริมาณไขมันร้อยละ 20 และโปรตีนร้อยละ 25⁽⁵⁾ โดยสารอาหารทุกชนิดมีแนวโน้มจะมีปริมาณต่ำกว่านมแม่ปกติ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากนมที่นำมาบริจาดนั้นมักอยู่ในช่วงระยะท้าย เช่น 6-12 เดือนหลังคลอด ทำให้ปริมาณสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนลดลง ทารกที่รับนมแม่บริจาดจำเป็นต้องติดตามการเติบโตอย่างใกล้ชิด และหากเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเติมสารอาหาร (human milk fortifier, HMF) เพื่อให้ได้ปริมาณสารอาหารตามความต้องการของทารก บางครั้งอาจต้องเพิ่มโปรตีน (protein supplementation) ขึ้นอีกแม้จะเติม commercial HMF ไปแล้ว

แม้จะมีข้อจำกัดในปริมาณสารอาหารและ biological factors ที่ลดลงหลังพาสเจอร์ไรซ์แล้ว แต่การใช้นมแม่บริจาดแก่ทารกโดยเฉพาะที่เกิดก่อนกำหนดมีผลดีรายงานจาก meta-analysis พบว่านมแม่บริจาดลดโอกาสการเกิดลำไส้อักเสบเน่าตาย (necrotizing enterocolitis) ลงประมาณ 4 เท่าเทียบกับการใช้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกที่เกิดก่อนกำหนด (relative risk (RR) 0.25, 95% confidence interval 0.06-0.98)⁽⁶⁾ ส่วนข้อดีอื่นๆ ที่อาจจะช่วยคือลดการติดเชื้อ ลดการเกิด feeding intolerance ลดระยะเวลาการให้สารอาหารทางหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีผู้ให้นมแม่บริจาดมาใช้ในทารกหลังผ่าตัดลำไส้ที่มีปัญหา short bowel syndrome รับนมไม่ได้ (post surgical feeding intolerance) หรือไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) เป็นต้น

การแบ่งปันนมแม่ (milk sharing)⁽⁷⁾

การแบ่งปันนมแม่จากบุคคลอื่นให้ลูกของตน (milk sharing) พบเห็นได้ในสังคมทั้งในรูปแบบขอแบ่งปันนมจากเพื่อน ญาติ รวมทั้งผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ในต่างประเทศมี milk sharing network ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น www.eatsonfeets.org, <http://milkshare.birthingforlife.com> หรือ www.hm4hb.net เป็นต้น การแบ่งปันนมผ่านสื่อออนไลน์ดังกล่าวจะให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลความเสี่ยง ผลดี ผลเสีย และมีการเปิดเผยข้อมูลของแม่ผู้บริจาคเกี่ยวกับผลการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองการติดเชื้อรวมทั้งความปลอดภัยของการบีบเก็บนมและแช่แข็งและข้อมูลการทำพาสเจอร์ไรซ์ที่บ้านอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US FDA) แนะนำว่า หากบิดามารดาต้องการใช้นมแม่โดยผ่านสื่อออนไลน์ หรือแบ่งปันโดยบุคคลอื่น ควรขอรับการปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรการแพทย์ถึงความเสี่ยงของนมแม่ที่ได้มาโดยเฉพาะต่อการติดเชื้อ รวมทั้งยาและสารอื่นๆ ที่ผ่านทางนมแม่ และหากตัดสินใจจะให้ทารกจากบุคคลอื่นต้องมีผลการตรวจคัดกรองที่เชื่อถือได้ เข้าใจข้อควรระวังการบีบเก็บนม การแช่แข็ง และการขนส่ง รวมทั้งยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้และขอให้เป็นการตัดสินใจด้วยตัวของบิดามารดาเอง

แนวทางการให้คำแนะนำปรึกษา

1. ธนาคารนมแม่ที่เป็นรูปแบบชัดเจน มีกระบวนการตรวจคัดกรอง ข่าเชื่อถือผ่านพาสเจอร์ไรซ์ ถือเป็นระบบมาตรฐานที่สามารถยืนยันความปลอดภัยโดยเฉพาะการติดเชื้อที่สำคัญผ่านทางนมแม่แต่เป็นการลงทุนที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในประเทศไทยเริ่มมีธนาคารนมแม่ในรูปแบบชัดเจนดังกล่าวเพียงบางสถาบันเท่านั้น
2. การให้นมแม่บริจาคจากธนาคารนมแม่ แม้จะมีความปลอดภัยระดับหนึ่งแต่บิดามารดาจำเป็นต้องได้รับทราบความเสี่ยงและลงนามให้การยินยอมก่อนให้ โดยทั่วไปมักใช้นมแม่จากธนาคารนมแม่ให้แก่ทารกป่วย เช่น ทารกที่เกิดก่อนกำหนด ซึ่งผลวิจัยพบว่า ลดโอกาสเกิดลำไส้อักเสบเน่าตาย อาจลดการติดเชื้อ และอาจ

ลดระยะเวลาการใช้สารอาหารทางหลอดเลือด แต่จำเป็นต้องใช้คู่กับ HMF เพื่อเติมสารอาหารให้ได้พอกับความต้องการของทารกที่เกิดก่อนกำหนด

3. การแบ่งปันนมแม่ (milk sharing) จากบุคคลอื่นมาให้กับลูกของตนนั้น บิดามารดาควรขอคำปรึกษาจากแพทย์ถึงความเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะการติดเชื้อผ่านทางน้ำนมแม่ การตัดสินใจจะใช้นมแม่จากบุคคลอื่นในลักษณะนี้ บิดามารดาต้องเป็นผู้ตัดสินใจเองและยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Landers S, Hartmann BT. Donor human milk banking and the emergence of milk sharing. *Pediatr Clin N Am.* 2013;60:247-60.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2005;115:496-500.
3. Vieira AA, Soares FV, Pimenta HP, Abranches AD, Moreira ME. Analysis of influence of pasteurization, freezing/ thawing, and after process on human milk's macronutrient concentrations. *Early Hum Dev.* 2011;87:577-80.
4. Czank C, Prime DK, Hartmann B, Simmer K, Hartmann PE. Retention of the immunological proteins of pasteurized human milk in relation to pasteurizer design and practice. *Pediatr Res.* 2009;66:374-9.
5. Hartmann BT, Pang WW, Kell AD, Hartmann PE, Simmer K. Best practice guidelines for the operation of a donor milk bank in an Australian NICU. *Early Hum Dev.* 2007;83:667-73.
6. McGuire W, Anthony MY. Donor human milk versus formula for preventing necrotizing enterocolitis in preterm infants: systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88:F11-4.
7. Akre J, Gribble KD, Minchin M. Milk sharing from private to public pursuit. *Int Breastfeed J.* 2011;6:8.



ภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันของการก

พีธราภา กวีกุล

ความรู้พื้นฐาน

ในภาวะที่ทารกมีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ท้องเสีย หรือไข้หวัด มักมีอาการเบื่ออาหารและกินอาหารได้น้อย นมแม่จึงเป็นแหล่งของพลังงานและสารอาหารที่สำคัญสำหรับทารกในภาวะดังกล่าว ที่สำคัญนมแม่ยังเป็นสารน้ำที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดน้ำที่ไม่รุนแรง⁽¹⁾ เนื่องจากนมแม่มีน้ำเป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 88 และมีออสโมลาริตีต่ำ โดยพบว่าการหยุดให้นมแม่ในทารกที่มีอาการท้องเสียเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำเพิ่มขึ้น⁽²⁾

แม้ในผู้ป่วยท้องเสียจะพบเอนไซม์แลคเตสที่ผิวของลำไส้ในปริมาณที่ลดลง แต่ทารกสุขภาพดีส่วนใหญ่ที่ได้รับอาหารที่มีน้ำตาลแลคโตสเมื่อมีอาการท้องเสียไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะการดูดซึมบกพร่อง⁽³⁾ และแม้ว่าในนมแม่น้ำตาลแลคโตสเป็นส่วนประกอบอยู่มากทารกที่มีอาการท้องเสียก็ยังสามารถกินนมแม่ต่อไปได้⁽⁴⁾ การได้รับสารอาหารในภาวะท้องเสียจะช่วยส่งเสริมการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อผิวลำไส้ทำให้มีการสร้างเอนไซม์ที่ผิวของลำไส้เพิ่มขึ้นและมีการดูดซึมดีขึ้น แนวทางปฏิบัติของหลายสถาบันแนะนำให้นมแม่ต่อไปในทารกที่มีอาการท้องเสีย⁽³⁻⁶⁾ ร่วมกับอาหารตามวัย⁽⁶⁾ ทั้งนี้พบว่าการให้นมแม่สำหรับทารกที่มีอาการ

ท้องเสียสามารถลดการเกิดภาวะขาดน้ำ⁽⁵⁾ และอาจลดระยะเวลาและความถี่ของการถ่ายอุจจาระได้⁽⁷⁾

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

ควรแนะนำให้นมแม่แก่ทารกหรือเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันเหล่านี้อย่างต่อเนื่องหรือให้เพิ่มขึ้น กรณีทารกมีภาวะเบื่ออาหารทำให้กินนมแม่ในแต่ละครั้งได้ปริมาณน้อย ควรเพิ่มความถี่ในการให้นมและควรให้นมแม่ตลอดระยะเวลาที่แก้ไขภาวะขาดน้ำไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา ในกรณีทารกที่ได้รับอาหารตามวัย ควรให้กลับมากินอาหารตามปกติเร็วที่สุดควบคู่ไปกับการให้นมแม่

ควรตรวจประเมินภาวะขาดน้ำของทารกอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะทารกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ทารกอายุต่ำกว่า 2-3 เดือน มีโรคประจำตัว และมีอาเจียนหรือถ่ายเหลวในปริมาณมาก หากมีภาวะขาดน้ำอาจพิจารณาให้สารน้ำทดแทนทางปากหรือทางหลอดเลือดตามความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ

กรณีทารกมีภาวะขาดน้ำที่ต้องได้รับสารน้ำทดแทนทางปาก ควรป้อนสารน้ำทดแทนด้วยช้อนหรือถ้วยเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการสับสนหัวนมมารดา (nipple confusion) นอกจากนี้หากทารกเหล่านี้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาอยู่กับผู้ป่วยเพื่อให้ทารกได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ไม่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารของมารดา ระหว่างให้นมสำหรับทารกที่มีภาวะท้องเสียเนื่องจากน้ำตาลแลคโตสในนมแม่ไม่ขึ้นกับอาหารที่มารดารับประทานและไม่มีความแตกต่างในมารดาแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. Pantenburg B, Ochoa TJ, Ecker L, Ruiz J. Feeding of young children during diarrhea: caregivers' intended practices and perceptions. *Am J Trop Med Hyg.* 2014;91:555-62.

2. Faruque AS, Mahalanabis D, Islam A, Hoque SS, Hasnat A. Breast feeding and oral rehydration at home during diarrhoea to prevent dehydration. *Arch Dis Child.* 1992;67:1027-9.
3. Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep.* 1992;41:1-20.
4. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. *Pediatrics.* 1996;97:424-35.
5. Armon K, Stephenson T, MacFaul R, Eccleston P, Werneke U. An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management. *Arch Dis Child.* 2001;85:132-42.
6. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Ped Gastroenterol Nutr.* 2014;59:132-52.
7. Khin MU, Nyunt Nyunt W, Myo K, Mu Mu K, Tin U, Thane T. Effect on clinical outcome of breast feeding during acute diarrhoea. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;290:587-9.



บทที่ 45

ปัญหาการถ่ายอุจจาระในการก

วิไลพร เฑาะสาริต

ความรู้พื้นฐาน^(1,2)

อุจจาระของทารกที่กินนมแม่จะมีสี ลักษณะ และจำนวนครั้งของการถ่ายแตกต่างกันขึ้นกับอายุของทารกและอาหารที่แม่รับประทาน โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ ดังตารางที่ 45-1

ทารกที่กินนมแม่มีปริมาณอุจจาระน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผงดัดแปลงสำหรับทารกเพราะน้ำนมแม่ย่อยง่ายถูกดูดซึมในลำไส้หมดทำให้เหลือกากที่กลายเป็นอุจจาระน้อย ทารกที่อายุน้อยกว่า 6 สัปดาห์โดยเฉลี่ยจะถ่ายมีเนื้ออุจจาระเกิน 3-4 ครั้งขึ้นไปต่อวัน ทารกบางคนอาจจะถ่ายกะปริบกะปรอยจำนวนน้อยตามหลังการกินนมทุกครั้ง เมื่อทารกอายุ 6 สัปดาห์ขึ้นไปอุจจาระจะมีเนื้อมากขึ้น จำนวนครั้งจะลดลงเหลือวันละ 1-2 ครั้งหรือหลายวันครั้ง หรือในทารกบางคนอาจถ่ายสัปดาห์ละครั้งโดยที่ทารกมีอาการอื่นๆ ปกติและลักษณะอุจจาระเหลวสีเหลืองทอง

ตารางที่ 45-1 ลักษณะของอุจจาระที่เปลี่ยนแปลงตามอายุของทารกและนมที่ทารกกิน

ชนิดของอุจจาระ	สี ลักษณะ และจำนวนครั้งในการถ่าย	อายุของทารก
meconium	เหนียว สีเขียวเข้มถึงดำคล้ายน้ำมันดิน เรียกว่า ชีเทา ถ่ายเพียงวันละ 1-2 ครั้ง	1-2 วันแรก
transitional stool	เหนียวน้อยลง มีน้ำปนมากขึ้น ค่อยๆ จางลง เป็นเขียวปนเหลือง อุจจาระมีปริมาณมากขึ้น ถ่าย 3-4 ครั้งต่อวัน	2-5 วันหลังเกิด
อุจจาระทารกที่กินนมแม่	นิ่มจนถึงเหลว สีเหลืองทอง คล้ายโจ๊กฟักทอง อาจมีน้ำปนค่อนข้างมาก กลิ่นเหมือนนมเปรี้ยว	หลังอายุ 5 วัน
อุจจาระทารกที่กินนมผง	แน่นคล้ายยาสีฟัน สีเหลือง ปนน้ำตาลหรือเทา มีกลิ่นค่อนข้างรุนแรง	หลังอายุ 5 วัน
ดัดแปลงสำหรับทารก		

VI. ปัญหาถ่ายทารก

การถ่ายอุจจาระเหลว อุจจาระบ่อย⁽¹⁻⁴⁾

ทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวมักจะถ่ายชีเทาหมดใน 48 ชั่วโมง การขับถ่ายจะเป็นลักษณะชีเทาปนอุจจาระ (transitional stool) 2-3 ครั้งในวันที่ 3 หลังเกิด หลังจากนั้นวันที่ 3 แล้ว อุจจาระของทารกจะมีสีเหลือง ทารกมักจะมีอุจจาระกะปริบกะปรอย อาจนับได้ 10-20 ครั้งต่อวัน ลักษณะเป็นสีเหลืองเข้ม เหลวเป็นเม็ด หรือเป็นน้ำติดผ้าอ้อมเป็นดวง มีกลิ่นเปรี้ยว อาจเป็นเม็ดคล้ายเม็ดมะเขือ หรือมีมูกเขียวปนได้ ขณะดูนมแม่หรือบิดตัวทารกอาจผายลมหรืออาจมีอุจจาระติดมาด้วย ทำให้มารดาเข้าใจว่าทารกมีอาการท้องเสีย แต่ทารกมักจะมึนน้ำหนกขึ้นมากกว่า 20 กรัมต่อวัน อาการถ่ายบ่อยของทารกจะค่อยๆหายไปเมื่ออายุเข้าสู่สัปดาห์ที่ 2 หลังเกิด แต่อาจสงสัยว่าทารกมีอาการถ่ายเหลวผิดปกติเมื่อทารกมีอาการถ่ายเป็นน้ำสีเขียวหลายครั้ง อุจจาระมีกลิ่นเหม็นเน่าและทารกมีอาการอื่นร่วมด้วยซึ่งมักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส

การโก๋ถ่ายอุจจาระทุกวัน⁽¹⁻⁴⁾

หลังทารกอายุ 6 สัปดาห์ น้ำนมแม่ที่ทารกได้รับจะเป็นน้ำนมแท้ (true milk) ที่ไม่มีส่วนของหัวน้ำนมเจือปน หัวน้ำนมจะมีคุณสมบัติช่วยให้ระบายท้อง ขณะที่ น้ำนมแท้จะย่อยง่ายถูกดูดซึมในลำไส้หมดทำให้เหลือกากที่กลายเป็นอุจจาระน้อย ทารกมักจะไม่ถ่ายทุกวัน อาจถ่ายวันเว้นวันจนถึง 1-2 สัปดาห์ครั้งได้โดยไม่มี อาการท้องอืด อืดอืด หรือมีอาการอาเจียน อุจจาระเป็นล่ำยาวนุ่มลักษณะเหมือน ยาสีฟันที่บีบจากหลอดและมีปริมาณมาก ซึ่งไม่ใช่อาการท้องผูก จึงไม่มีความ จำเป็นที่ต้องพยายามให้ทารกถ่ายทุกวันโดยการใช้ยาระบายหรือน้ำผลไม้ เพราะ อาจจะเป็นอันตรายมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์. บรรณาธิการ. Update and practical points in preterm care. กรุงเทพฯ: แอดทีฟ พรินท์; 2557. หน้า 8-20.
2. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB, editors. Breastfeeding handbook for physicians. 2nd ed. Washington, DC: Elk Grove Village; 2014.
3. Mohrbacher N, Stock J. La Leche League International The breastfeeding answer book pocket guide edition. Illinois: La Leche League International; 2005.
4. La Leche League International (homepage on the internet). Chicago: The Association; c 2008-2014. Available from: [http:// www.llli.org/faq/bm.html](http://www.llli.org/faq/bm.html).



บทที่ 46

ภาวะภูมิแพ้และการแพ้อาหาร

พรรณทิพา อัครชาตรี

VI. ปัญหาด้านทารก

ความรู้พื้นฐาน

โรคภูมิแพ้ (Allergic diseases) เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองที่ผิดปกติของภูมิคุ้มกันที่มีต่อสารก่อภูมิแพ้ ทำให้มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อได้รับสารนั้น สารก่อภูมิแพ้อาจเป็นได้ทั้งอาหารที่แพ้ได้ง่ายและสารก่อภูมิแพ้ทางเดินหายใจ เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ สัตว์เลี้ยง เกสรหญ้า เชื้อรา เป็นต้น

โรคภูมิแพ้ที่พบได้บ่อยในวัยทารก ได้แก่

1. การแพ้อาหาร (food allergy)

อาหารที่แพ้ได้บ่อยในทารกและเด็กเล็ก ได้แก่ นม ไข่ แป้งสาลี เช่น ขนมปัง ส่วนอาหารทะเลในกลุ่ม กุ้ง หอย ปู ปลาหมึกนั้นมักแพ้เมื่อโตขึ้นหรือในผู้ใหญ่ อาการแพ้อาหารแสดงออกได้หลายระบบ ได้แก่

- อาการทางผิวหนัง ผื่นแดงคันบริเวณใบหน้า ข้อพับ แขน ขาหรือผื่นลมพิษ
- อาการทางระบบทางเดินอาหาร มีได้ทั้งอาการเฉียบพลัน เช่น การปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลวทันทีหลังได้รับอาหารที่แพ้ และอาการแบบค่อยเป็น

ค่อยไปหรือแบบเรื้อรัง ได้แก่ ถ่ายเป็นมูกเลือด ท้องเสียเรื้อรัง อาการแหะนม หรือ อาเจียนบ่อย น้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์ เจริญเติบโตช้า เป็นต้น

- **อาการทางระบบทางเดินหายใจ** มีได้ทั้งอาการเฉียบพลัน เช่น หลอดลมตีบ ทางเดินหายใจววม ไอ หอบ และอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือแบบเรื้อรัง ได้แก่ หายใจไม่สะดวก กรนเรื้อรัง มีเสมหะมากโดยไม่ได้เป็นหวัด ติดเชื้อ เป็นต้น

- **การแพ้อาหารรุนแรง (anaphylaxis)** มีอาการแสดงออกรุนแรง และรวดเร็วในเวลาเป็นนาทีหรือชั่วโมงหลังได้รับอาหารที่แพ้ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ ช็อคและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

2. โรคผื่นผิวหนังอักเสบ (atopic dermatitis) ผื่นแดง คัน บริเวณใบหน้า ข้อพับ แขน ขา โรคนี้ในทารกบางรายจะมีความเกี่ยวข้องกับการแพ้อาหารที่ได้กล่าวข้างต้น

3. อาการหอบในเด็กเล็กและโรคหืด (infantile wheezing and asthma) หายใจลำบาก หอบ มีเสียงวี๊ดเวลาหายใจ

ปัญหาและข้อที่ควรคำนึง

โรคภูมิแพ้ที่พบบ่อยในวัยทารกคือ การแพ้อาหารและโรคผื่นผิวหนังอักเสบ ซึ่งในทารกบางรายจะมีความเกี่ยวข้องกับการแพ้อาหารดังกล่าวแล้ว เนื่องจากการแพ้อาหารมีการแสดงออกได้หลากหลาย จำเป็นที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรคด้วย เช่น ทารกที่ถ่ายเป็นมูกเลือด ท้องเสียเรื้อรัง ต้องแยกจากการติดเชื้อ เป็นต้น

การวินิจฉัยการแพ้อาหาร

- กรณีการแพ้ไม่รุนแรงหลักการยืนยันคือการงดอาหารที่สงสัยนั้นเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ ถ้าอาการดีขึ้นให้ลองรับประทานอาหารนั้นอีกครั้งและสังเกตว่าอาการกลับมาเป็นใหม่หรือไม่ ถ้าเป็นการแพ้อาหารจริงอาการจะหายไปเมื่องดอาหาร และกลับมาเป็นใหม่เมื่อได้รับอาหารที่แพ้

- กรณีการแพ้อาหารมีอาการมากหรืออาการรุนแรงหรือมีผลกระทบต่อ การเจริญเติบโต ควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจ เลือดหรือการตรวจทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

• นมแม่กับการป้องกันโรคภูมิแพ้

นมแม่ช่วยลดการเกิดโรคภูมิแพ้เนื่องจากโปรตีนที่ผลิตจากต่อมน้ำนมของ แม่่นั้นมีโครงสร้างที่เหมาะสมและไม่เป็นสิ่งแปลกปลอมต่อระบบภูมิคุ้มกันของ มนุษย์จึงไม่ก่อให้เกิดการแพ้ นอกจากนี้ยังมีสารภูมิคุ้มกันหลายชนิด เช่น secretory IgA และ transforming growth factor- β ซึ่งเชื่อว่าสามารถลดการเกิด ภาวะภูมิแพ้ในทารกได้รวมถึงการที่ทารกได้รับนมแม่จะทำให้มีจุลินทรีย์สุขภาพใน ลำไส้ในปริมาณที่เหมาะสมซึ่งอาจช่วยลดการเกิดโรคภูมิแพ้ได้อีกทางหนึ่ง

นอกจากนี้ นมแม่ช่วยลดการติดเชื้อทางเดินหายใจ ลดโอกาสเกิดการหอบ ในเด็กเล็กซึ่งมักสัมพันธ์กับการติดเชื้อ (infection-associated wheezing) มี การศึกษาที่พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถลดการเกิดโรคผื่นผิวหนังอักเสบ (atopic dermatitis) ได้เช่นกัน⁽¹⁾

• การให้นมบุตรที่ยังไม่มีอาการของโรคภูมิแพ้

คำแนะนำอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรคือ ให้มารดาได้รับ ประทานอาหารที่หลากหลาย มีประโยชน์ และสมดุล (*ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3*) โดยไม่จำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอาหารใดๆ เป็นพิเศษ ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า การที่มารดางดอาหารบางอย่างในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตรไม่ได้ช่วยลดการ เกิดภูมิแพ้ในทารก ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลกระทบต่อภาวะทางโภชนาการของมารดา ด้วย⁽¹⁾

มีการศึกษาพบว่ารสชาติของอาหารที่มารดาได้รับประทาน เช่น ผัก ผลไม้ เครื่องเทศต่างๆ รสเผ็ดรวมทั้งกลิ่นควันและสารเคมีที่มารดาได้รับทางทางเดิน หายใจ เช่น บุหรี่ สามารถถ่ายทอดไปสู่ น้ำคร่ำและนมแม่ได้ การที่ทารกได้รับ

รสชาติและกลิ่นเหล่านี้จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคุ้นเคยและการยอมรับอาหารอื่นๆ ของทารกต่อไป ดังนั้นการที่มารดาได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร ก็มีส่วนช่วยสร้างนิสัยในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่เด็กตั้งแต่เริ่มต้น⁽²⁾

• การให้นมบุตรที่มีอาการของโรคมุมิแพ้เกิดขึ้นแล้ว

การที่ทารกมีการแพ้อาหารขณะที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวเกิดจากการแพ้นมแม่หรือไม่?

การที่ทารกมีการแพ้อาหารขณะที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยที่ยังไม่ได้รับอาหารอื่นๆ นั้นเกิดจากการที่มีโปรตีนชนิดอื่นๆ ซึ่งมาจากอาหารที่มารดาได้รับประทาน เช่น นมวัว ไข่ ผ่านออกมาทางนมแม่ ซึ่งปริมาณโปรตีนที่ผ่านออกมานั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับ ชนิด และปริมาณอาหารที่มารดาได้รับประทานแล้วยังขึ้นอยู่กับมารดาแต่ละคนด้วย พบว่าแม้ว่ามารดาจะได้รับประทานไข่เป็นปริมาณเท่ากันแต่โปรตีนไข่ที่ผ่านออกมาในนมแม่แต่ละคนมีปริมาณไม่เท่ากัน โดยอาจมีถึงร้อยละ 25 ของมารดาที่ไม่พบว่ามีการโปรตีนไข่ออกมาในน้ำนมเลยหลังการรับประทานไข่⁽³⁾ ดังนั้นทารกบางคนก็แพ้อาหาร เช่น ไข่ อาจมีอาการเมื่อทารกได้รับประทานไข่แต่ไม่มีอาการเมื่อได้รับนมแม่แม้ว่ามารดาจะรับประทานไข่ก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความไวของภูมิแพ้ในทารกและปริมาณไข่ที่ออกมาในนมแม่ด้วย

ถ้าทารกมีอาการแพ้อาหารจะรับนมแม่ต่อไปได้หรือไม่?

ทารกที่มีการแพ้อาหาร สามารถได้รับนมแม่ต่อไปได้ตามปกติ

มารดาต้องงดอาหารที่ทารกแพ้หรือไม่? ประเด็นนี้มี 2 กรณีคือ

1. อาการแพ้อาหารเกิดขึ้นขณะที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยที่ยังไม่ได้รับอาหารอื่นๆ อาการนี้เกิดจากโปรตีนซึ่งมาจากอาหารที่มารดาได้รับประทาน เช่น นมวัว ไข่ ผ่านออกมาทางนมแม่และทารกมีการแพ้โปรตีนนั้น กรณีนี้มารดาควรงดอาหารที่ทารกแพ้เป็นเวลา 2-4 สัปดาห์โดยใช้หลักการยืนยันดังกล่าวข้างต้น⁽⁴⁾ และมารดาไม่ควรงดโปรตีนในอาหารหลายชนิดพร้อมกันเป็นระยะเวลาอันนานเนื่องจากอาจจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของตนเองและสารอาหารในนมแม่ได้

2. อาการแพ้อาหารเกิดขึ้นเมื่อทารกรับประทานอาหารนั้นเองแต่ไม่มีอาการแพ้ขณะที่ได้รับนมแม่แม้ว่ามารดาจะรับประทานอาหารนั้นก็ตาม เช่น ทารกเริ่มมีอาการเมื่อเริ่มอาหารตามวัย กรณีนี้ทารกต้องได้รับคำแนะนำให้งดอาหารที่ตนเองแพ้แต่มารดาไม่จำเป็นต้องงดอาหารนั้นเนื่องจากปริมาณของอาหารที่ผ่านออกมาในนมแม่ไม่ถึงระดับที่ทำให้ทารกเกิดอาการ⁽⁴⁾

การให้อาหารตามวัย (complementary feeding)

การหลีกเลี่ยงหรือชะลอการเริ่มอาหารที่แพ้ง่ายไม่มีส่วนช่วยในการป้องกันโรคภูมิแพ้ในทารกที่ไม่มีอาการสำหรับการให้อาหารตามวัยในทารกที่มีการแพ้อาหารสามารถเริ่มได้ตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับทารกทั่วไปไม่จำเป็นต้องรอนานกว่านี้ โดยเริ่มจากอาหารที่มีความเสี่ยงในการแพ้น้อยก่อน เช่น ข้าว และผัก จากนั้นจึงเป็นโปรตีน โดยโปรตีนที่แพ้ได้ง่าย เช่น ไข่ ควรให้เมื่อทารกได้รับโปรตีนอื่นไปบ้างแล้ว ไม่ควรให้เป็นอย่างแรก⁽¹⁾ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำแนะนำในการให้อาหารตามวัยในบทที่ 49)

เอกสารอ้างอิง

1. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongratic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013;1:29-36.
2. Mennella JA. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. *Am J Clin Nutr.* 2014;99:704S-11S.
3. Palmer DJ, Gold MS, Makrides M. Effect of maternal egg consumption on breast milk ovalbumin concentration. *Clin Exp Allergy.* 2008;38:1186-91.
4. Luyt D, Ball H, Makwana N, Green MR, Bravin K, Nasser SM, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clin Exp Allergy.* 2014;44:642-72.

5. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson SA, Wood RA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *J Am Diet Assoc.* 2011;111:17-27.



ผลกระทบของภาวะโภชนาการ ของหญิงให้นมบุตร ต่อสารอาหารในน้ำนม

OSWS ดำรงวงศ์ศิริ

ความรู้พื้นฐาน

นมแม่ประกอบด้วยสารอาหารและปัจจัยต่างๆ ที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของทารก นมแม่สร้างมาจากเนื้อเยื่อเต้านมโดยการควบคุมของฮอร์โมนหลายชนิด สารอาหารต่างๆ จากมารดาถูกหลั่งออกมาในน้ำนมภายในเนื้อเยื่อเต้านมด้วยกลไกที่แตกต่างกันไปตามชนิดของสารอาหาร ภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตรมีความสำคัญมากเพราะจะส่งผลกระทบต่อปริมาณสารอาหารบางชนิดในน้ำนม

โดยทั่วไปการได้รับพลังงานและสารอาหารของหญิงให้นมบุตรจะไม่มีผลกระทบต่อปริมาณน้ำนมที่สร้างในแต่ละวัน ยกเว้นหญิงให้นมบุตรที่มีภาวะทุพโภชนาการและขาดน้ำระดับรุนแรงจะทำให้มีการสร้างน้ำนมลดลงได้⁽¹⁾

ภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตรมีผลต่อปริมาณสารอาหารในนมแม่แตกต่างกัน จึงมีการแบ่งกลุ่มสารอาหารในนมแม่ตามผลกระทบของภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตรได้ 3 กลุ่มดังต่อไปนี้⁽²⁾

1. สารอาหารในนมแม่ที่ไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะโภชนาการ ได้แก่
 - ปริมาณน้ำตาลแลคโตส ซึ่งจะมีปริมาณคงที่ประมาณ 70 กรัมต่อลิตร
 - ปริมาณแร่ธาตุ (macromineral) ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม เป็นต้น
 - ปริมาณแร่ธาตุที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อย (trace element) ได้แก่ เหล็ก สังกะสี ทองแดง เป็นต้น
 - ปริมาณสารอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม คลอไรด์ เป็นต้น
2. สารอาหารในนมแม่ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะโภชนาการในบางกรณี ได้แก่
 - ปริมาณและชนิดของโปรตีนในนมแม่ ซึ่งจะมีผลกระทบในกรณีที่มีการตามีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (severe malnutrition)
 - ปริมาณส่วนประกอบไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน (non-protein nitrogen)
3. สารอาหารในนมแม่ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะโภชนาการโดยตรง
 - ปริมาณและชนิดของกรดไขมันในนมแม่ ได้แก่ กลุ่มกรดไขมันไม่อิ่มตัวสายยาว (long-chain polyunsaturated fatty acid) กรดไขมันชนิดทรานส์ (trans fatty acid)
 - ปริมาณแร่ธาตุที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อย (trace element) ได้แก่ ไอโอดีน แมงกานีส ซีลีเนียม เป็นต้น
 - ปริมาณวิตามินที่ละลายในน้ำ ได้แก่ วิตามินบี วิตามินซี โฟเลท
 - ปริมาณวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค

ปัญหาหรือข้อควรคำนึงถึง

- ภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตรส่งผลกระทบต่อระดับสารอาหารบางชนิด ดังนั้นจึงควรให้การดูแลหญิงให้นมบุตร ให้ได้รับสารอาหารต่างๆ เพียง

พื่อต่อความต้องการประจำวัน เพื่อให้ร่างกายสามารถผลิตน้ำนมที่มีคุณภาพดีแก่ทารก

- หญิงให้นมบุตรที่มีภาวะทุพโภชนาการควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการประเมินความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารชนิดต่างๆ เพื่อให้การดูแลรักษา ส่งเสริมภาวะโภชนาการและให้วิตามินและแร่ธาตุเสริมอย่างเหมาะสม

- หญิงให้นมบุตรที่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร เช่น จำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เนื่องจากบุตรมีอาการแพ้อาหารชนิดนั้นผ่านทางน้ำนม หญิงให้นมบุตรที่รับประทานอาหารแบบมังสวิรัต เป็นต้น หญิงให้นมบุตรเหล่านี้จะมีตัวเลือกในการรับประทานอาหารได้น้อยกว่าคนปกติ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและส่งผลกระทบต่อสารอาหารในน้ำนมได้ เช่น หญิงให้นมบุตรที่รับประทานอาหารมังสวิรัตที่ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ นม อาจมีความเสี่ยงที่จะขาดเหล็ก สังกะสี วิตามินบี12 ได้

- หญิงให้นมบุตรที่มีโรคประจำตัว หรืออาการเจ็บป่วยต่างๆ ควรพิจารณา ยาที่ได้รับเป็นประจำว่าเป็นยาที่ทำให้มีปัญหากับสารอาหารบางชนิดหรือไม่ (drug-nutrient interaction) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับวิตามินและแร่ธาตุบางชนิดเสริม หากมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

- หญิงให้นมบุตร ควรได้รับพลังงานจากอาหารเพิ่มมากกว่าปกติวันละ 500 แคลอรี และได้รับโปรตีนเพิ่มมากขึ้นวันละ 15-25 กรัม⁽³⁾

- หญิงให้นมบุตรควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารชนิดต่างๆ อย่างครบถ้วน ทั้งสารอาหารที่ให้พลังงาน ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน รวมไปถึงสารอาหารที่ไม่ให้พลังงาน ได้แก่ วิตามินและแร่ธาตุ

- ควรมีการเสริมวิตามินและแร่ธาตุให้กับหญิงให้นมบุตรตามความเหมาะสม สำหรับในประเทศไทย มีข้อเสนอแนะให้เสริมไอโอดีนแก่หญิงให้นมบุตรในขนาด

150 ไมโครกรัมต่อวัน ส่วนวิตามินและแร่ธาตุชนิดอื่นๆ ควรพิจารณาให้ตามความเหมาะสม

- หญิงให้นมบุตรที่ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร เช่น หลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดเนื่องจากบุตรมีอาการแพ้ รับประทานอาหารแบบมังสวิรัต เป็นต้น ควรได้รับการประเมินการได้รับสารอาหารอย่างละเอียด และให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมหากมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารเหล่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Maternal nutrition and supplements for mother and infant. In: Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 7th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 283-318.
2. Donovan SM. Human milk: Nutritional properties. In: Duggan C, Watkins JB, Walker WA, editors. Nutrition in Pediatrics. 4th ed. Ontario: BC Decker; 2008. p. 341-54.
3. ปรีศนา พานิชกุล. อาหารและโภชนาการสตรีมีครรภ์และแม่ระยะให้นมลูก. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศน์วรวิติ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2555. หน้า 243-50.



บทที่ 48

ภาวะขาดธาตุเหล็ก และการป้องกันแก้ไข

ศิริบุษ เชมโก

VI. ปัญหาด้านทารก

ความรู้พื้นฐาน

ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อยแต่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย การขาดธาตุเหล็กจะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก การศึกษาในกรุงเทพมหานครในปี 2545 พบอุบัติการณ์ของการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 9-12 เดือนประมาณร้อยละ 8.3-14.3 โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อย และการกินนมแม่โดยได้รับอาหารตามวัยไม่เพียงพอ⁽¹⁾ ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจ SEANUTS ในปี 2553-2555 พบว่าเด็กไทยอายุ 6 เดือนถึง 3 ปีมีภาวะโลหิตจางในเขตชนบทสูงถึงร้อยละ 41.7 และในเขตเมืองร้อยละ 26 ซึ่งร้อยละ 50 ของเด็กที่มีภาวะโลหิตจางน่าจะมีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก⁽¹⁾ จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการขาดธาตุเหล็กยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย นอกจากนี้ธาตุเหล็กจะเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินแล้ว ธาตุเหล็กยังเป็นส่วนประกอบสำคัญของเอ็นไซม์ต่างๆ และเป็นโคแฟกเตอร์ของเอ็นไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสารสื่อประสาท ได้แก่ dopamine, serotonin และ GABA

มีการศึกษาพบว่าเนื้อเยื่อสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา ได้แก่ frontal lobe, hippocampus และ striatum มีธาตุเหล็กสะสมอยู่มากกว่าบริเวณอื่น ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาสมองและพัฒนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกิดการขาดธาตุเหล็กในช่วงอายุ 2 ปีแรก (ไม่ว่าจะมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยหรือไม่) อาจทำให้เด็กมีปัญหาทางด้านพัฒนาการและการเรียนรู้หรือมีปัญญาพฤติกรรมซึ่งอาจคงอยู่ในระยะยาวแม้จะได้รับการรักษาจนหายจากภาวะโลหิตจางและการขาดธาตุเหล็กแล้ว⁽²⁾

ธาตุเหล็กมีมากในอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ โดยเฉพาะเนื้อแดง ตับ เลือด โดยจะเป็นธาตุเหล็กที่อยู่ในรูปฮีมซึ่งจะถูกดูดซึมและนำไปใช้ได้ร้อยละ 20-30 มากกว่าธาตุเหล็กที่ไม่ใช่ฮีมที่พบในพืช ธัญพืชและถั่วต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับพร้อมปัจจัยเสริมในการดูดซึม เช่น วิตามินซี กรดอินทรีย์ในผลไม้หรือเนื้อสัตว์ ร่างกายจึงจะนำไปใช้ได้ ธาตุเหล็กในไข่แดงอยู่ในรูปของสารฟอสฟอรัสซึ่งถูกดูดซึมได้น้อยกว่าเหล็กในรูปฮีม นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีไฟเตท (พบมากในข้าวที่ไม่ได้ขัดสี ถั่วเมล็ดแห้ง) และโพลีฟีนอล (พบในน้ำชา กาแฟ พืชใบสีเขียวเข้ม) จะทำให้ธาตุเหล็กที่ไม่ใช่ฮีมถูกดูดซึมได้ยาก⁽³⁾

ปริมาณธาตุเหล็กอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับทารกอายุ 0-5 เดือน เท่ากับปริมาณธาตุเหล็กในน้ำนมแม่ ทารกอายุ 6-11 เดือน เท่ากับ 9.3 มิลลิกรัมต่อวัน และในเด็กอายุ 1-3 ปี เท่ากับ 5.8 มิลลิกรัมต่อวัน⁽³⁾

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

ทารกและเด็กเล็กมีเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในช่วงปีแรกซึ่งจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดจึงต้องการธาตุเหล็กในปริมาณมากเพื่อใช้ในการสร้างฮีโมโกลบินและสะสมในเนื้อเยื่อต่างๆ ในช่วง 6 เดือนแรกทารกได้อาหารเพียงอย่างเดียวคือนมแม่ ธาตุเหล็กในน้ำนมแม่ถึงแม้จะมีปริมาณน้อยคือ 0.3-0.9 มก./ลิตร จะถูกดูดซึมไปใช้ได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งดีกว่าในนมวัวและนมผงดัดแปลงสำหรับทารกซึ่งแม้จะมีการเติมธาตุเหล็กประมาณ 7-12 มก./ลิตร แต่ถูกดูดซึมได้เพียงร้อยละ 4-6 ทั้งนี้ปริมาณธาตุเหล็กในนมแม่ไม่แปรผันตามอาหารที่

มารดาได้รับประทาน การที่หญิงให้นมบุตรรับประทานธาตุเหล็กเสริมไม่มีส่วนช่วยในการเพิ่มปริมาณธาตุเหล็กในนมแม่

จะเห็นได้ว่าธาตุเหล็กในนมแม่คิดเป็นปริมาณธาตุเหล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการของทารก ในช่วงอายุนี้ทารกจึงต้องอาศัยธาตุเหล็กที่ได้รับและสะสมมาตั้งแต่ช่วงแรกเกิด ในทารกที่เกิดครบกำหนดจะมีธาตุเหล็กสะสมในร่างกายเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตถึงอายุประมาณ 4-6 เดือนขึ้นกับภาวะโลหิตจางของมารดาในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ การเสียเลือดในช่วงปริกำเนิดและวิธีการทำคลอด (เช่น ระยะเวลาในการตัดสายสะดือ)⁽⁴⁾ ดังนั้น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกที่มีการเสียเลือดเพิ่มเรื้อรังจากทางเดินอาหาร เช่น จากพยาธิปากขอหรือมีโรคแพ้โปรตีนนมวัว จึงมีความเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น

มีการศึกษาในประเทศไทยที่รายงานอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 9 เดือนที่กินนมแม่สูงกว่าเด็กที่กินนมผงดัดแปลงสำหรับทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ได้รับอาหารตามวัยไม่เพียงพอ⁽¹⁾ ทั้งนี้ เนื่องจากธาตุเหล็กในน้ำนมแม่ที่อายุ 6 เดือนไม่เพียงพอกับความต้องการธาตุเหล็กของทารกที่สูงถึง 9.3 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้น ทารกในช่วงอายุ 6 เดือนขึ้นไปจำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กส่วนใหญ่จากอาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ เนื้อสัตว์สีแดง ตับ เลือด เป็นต้น ธาตุเหล็กในไข่แดงไม่ได้อยู่ในรูปของฮีม ดังนั้นทารกอาจไม่สามารถดูดซึมได้ดีพอโดยเฉพาะถ้ากินร่วมกับข้าวไม่ขัดสีหรือผักสีเขียวเข้ม

เมื่อร่างกายได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอจะมีการลดลงของธาตุเหล็กที่สะสมในตับ ม้าม ไชกระตุก (storage iron depletion) ตรวจพบเฟอริติน (ferritin) ในซีรัมลดลง เมื่อการขาดธาตุเหล็กดำเนินต่อไปจะมีการลดลงของธาตุเหล็กในซีรัม ความสามารถในการจับธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเนื่องจากการสร้างทรานสเฟอรินเพิ่มขึ้นทำให้ transferrin saturation ลดลง (iron deficient erythropoiesis) แต่ยังไม่พบภาวะเลือดจาง หากยังไม่ได้รับการรักษาจะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็กและติดสีจาง ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตลดลง (iron deficiency anemia)

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

การป้องกันการขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กเล็ก

1. ส่งเสริมการให้อาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ

ทารกแรกเกิดถึง 6 เดือนให้กินนมแม่อย่างเดียว เริ่มให้อาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ ตับ ไข่แดง เมื่ออายุ 6 เดือนคู่ไปกับนมแม่แล้วเพิ่มจำนวนมื้อตามวัย (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 49 การให้อาหารตามวัย) ในเด็กเล็กอายุ 1 ปีขึ้นไปแนะนำให้กินเนื้อสัตว์ ตับ เลือด เครื่องในสัตว์ เป็นประจำทุกวัน ให้นมแม่อย่างต่อเนื่องและไม่ควรดื่มนมวัวครบส่วนมากกว่าวันละ 500 มล. เนื่องจากจะทำให้กินอาหารตามวัยได้น้อยลงและขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการเสริมธาตุเหล็กในอาหารบางชนิด เช่น น้ำปลาซีอิ้ว บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งไม่ใช่อาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกและเด็กเล็ก สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลได้ดำเนินการพัฒนาข้าวหุงสุกเร็วที่เสริมธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินบี 1 และกรดโฟลิกโดยใช้ธาตุเหล็กที่จับกับอีดีทีเอและที่อยู่ในรูปเกลือซัลเฟตร่วมกับโซเดียมซิเตรต ผ่านการทดสอบพบว่าธาตุเหล็กถูกดูดซึมได้ดีจึงน่าจะเป็นประโยชน์กับเด็กไทยเนื่องจากข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย⁽⁵⁾

2. มาตรการการให้ธาตุเหล็กเสริม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้เด็กปฐมวัยที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกคน (อายุ 6 เดือน-2 ปีได้รับ 12.5 มิลลิกรัมและเด็กอายุ 2-5 ปีได้รับ 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์โดยมีโอกาสเกิดผลเสียน้อยแม้ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นธาลัสซีเมียแฝงอยู่เป็นจำนวนมากเนื่องจากประชากรเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กไม่ต่างจากประชากรทั่วไป ส่วนผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่เสี่ยงต่อภาวะธาตุเหล็กเกินซึ่งควรงดการเสริมธาตุเหล็กมีเป็นส่วนน้อยของประชากร (น้อยกว่าร้อยละ 1)⁽⁵⁾ ทั้งนี้ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยควรได้รับการเสริมธาตุเหล็กเร็วขึ้นที่อายุตั้งแต่ 1-2 เดือนในขนาด 1-2 มก./กก./วัน ตามดุลพินิจของแพทย์ผู้ดูแล ทั้งนี้ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาน้ำธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง

กล่าวคือป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสฟันเด็กและทำความสะอาดฟันหลังให้เพื่อป้องกันการเป็นสนิมฟัน

3. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง

ในปัจจุบันราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง (universal screening) ในทารกอายุ 6-9 เดือนและเด็กอายุ 3-6 ปี และถ้าไม่สามารถตรวจทุกรายให้ทำในเด็กกลุ่มเสี่ยง (selective screening) ซึ่งรวมถึงทารกอายุมากกว่า 6 เดือนที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวหรือได้รับนมที่ไม่ได้เสริมธาตุเหล็กโดยไม่ได้รับอาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ⁽⁶⁾

การวินิจฉัยและการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปีคือฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัม/ดล. และ mean corpuscular volume น้อยกว่า 70 fL. ร่วมกับ transferrin saturation น้อยกว่า 16% หรือเฟอร์ริตินในซีรัมน้อยกว่า 12 มคก./ลิตร (กรณีมีการติดเชื้อใช้ค่าเฟอร์ริตินน้อยกว่า 30 มคก./ลิตร)⁽¹⁾ ทั้งนี้ต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก microcytic anemia ที่มีสาเหตุอื่นเช่น โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียซึ่งจะไม่พบว่ามีเฟอร์ริตินและ transferrin saturation ต่ำ และโรคโลหิตจางจากโรคเรื้อรัง (anemia of chronic disease) ซึ่งอาจพบขนาดเม็ดเลือดแดงที่ไม่เล็กมากและเฟอร์ริตินสูงทำให้แยกจากภาวะขาดธาตุเหล็กได้ เป็นต้น

เมื่อวินิจฉัยได้แล้วควรให้ยาธาตุเหล็ก 3-6 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง โดยแนะนำให้กินระหว่างมื้ออาหารหรือพร้อมกับน้ำผลไม้ (ไม่ควรรับประทานพร้อมนม) จะช่วยให้การดูดซึมธาตุเหล็กดีขึ้น ปริมาณธาตุเหล็กที่ดูดซึมได้ (elemental iron) จากยาธาตุเหล็กในรูปแบบต่างๆ มีความแตกต่างกัน โดยยาธาตุเหล็กในรูปแบบ ferrous sulfate มีธาตุเหล็กที่ดูดซึมได้ร้อยละ 20 และ ferrous fumarate มีธาตุเหล็กที่ดูดซึมได้ร้อยละ 33 หลังให้การรักษาระดับ reticulocyte count จะเพิ่มขึ้นใน 48-72 ชั่วโมงและฮีโมโกลบินจะเพิ่มขึ้นในปลายสัปดาห์แรกถึง 1 เดือน หลังจากระดับฮีโมโกลบินเป็นปกติแล้วให้รับประทานยาธาตุเหล็กต่ออีก 1-3 เดือนเพื่อ

เพิ่มปริมาณธาตุเหล็กสะสมในร่างกาย ในกรณีที่ระดับฮีโมโกลบินไม่เพิ่มขึ้นมักเกิดจากการกินยาไม่สม่ำเสมอ มีสาเหตุเลือดออกเรื้อรังที่ไม่ได้รับการแก้ไข (มักเป็นในทางเดินอาหาร) หรือเป็นโรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย ทั้งนี้ในระหว่างการรักษาและหลังจากรักษาครบแล้วผู้ดูแลเด็กควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กเพียงพอและการให้ธาตุเหล็กที่เป็นมาตรการเชิงป้องกันเพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาพรพรรณ ดันตราชีวร. สถานการณ์ปัจจุบันของธาตุเหล็กในเด็กไทย. ใน: เรื่องวิทยุ ดันติแพทย์ทางกุม, นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร, ศิริनुช ชมโท. บรรณาธิการ. โภชนาการเด็ก ล้ำสมัย 2016. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 36-52.
2. Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160(11):1108-13.
3. คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
4. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. กมล เพ็ญเพชร. การคัดกรองภาวะโลหิตจาง. ใน: พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสพศรี อังถาวร. บรรณาธิการ. Guideline in child health supervision. กรุงเทพฯ : สรรพสาร จำกัด; 2557. หน้า 152-60.



บทที่ 49

การให้อาหารตามวัยสำหรับทารก

OSWS ดำรงวงศ์ศิริ

VI. ปัญหาด้านทารก

ความรู้พื้นฐาน

โดยทั่วไปทารกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนดที่มีสุขภาพดีและได้รับนมแม่อย่างเต็มที่ ในขณะที่มารดามีสุขภาพและภาวะโภชนาการที่ดี สารอาหารในนมแม่จะเพียงพอต่อความต้องการสารอาหารของทารกในแต่ละวันตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน⁽¹⁾ แต่หลังจาก 6 เดือน ทารกมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับสารอาหารที่สะสมไว้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเริ่มหมดลง และสารอาหารบางชนิดในนมแม่เริ่มลดน้อยลงตามธรรมชาติ⁽²⁾ อาหารตามวัยจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญสำหรับการเป็นแหล่งอาหารและพลังงานควบคู่ไปกับนมแม่สำหรับทารกในวัย 6 เดือนขึ้นไป

อาหารตามวัย หมายถึง อาหารอื่นที่ทารกได้รับเป็นนื้อนอกเหนือจากนมแม่หรือนมผงดัดแปลงสำหรับทารก เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารครบถ้วนและพอเพียงสำหรับการเจริญเติบโต ช่วยให้ทารกปรับตัวจากการกินอาหารเหลวเป็นอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวและอาหารแบบผู้ใหญ่เพื่อให้มีพัฒนาการในการกินที่เหมาะสมต่อไป⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าจากคำจำกัดความดังกล่าว บทบาทของอาหารตามวัยสำหรับ

ทารกมี 2 บทบาทด้วยกัน ได้แก่ การเป็นแหล่งของสารอาหารและพลังงาน สำหรับทารกควบคู่ไปกับนมแม่ และการฝึกพัฒนาการในด้านการกินอาหารแก่ทารก จากอาหารเหลวสู่อาหารแบบผู้ใหญ่

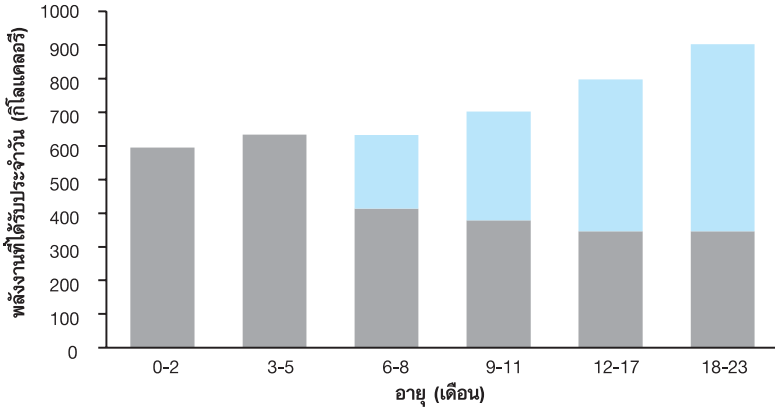
หลักการให้อาหารตามวัยสำหรับทารก มี 4 ประการสำคัญ⁽⁴⁾ ได้แก่

1. สมวัย หมายถึง การให้อาหารตามวัยเมื่อถึงวัยที่ทารกมีพัฒนาการที่เหมาะสม โดยทั่วไปจะแนะนำให้เริ่มอาหารตามวัยสำหรับทารกเมื่ออายุ 6 เดือน แต่หากทารกมีปัญหาการเจริญเติบโตช้าหรือมารดาไม่สามารถให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ สามารถเริ่มอาหารตามวัยก่อน 6 เดือนได้แต่ไม่ควรก่อน 4 เดือน

2. เพียงพอ หมายถึง การให้อาหารตามวัยที่มีชนิดของอาหาร ปริมาณและจำนวนมื้อที่เหมาะสมกับอายุของทารก เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารและพลังงานครบถ้วนตามความต้องการ ช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือน ทารกได้รับพลังงานเพียงพอจากการกินนมแม่อย่างเดียว แต่หลังจาก 6 เดือนเป็นต้นไป ทารกมีความต้องการพลังงานมากขึ้น แต่จะได้รับพลังงานจากนมแม่ลดลง และได้รับพลังงานอีกส่วนหนึ่งจากอาหารตามวัย ดังรูปที่ 49-1 ในการให้อาหารตามวัยแก่ทารก ควรให้อาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย และมีปริมาณเพียงพอที่จะเป็นแหล่งพลังงานและสารอาหารของทารก ดังตารางที่ 49-1⁽⁵⁾

3. ปลอดภัย หมายถึง อาหารที่นำมาปรุงและให้ทารกกินมีความปลอดภัยจากการปนเปื้อนเชื้อโรคและสารพิษ ในกรณีที่ประกอบอาหารเองที่บ้าน ควรใช้วัตถุดิบที่สด ใหม่ สะอาด อุปกรณ์ที่ใช้ในการปรุงและการป้อนอาหารทารกต้องทำความสะอาดทุกครั้ง ผู้เลี้ยงดูควรล้างมือให้สะอาดก่อนทำการปรุงอาหารและการป้อนอาหารทารกทุกครั้ง สำหรับอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป ควรพิจารณาบรรจุภัณฑ์ ส่วนประกอบ วันหมดอายุของผลิตภัณฑ์ก่อนนำมาบริโภค

4. เหมาะสมกับความหิว-อิ่มและพัฒนาการของทารก หมายถึง การให้อาหารตามวัยตามความหิวและอิ่มของทารก ควรเว้นช่วงเวลาของการป้อนอาหารตามวัยให้ห่างจากมื้อนมประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อให้ทารกหิวและสามารถรับอาหารตามวัยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ลักษณะของอาหารตามวัยควรให้มีความสอดคล้อง



รูปที่ 49-1 กราฟแสดงพลังงานที่ได้รับประจำวันจากนมแม่และอาหารตามวัยในทารกอายุ 0-24 เดือน (■ แสดงพลังงานที่ได้รับจากนมแม่ ■ แสดงพลังงานที่ได้รับจากอาหารตามวัย) (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 3)

กับพัฒนาการของทารก เช่น เนื้อสัมผัสอาหารเป็นลักษณะบดละเอียดในช่วงวัย 6 เดือน และค่อยๆ เพิ่มความหยาบให้ใกล้เคียงอาหารผู้ใหญ่มากขึ้นในวัย 12 เดือน การให้อาหารเป็นขั้นแบบหยิบจับได้แก่ทารกวัย 9 เดือนซึ่งเริ่มมีการใช้มือมากขึ้น การให้ทารกฝึกจับช้อนหรืออุปกรณ์การกินอาหารอื่นๆ ให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย เป็นต้น พัฒนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารของทารกสรุปดังตารางที่ 49-2

ปัญหาหรือข้อควรคำนึงถึง

- อาหารตามวัยสำหรับทารกมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารกในช่วง 6-12 เดือน หากพบทารกมีปัญหาเรื่องการเจริญเติบโตในช่วงวัยนี้ ควรพิจารณาว่าทารกได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสมหรือไม่ อาจไม่ได้เกิดจากการได้รับนมแม่ไม่พอและไม่จำเป็นต้องเสริมนมผงดัดแปลงสำหรับทารก

ตารางที่ 49-1 ชนิดและปริมาณของส่วนประกอบอาหารตามวัยสำหรับทารก

อายุ (เดือน)	จำนวนมื้อ ต่อวัน	กลุ่มข้าว	กลุ่มเนื้อสัตว์	กลุ่มผัก	กลุ่มผลไม้	กลุ่ม นมไขมัน
6	1	ข้าวบด 3 ละเอียด 3 ช้อนกินข้าว	ไข่แดงสุกครึ่งฟอง หรือเนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือตับบด 1 ช้อนกินข้าว	ผักต้มเปื่อย บดละเอียด ครึ่งช้อนกิน ข้าว เช่น ตำลึง ฟักทอง	ผลไม้บด 1-2 ช้อน เช่น กล้วยน้ำว้า สุก มะละกอ	ครึ่ง ช้อนชา
7	1	ข้าวบด 4 ช้อนกินข้าว	ไข่ต้มครึ่งฟอง หรือ เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือตับบด 1 ช้อนกินข้าว หรือเนื้อไก่ 1 ช้อนกินข้าว หรือเนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว	ผักสุก 1 ช้อน กินข้าว เช่น ผักหวาน ผัก โขม ตำลึง ฟักทอง	ผลไม้สุก 1-2 ช้อน เช่น มะละกอ 2 ช้อน หรือ มะม่วงสุก 2 ช้อน หรือ กล้วยน้ำว้าสุก	ครึ่ง ช้อนชา
8-9	2	ข้าวสุกหุง นุ่มๆ บดหยาบ 4 ช้อนกินข้าว ต่อมือ	ไข่ต้มครึ่งฟอง หรือ เนื้อปลา 1 ช้อน กินข้าว หรือตับบด 1 ช้อนกินข้าว หรือเนื้อไก่ 1 ช้อนกินข้าว หรือเนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าวต่อมือ	ผักสุก 1 ช้อน กินข้าว ต่อมือ เช่น ผักหวาน ผักโขม ตำลึง ผักกาดขาว ฟักทอง แครอท	ผลไม้สุก 2-3 ช้อนต่อ มือ เช่น มะละกอ 3 ช้อน หรือ มะม่วงสุก 3 ช้อน หรือ กล้วย 1 ผล	ครึ่ง ช้อนชา ต่อมือ
10-12	3	ข้าวสุกหุง นุ่มๆ บดหยาบ 4 ช้อนกินข้าว ต่อมือ	ไข่ต้มครึ่งฟอง หรือ เนื้อปลา 1 ช้อน กินข้าว หรือตับบด 1 ช้อนกินข้าว หรือเนื้อไก่ 1 ช้อน กินข้าว หรือเนื้อ หมู 1 ช้อนกินข้าว ต่อมือ	ผักสุก 1 1/2 ช้อนกินข้าว ต่อมือ เช่น ผักหวาน ผักโขม ตำลึง ผักกาดขาว ฟักทอง แครอท	ผลไม้สุก 3-4 ช้อน ต่อมือ เช่น มะละกอสุก 4 ช้อนมะม่วง สุก 4 ช้อน หรือกล้วย 1 ผล หรือ ส้ม 1 ผล	ครึ่ง ช้อนชา ต่อมือ

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 5

ตารางที่ 49-2 พัฒนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารของทารก และเด็กเล็กในช่วงวัยต่างๆ

อายุ	พัฒนาการและพฤติกรรม
4-6 เดือน	มีความพร้อมในการกินอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว สามารถชันคอได้มั่นคง มีการทรงตัวของลำตัวได้ดี คิวาของและเริ่มเอาของเข้าปาก ใช้ขากรรไกรขยับขึ้นลงในการบดอาหาร extrusion reflex ลดหายไป
6-8 เดือน	นั่งได้ดี บดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น ถือขวดนมได้เอง ส่งเสียงในระหว่างมืออาหารเพื่อแสดงความต้องการอาหาร
8-10 เดือน	เริ่มใช้นิ้วมือได้ดีขึ้น เริ่มกำช้อนได้ แต่ยังไม่สามารถใช้ได้ดี หยิบอาหารเป็นชิ้นเข้าปากกินเองได้ กินอาหารแข็งได้ดีขึ้น เริ่มชอบกินอาหารที่มีรสชาติ และลักษณะอาหารใหม่ๆ
10-12 เดือน	ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ได้ดี ใช้ช้อนป้อนตัวเองได้บ้าง ฟันขึ้นหลายซี่ สามารถขบเคี้ยวได้ดีขึ้น เริ่มเรียนรู้ในการทิ้งของและอาหารลงกับพื้น เริ่มถือถ้วยได้ ส่งเสียงและขยับตัวระหว่างมืออาหารได้มากขึ้น
12-15 เดือน	มีความต้องการกินอาหารด้วยตนเอง ความอยากอาหารและความต้องการสารอาหารลดลง เริ่มถือถ้วยได้ดีขึ้น ชอบเล่นอาหารและอาจทำอาหารเลอะเทอะ
15-18 เดือน	เริ่มกินได้เร็วขึ้น ชอบการเคลื่อนไหวหรือเดิน ทำให้ไม่อยากกินอาหาร รอคอยอาหารได้ เล่นโดยการทิ้งอาหารลงพื้นเพื่อดูการตอบสนองของผู้เลี้ยงดู
18-24 เดือน	เริ่มกินอาหารเองโดยการใช้ช้อนร่วมกับการใช้นิ้วมือ เริ่มขออาหารเองได้ ต้องการควบคุมการกินและมีอาหารด้วยตนเอง เริ่มมีการต่อต้านการกินอาหาร

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 3

- พัฒนาการของระบบอวัยวะต่างๆ ของทารกสามารถรับประทานอาหารอื่นๆ นอกจากนมได้เมื่ออายุ 4 เดือนขึ้นไป การให้อาหารตามวัยก่อนวัยที่ทารกสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้ดีอาจก่อให้เกิดปัญหา เช่น ลำไส้อุดตัน เป็นต้น
- ทารกอาจมีปัญหาเพื่ออาหารได้ส่วนใหญ่เป็นการแพ้อาหารประเภทโปรตีน จึงแนะนำให้เริ่มอาหารแก่ทารกทีละอย่าง เพื่อให้สามารถสังเกตอาการแพ้ได้ชัดเจน
- ทารกจำเป็นต้องได้รับสารอาหารบางชนิดจากอาหารตามวัยเป็นหลักในช่วงหลังจากอายุ 6 เดือน ได้แก่ เหล็ก สังกะสี เป็นต้น ซึ่งแหล่งอาหารสำคัญคือเนื้อสัตว์ ตับ หากทารกได้รับอาหารดังกล่าวไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารดังกล่าวและจะกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกด้วย

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษาแนะนำ

- แนะนำให้เริ่มอาหารตามวัยในช่วงเวลาที่เหมาะสมโดยพิจารณาจากการเจริญเติบโตของทารกและการให้นมแม่ในแต่ละรายด้วย โดยทั่วไปจะแนะนำให้เริ่มอาหารตามวัยเมื่ออายุ 6 เดือน แต่หากทารกมีปัญหาเรื่องการเจริญเติบโตช้าหรือมารดาไม่สามารถให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ที่สามารถเริ่มก่อนอายุ 6 เดือนได้แต่ไม่ควรก่อน 4 เดือน
- อาหารตามวัยที่ให้แก่ทารกควรเป็นอาหารที่ปรุงสุก สดใหม่ สะอาด หากต้องการทำอาหารตามวัยสำหรับทารกเพื่อเก็บไว้กินหลายวันควรแบ่งปริมาณขนาดพอดีต่อมือและเก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ก่อนนำมาอุ่นให้ทารกกินเป็นมื้อๆ
- อาหารตามวัยควรประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย เช่น อาหารประเภทโปรตีน ทารกควรได้รับไข่หรือเนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ สลับกันไป เพราะในเนื้อสัตว์แต่ละชนิดจะมีแร่ธาตุและสารอาหารแตกต่างกัน
- สามารถเติมน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ลงในอาหารตามวัยเพื่อเป็นการเพิ่มความเข้มข้นพลังงานแก่อาหารตามวัยสำหรับทารกสำหรับทารกที่มีการเจริญเติบโตปกติและทารกที่มีน้ำหนักน้อย แต่พิจารณาไม่เติมน้ำมันพืชลงในอาหารหากทารกมีภาวะน้ำหนักเกิน

- ไม่ควรเติมน้ำตาล เกลือ หรือเครื่องปรุงรสอื่นๆ ในอาหารตามวัยสำหรับทารก ควรฝึกให้ทารกกินอาหารธรรมชาติ
- ควรพิจารณาส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์อาหารตามวัยสำหรับทารก สำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูปว่ามีสารอาหารครบถ้วนหรือไม่ อาจจำเป็นต้องเติมอาหารบางประเภท เช่น เนื้อสัตว์ เป็นต้น เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วน ไม่ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เติมน้ำตาลหรือเกลือหรือมีการปรุงรสด้วยเครื่องปรุงอื่นๆ
- พิจารณาให้อาหารตามวัยห่างจากมือนมพอสมควร เพื่อให้ทารกมีความหิวและรับอาหารตามวัยได้ดี ผู้ให้อาหารทารกควรให้ด้วยความนุ่มนวล ไม่บีบบังคับให้ทารกกินอาหาร เพราะจะทำให้ทารกมีประสบการณ์ไม่ดีต่ออาหารและส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมในการกินอาหารต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Krama MS, Kakuma R. The optimal duration of breastfeeding: A systematic review. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. Am J Clin Nutr. 2007;85(suppl):639S-45S.
3. อูมาพร สุทัศน์วรุฒิ, สุภาพรณ ตันตราชีวร, สมโชค คุณสนอง, บรรณาธิการ. คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
4. World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.



บทที่ 50

การติดตาม การเจริญเติบโตของการก

รัชดา เกษมทรัพย์

ความรู้พื้นฐาน

ในช่วงอายุ 1 ปีแรก เป็นช่วงที่ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การติดตามการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการเจริญเติบโตบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ และภาวะโภชนาการของทารก ทารกที่เกิดก่อนกำหนด มีโรคประจำตัว หรือได้รับโภชนาการที่ไม่เหมาะสม จะมีการเจริญเติบโตที่ล่าช้า เช่น น้ำหนักน้อย ตัวเตี้ย เป็นต้น การประเมินการเจริญเติบโตเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ผู้ปกครองและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำได้ ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง ถ้าแพทย์และพยาบาลสามารถตรวจพบความผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ระยะแรก และให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง ย่อมทำให้ทารกสามารถเจริญเติบโตได้เต็มที่ตามศักยภาพของตน

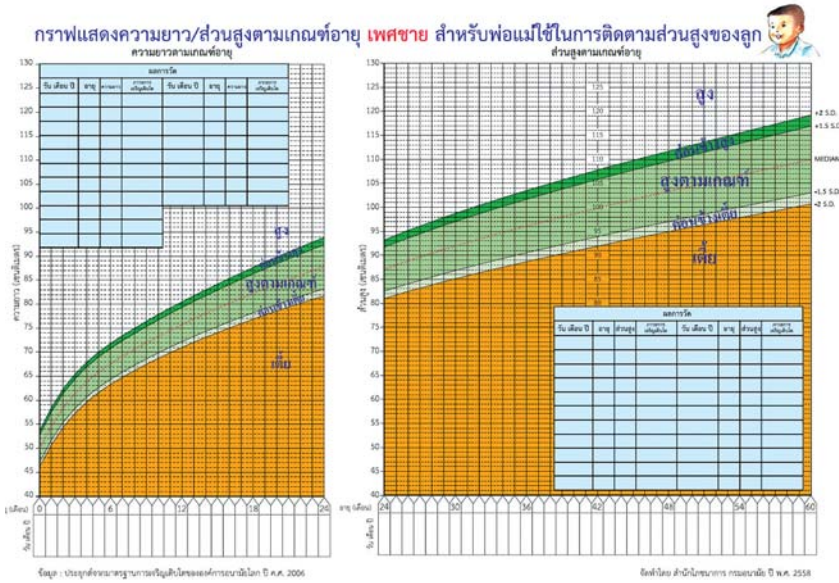
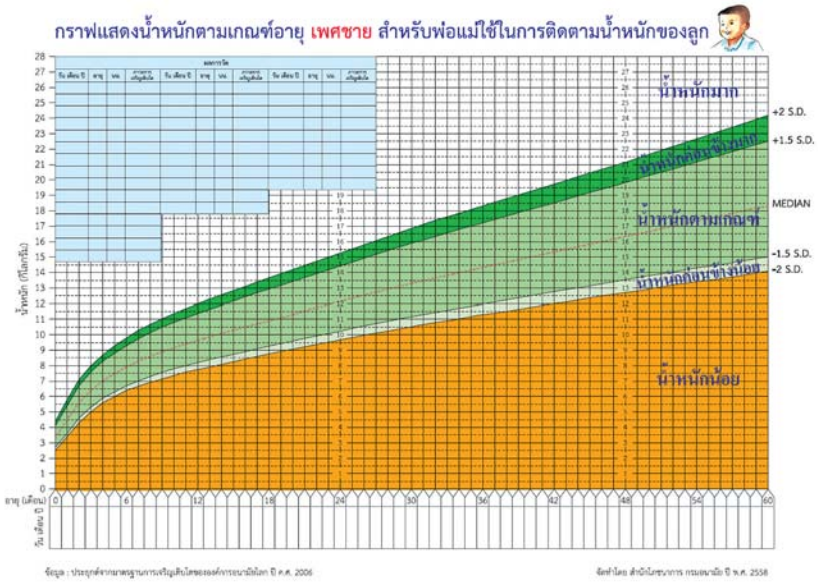
กรรมพันธุ์และเมตาบอลิซึมในร่างกายเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดน้ำหนักและส่วนสูงของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางด้านโภชนาการและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ก็สามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตให้ดียิ่งขึ้นได้ โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีแรกของชีวิต ตารางที่ 50-1 แสดงการเจริญเติบโตตามปกติของทารก

ตารางที่ 50-1 การเจริญเติบโตตามปกติของทารก⁽¹⁾

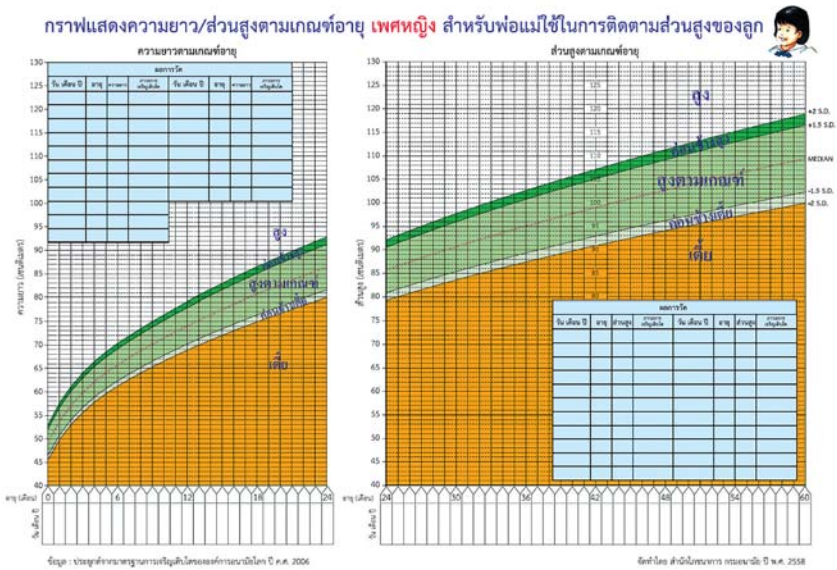
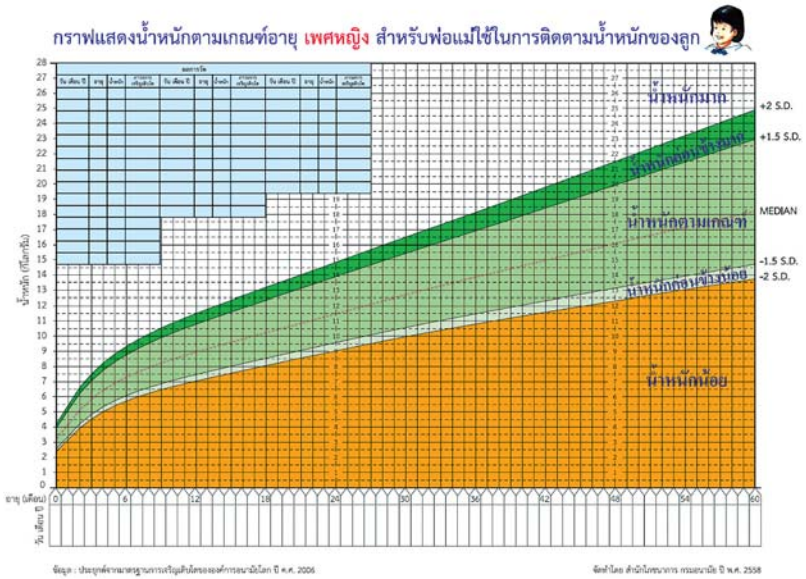
อายุ (เดือน)	การเพิ่มของ น้ำหนัก (กรัมต่อวัน)	การเพิ่มของ ความยาว (ซม./เดือน)	การเพิ่มของ รอบศีรษะ (ซม./เดือน)	หมายเหตุ
0-3	20-30	3.5	2	ที่อายุ 7-10 วัน น้ำหนัก \geq น้ำหนักแรกเกิด
3-6	15-20	2.0	1	อายุ 4-6 เดือน น้ำหนัก 2 เท่าของ น้ำหนักแรกเกิด
6-9	15	1.5	0.5	
9-12	12	1.2	0.5	อายุ 12 เดือน น้ำหนัก 3 เท่าของ น้ำหนักแรกเกิด

การประเมินการเจริญเติบโตของการก สามารถประเมินได้จาก

1. น้ำหนัก โดยเปรียบเทียบน้ำหนักของทารกกับกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งแบ่งตามเพศและอายุ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการจัดทำล่าสุดในปี 2558 (รูปที่ 50-1 และ 50-2)⁽²⁾ โดยมีการประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006⁽³⁾ เนื่องจากเป็นมาตรฐานการเจริญเติบโตที่สร้างมาจากข้อมูลการเจริญเติบโตของทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวยจากประเทศในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก และเป็นการเก็บข้อมูลแบบ longitudinal study ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและสามารถใช้อ้างอิงการเจริญเติบโตของทารกทุกคน พบว่าการเจริญเติบโตของทารกที่กินนมแม่มีความแตกต่างจากทารกที่กินนมผงดัดแปลงสำหรับทารก โดยทารกที่กินนมแม่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 2 เดือนแรก หลังจากนั้นที่อายุ 3-12 เดือน น้ำหนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นช้าลง



รูปที่ 50-1 กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเพศชายอายุ 0-5 ปี⁽²⁾



รูปที่ 50-2 กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของ เพศหญิงอายุ 0-5 ปี⁽²⁾

หากทารกมีสุขภาพดี ได้รับนมแม่เพียงพอ จะมีการเจริญเติบโตตามปกติ คือ น้ำหนักตัวจะเป็น

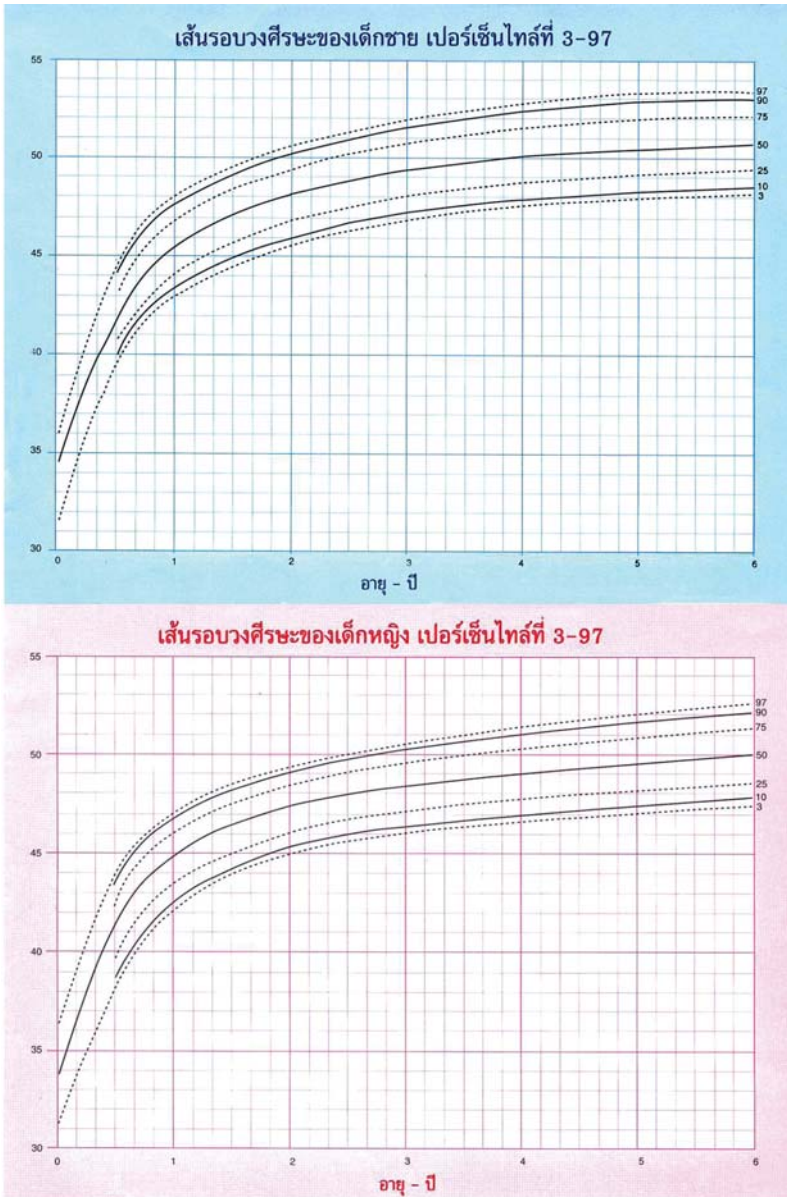
- 2 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดที่อายุประมาณ 4-5 เดือน
- 3 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดที่อายุประมาณ 1 ปี
- 4 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดที่อายุประมาณ 2 ปี⁽⁴⁾

2. ความยาว/ส่วนสูง โดยเทียบความยาว/ส่วนสูงของทารกกับกราฟแสดง ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ซึ่งแบ่งตามเพศและอายุ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (รูปที่ 50-1 และ 50-2)⁽²⁾ ความยาวเป็นตัวชี้วัดในระยะยาวของภาวะสุขภาพได้ดีกว่าน้ำหนัก เด็กอายุ 0-2 ปี ให้วัดความยาว ในท่านอนแทนการวัดส่วนสูงเพราะยังยืนได้ไม่ตรงดี ทารกที่มีสุขภาพดีจะมีความยาว/ส่วนสูงโดยประมาณดังนี้

ความยาวตอนแรกเกิด	ประมาณ 50 ซม.
ความยาวที่อายุ 1 ปี	ประมาณ 75 ซม.
ส่วนสูงที่อายุ 4 ปี	ประมาณ 100 ซม. ⁽⁴⁾

3. ความยาวเส้นรอบศีรษะ โดยเปรียบเทียบความยาวเส้นรอบศีรษะทารกกับกราฟแสดง ความยาวเส้นรอบศีรษะตามเกณฑ์อายุ ซึ่งแบ่งตามเพศและอายุ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (รูปที่ 50-3)⁽⁵⁾ ความยาวเส้นรอบศีรษะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการเจริญเติบโตของสมองและระดับสติปัญญา โดยความยาวเส้นรอบศีรษะจะเพิ่มขึ้นประมาณ 7.5 ซม. ในช่วงขวบปีแรก และเพิ่มอีกประมาณ 7.5 ซม. ในช่วงอายุ 2-18 ปี⁽⁶⁾ ความผิดปกติของความยาวเส้นรอบศีรษะเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ นอกเหนือจากภาวะทุพโภชนาการ เช่น ความผิดปกติของสมอง ติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โรคทางพันธุกรรม โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น หากพบความผิดปกติของความยาวเส้นรอบศีรษะ จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุ เหล่านี้ก่อนเสมอ ทารกที่มีการเจริญเติบโตดีจะมีความยาวเส้นรอบศีรษะโดยประมาณดังนี้

ความยาวเส้นรอบศีรษะตอนแรกเกิด	ประมาณ 35 ซม.
ความยาวเส้นรอบศีรษะที่อายุ 4 เดือน	ประมาณ 40 ซม.
ความยาวเส้นรอบศีรษะที่อายุ 1 ปี	ประมาณ 45 ซม.
ความยาวเส้นรอบศีรษะที่อายุ 5 ปี	ประมาณ 50 ซม. ⁽⁴⁾



VI. ปัญหาด้านทารก

รูปที่ 50-3 กราฟแสดงความยาวเส้นรอบศีรษะตามเกณฑ์อายุของเพศชายและหญิง

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

การเจริญเติบโตที่ล่าช้าหรือต่ำกว่าเกณฑ์ มีผลต่อสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะสมองและระดับสติปัญญา เพราะสมองมีการพัฒนามากที่สุดในช่วงอายุ 0-2 ปี ในขณะที่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตั้งแต่วัยทารก ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ ปัญหาของการเจริญเติบโตในทารก แบ่งได้ดังนี้คือ

1. ภาวะเลี้ยงไม่โต (Failure to thrive)

ภาวะเลี้ยงไม่โต คือ ภาวะที่ทารกได้รับพลังงานจากอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีปัญหา น้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักไม่ขึ้น วินิจฉัยโดยทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 5 ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ หรือกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง หรือการเพิ่มของน้ำหนักลดลงมากกว่า 2 เส้นเปอร์เซนไทล์หลักในเวลา 3-6 เดือน⁽⁷⁾ ทารกที่เลี้ยงไม่โตใน 1 ปีแรก จะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าทารกที่เติบโตดี 4.2 จุด⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม หลังอายุ 3 เดือน ทารกบางรายมีน้ำหนักขึ้นช้าในบางช่วงอายุ ผู้ปกครองมักคิดว่าทารกเลี้ยงไม่โต จำเป็นต้องแยกภาวะน้ำหนักขึ้นช้า ซึ่งเป็นภาวะปกติออกจากภาวะเลี้ยงไม่โตซึ่งเป็นโรค โดยการซักประวัติสุขภาพ ปริมาณนมและอาหารบริโภคต่อวัน ตรวจร่างกาย และสังเกตการให้นมทารก ดังแสดงในตารางที่ 50-2

ทารกที่เลี้ยงไม่โต เกิดจากหลายสาเหตุ⁽⁶⁾ ได้แก่

1.1 สาเหตุจากมารดา ได้แก่

- น้านมสร้างน้อย หรือน้านมออกน้อย (poor let-down reflex) เพราะแม่มีโรคประจำตัว มีความเครียด พักผ่อนน้อย หรือมารดาได้รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ควบคุมน้ำหนักตัวเกินไป มารดาสูบบุหรี่ หรือใช้ยาที่ผลการสร้างของน้านม

1.2 สาเหตุจากทารก ได้แก่

- ทารกกินได้น้อย เพราะทำอึดและการดูดนมไม่ถูกต้อง ทารกมีโรคประจำตัว หรือเกิดก่อนกำหนด ทำให้ดูดไม่เก่ง ไม่มีแรงดูด นอนมาก กินน้อยมือ
- ทารกกินนมได้ แต่มีโรคทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีปัญหา

ตารางที่ 50-2 การวินิจฉัยแยกภาวะเลี้ยงไม่โต (failure to thrive) จากภาวะน้ำหนักขึ้นช้า⁽⁶⁾

ภาวะเลี้ยงไม่โต	ภาวะน้ำหนักขึ้นช้า
<p>ประวัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินนมน้อยกว่า 8 มื้อต่อวัน แต่ละมือน้อยกว่า 10 นาที - บัสสาวะน้อย สีเข้ม - ท้องผูก อุจจาระออกน้อย <p>ตรวจร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ - ซึม/เลี้ยงยาก/งอแง - Poor muscle tone - Poor skin turgor - No signs of let-down reflex 	<p>ประวัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินนมอย่างน้อย 8 มื้อต่อวัน แต่ละมือน้อยกว่า 15-20 นาที - บัสสาวะอย่างน้อย 6 ครั้งต่อวัน สีใส - ถ่ายทุกวัน (ถ้าไม่ทุกวัน อุจจาระไม่แข็ง) <p>ตรวจร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักตามเกณฑ์ แต่เพิ่มขึ้นช้า - ร่าเริงดี - Good muscle tone - Good skin turgor - Well-established let-down reflex

อาเจียนบ่อย ถ่ายบ่อย ลำไส้ไม่สามารถดูดซึมได้ดี

- ทารกมีโรคประจำตัว ทำให้ใช้พลังงานต่อวันมากกว่าปกติ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคทางเมตาบอลิซึม โรคติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทารกตัวเล็กตั้งแต่เกิด (small-for-gestational-age infants) หรือทารกโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction) โดยเฉพาะกลุ่มทารกตัวเล็กตั้งแต่เกิด จะขาดสารอาหารตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เมื่อเกิดออกมา มักมีปัญหากินยาก เลี้ยงยาก เติบโตช้า

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษาปัญหาทารกเลี้ยงไม่โต

- ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากท่าอุ้มและการดูนมไม่ถูกต้อง ให้ประเมินและแก้ไขให้ถูกต้อง เพื่อให้ทารกได้รับนมเกลี้ยงเต้าในแต่ละมื้อ
- แก้ไขสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนะนำให้มารดาได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างเพียงพอ และได้รับพลังงานอย่างน้อย 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน มารดาไม่เครียด มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ
- ทารกที่มีปัญหาดูดไม่เก่ง แรงดูดน้อย โดยเฉพาะกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย

ตั้งแต่แรกเกิด จำเป็นต้องให้กินบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมงในตอนกลางวันและทุก 3-4 ชั่วโมงตอนกลางคืน ถ้าทารกยังดูดไม่เก่งและดูดไม่เกลี้ยงเต้า มารดาควรบีบเก็บน้ำนมเพิ่มเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และอาจพิจารณาให้นมแม่เสริมด้วยวิธีอื่น เช่น บ้อนนมด้วยแก้วหรือด้วยช้อน เป็นต้น

- ภาวะอาเจียนและถ่ายเหลวพบได้น้อยในทารกที่กินนมแม่ ควรตรวจหาโรคอื่นที่อาจจะเป็นสาเหตุก่อน เช่น pyloric stenosis, metabolic disorders เป็นต้น ในกรณีที่มีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นภูมิแพ้ ควรสังเกตว่าอาการผิดปกติของทารกสัมพันธ์กับชนิดของอาหารที่มารดาได้รับประทานหรือไม่ และมารดาควรหลีกเลี่ยงอาหารชนิดนั้น

- ทารกที่มีการเจริญเติบโตช้าหลังอายุ 6 เดือน ควรพิจารณาว่าได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากหลัง 6 เดือน ทารกจำเป็นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารเพิ่มเติมจากอาหารตามวัย ควบคู่ไปกับนมแม่

2. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Overweight and obesity)

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนวินิจฉัยโดยใช้ค่าร้อยละของน้ำหนักอ้างอิงตามเกณฑ์ส่วนสูง (% weight-for-height, %W/H) นั่นคือ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่า %W/H มากกว่า 120-140 และเด็กโรคอ้วนมีค่า %W/H มากกว่า 140⁽⁹⁾ เนื่องจากทารกที่กินนมแม่มีไขมันสะสมในตัวน้อยกว่าทารกที่กินนมผงดัดแปลงสำหรับทารก จึงพบปัญหาน้ำหนักเกินน้อยกว่า

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษาทารกที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽⁹⁾

- สนับสนุนให้ทารกได้กินนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน และเริ่มอาหารตามวัยที่อายุ 6 เดือนร่วมกับนมแม่จนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก

- เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้น้ำหนักตัวคงเดิม บริโภคอาหารครบ 5 หมู่และได้รับพลังงานเพียงพอตามวัย ไม่ต้องจำกัดอาหารหรือลดน้ำหนัก และติดตามการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Keane VA. Assessment of growth. In Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. editors. Nelson textbook of pediatrics, 20th ed. Philadelphia:Elsevier Inc; 2016. p.84-9.
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก. [cited 2016 June 24]. Available from: http://nutrition2.anamai.moph.go.th/ewt__news.php?nid=94
3. WHO Standards for height for age, weight for age, weight for height, head circumference for age at age 0-6 months, 6 months to 2 years, 2-5 years. [cited 2016 Jan 28]. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
4. จันทิชาติตา พุกษานานนท์. การเจริญเติบโตในเด็ก. ใน สำหรับ จิตตินันท์, ลัดดา เหมาะสุวรรณ. บรรณาธิการ. แผนะแนวการอบรมเลี้ยงดูเด็กจากแรกเกิดถึง 5 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548 หน้า 81-90.
5. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. อาหารตามวัย เพื่อลูกเติบโต. ใน องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ความรู้เพื่อชีวิต. [cited 2016 Jan 28]. Available from: <http://www.factsforlifethai.cf.mahidol.ac.th>
6. Lawrence RA, Lawrence RM. Normal growth, failure to thrive, and obesity in breastfed infants. In Lawrence RA, Lawrence RM. editor. Breastfeeding: a guide for the medical profession, 8th ed. Philadelphia: Elsevier Inc;2016. p. 338-63.
7. สุนทรีย์ รัตนชูเอก. ภาวะเลี้ยงไม่โต. ใน วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช, สมจิต ศรีอุดมขจร, ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร, อรวรรณ เอี่ยมโอภาส, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร;2558. หน้า 394-402.
8. Corbett SS, Drewett RF. To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? a review and meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(3):641-54.
9. ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในเด็ก พ.ศ. 2557. [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://www.thaipediatrics.org/cpg__file/CPGobesity__27__1__2015-.pdf



บทที่ 51

การหย่านมแม่อย่างเหมาะสม (Weaning)

OSWS ดำรงวงศ์ศิริ

ความรู้พื้นฐาน

นมแม่ประกอบด้วยสารอาหารชนิดต่างๆ ที่เพียงพอต่อความต้องการของทารกในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือน หลังจากทารกอายุ 6 เดือนในนมแม่จะมีปริมาณสารอาหารบางชนิดลดลงประกอบกับทารกมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้นจากร่างกายที่เติบโตและพัฒนาการที่ก้าวหน้ามากขึ้น ทารกจึงจำเป็นต้องได้รับอาหารชนิดอื่นๆ ร่วมด้วย ในขณะที่เดียวกันทารกจะมีพัฒนาการด้านการกินอาหารมากขึ้น เช่น การเคี้ยวและการกลืน การหยิบจับอาหารและอุปกรณ์ที่ใช้ในการกินอาหาร การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อตาและมือที่ดีขึ้น ช่วยให้ทารกเรียนรู้ในการกินอาหารลักษณะต่างๆ จนกระทั่งเป็นอาหารคล้ายผู้ใหญ่ต่อไป ส่วนการกินนมแม่จะค่อยๆ ลดปริมาณลงหลังจากอายุ 6 เดือนเป็นต้นไป และหยุดการกินนมแม่ในที่สุด กระบวนการหย่านม (weaning) จึงเริ่มขึ้นเมื่อเริ่มให้อาหารตามวัยสำหรับทารก⁽¹⁾

เมื่อทารกเริ่มกินอาหารตามวัย ปริมาณนมแม่ที่ทารกกินจะเริ่มลดลงตามจำนวนมือและปริมาณของอาหารตามวัยที่เพิ่มขึ้น การสร้างน้ำนมจะเริ่มลดลง

ตามไปด้วย ดังนั้น หากมีการเริ่มอาหารตามวัยเร็วเกินไปอาจจะทำให้นมแม่ลดลงเร็วขึ้นและทารกจะหยุดกินนมแม่เร็วกว่าที่ควร โดยกลไกตามธรรมชาติเมื่อทารกเติบโตและมีพัฒนาการก้าวหน้ามากขึ้น ทารกจะเริ่มสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวรวมถึงอาหารชนิดใหม่ๆ รสชาติใหม่ วิธีการกินอาหารรูปแบบใหม่ ซึ่งมารดาจะสังเกตได้จากการที่ทารกมีความสนใจการดูดนมจากเต้าลดลงและเริ่มสนใจอาหารอื่นๆ มากขึ้น ควรให้ทารกได้เรียนรู้การกินอาหารที่หลากหลายตามธรรมชาติ และให้อาหารตามความหิวอิ่มของทารก เมื่อเริ่มให้ทารกกินอาหารอื่นๆ นอกจากนมแม่แล้ว ยังควรให้นมแม่อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของทารกโดยทารกจะเป็นคนควบคุมการกินอาหารและนมแม่ตามความหิวอิ่มของตัวเองและนำไปสู่การหย่านมแม่ตามธรรมชาติมากที่สุด^(2,3)

ในปัจจุบัน บางประเทศมีคำแนะนำเรื่องเทคนิคการเริ่มหย่านมสำหรับทารก โดยให้ทารกกินอาหารด้วยตนเองโดยการหยิบจับอาหารเข้าปากตั้งแต่เริ่มให้อาหารตามวัยและกินตามความต้องการของทารก (baby-led weaning) โดยให้ควบคู่ไปกับการกินนมแม่ตามความต้องการ อย่างไรก็ตาม พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้อาหารตามวัยด้วยวิธีปกติ (โดยผู้เลี้ยงดูใช้ช้อนป้อนอาหารตามวัยแก่ทารก, parent-led weaning) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของพลังงาน สารอาหารและ ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับ โดยแหล่งอาหารของธาตุเหล็กส่วนใหญ่สำหรับทารกใน ต่างประเทศ คือ ธัญพืชที่เติมธาตุเหล็ก (iron-fortified cereal)⁽⁴⁾

หลังจากเด็กอายุมากกว่า 1 ปีจะกินนมแม่ในปริมาณที่ลดลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณที่กินในช่วงวัยทารก โดยควรจะเริ่มกินอาหารมือหลักและมีอาหารว่างที่มีประโยชน์ระหว่างอาหารมือหลัก ส่วนนมแม่ควรจะกินเป็นอาหารว่างและงดนมแม่ช่วงกลางคืน (night feeding)

ปัญหาหรือข้อควรคำนึงถึง

- การเริ่มให้อาหารทารกเร็วกว่าคำแนะนำ (โดยทั่วไปคือเมื่อทารกอายุ 6 เดือน) จะทำให้กระบวนการการหย่านมเริ่มต้นขึ้นเร็วและทำให้ทารกหย่านมเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น จึงควรให้อาหารตามวัยเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้การ

หย่านมเป็นไปตามกลไกทางธรรมชาติและให้ทารกได้รับประโยชน์จากนมแม่ได้มากและนานที่สุด

- การได้รับอาหารตามวัยที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อกระบวนการหย่านมเนื่องจากเมื่อทารกได้รับอาหารตามวัยมากขึ้นจะกินนมแม่ลดลงตามธรรมชาติ หากให้อาหารตามวัยมากเกินไป ทารกจะลดการกินนมแม่ลงอย่างรวดเร็วส่งผลให้มีการหย่านมเร็ว แต่หากกินอาหารตามวัยน้อยเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและสารอาหารที่ไม่เพียงพอได้

- ทารกอาจมีปัญหาปฏิเสธการให้อาหารหรือการเข้าเต้าในช่วงระหว่างกระบวนการหย่านม เนื่องจากการให้อาหารหรือนมในมือนั้นไม่ตอบสนองต่อความหิว-อิ่มของทารก การให้อาหารตามวัยสำหรับทารกจึงควรให้สอดคล้องกับความหิว-อิ่มของทารก (responsive feeding) เพื่อให้ทารกร่วมมือในการกินอาหารหรือการดูดนมแม่ได้อย่างเต็มที่

- ในช่วงวัยเด็กเล็ก เด็กที่กินนมแม่อาจมีปัญหาการเจริญเติบโตช้าหรือขาดสารอาหารเนื่องจากกระบวนการหย่านมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กที่กินข้าวได้น้อย มีการเลือกกินอาหาร จึงควรปรับรูปแบบการให้อาหารเด็กกลุ่มนี้ให้กินข้าวได้มากขึ้นและจำกัดมือนมแม่ให้ไม่เกิน 2-3 มื้อต่อวัน

- มารดาบางรายมีความเข้าใจผิดทำให้มีการหย่านมแม่และหยุดการให้นมแม่เร็วกว่าที่ควร เช่น มีความเข้าใจว่านมแม่ไม่มีประโยชน์หรือสารอาหารแล้ว การกินนมแม่อาจทำให้ลูกขาดสารอาหาร เป็นต้น

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

- กระบวนการหย่านมเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นจากการเริ่มอาหารตามวัยสำหรับทารกมือแรก หลังจากนั้นทารกจะได้รับอาหารตามวัยและควบคุมปริมาณนมแม่ที่กินในแต่ละวันให้ลดลงตามธรรมชาติ ดังนั้น มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงควรให้มีกระบวนการหย่านมเป็นไปตามธรรมชาติ โดยเริ่มให้อาหารตามวัยในเวลาที่เหมาะสมคือเมื่อทารกอายุประมาณ 6 เดือน และเพิ่ม

จำนวนมือและปริมาณอาหารตามวัยตามคำแนะนำ เพื่อให้ทารกกินนมแม่ในปริมาณที่เหมาะสมตลอดกระบวนการหย่านมจนหยุดนมแม่ในที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลาถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น

- ให้ความเข้าใจแก่มารดาเกี่ยวกับนมแม่ โดยนมแม่จะยังมีสารอาหารครบถ้วนแต่สารอาหารบางชนิดจะมีปริมาณลดลงหลังจากช่วง 6 เดือนแรกของการให้นม อย่างไรก็ตาม นอกจากสารอาหารแล้วนมแม่ยังมีสารประกอบที่ไม่ใช่สารอาหารแต่มีประโยชน์ในด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน การทำงานของลำไส้ การดูดซึมสารอาหาร รวมทั้งการเสริมสร้างพัฒนาการและสติปัญญา ดังนั้นการกินนมแม่ในปริมาณที่พอเหมาะควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสมจะทำให้ทารกและเด็กเล็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและมีสุขภาพแข็งแรง

- ควรให้อาหารตามวัยสำหรับทารก อาหารและอาหารว่างสำหรับเด็กเล็กให้มีปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและฝึกวิธีการกินอาหารให้สอดคล้องตามวัยเพื่อช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารครบถ้วนและมีพัฒนาการด้านการกินอาหารที่ดี ควบคู่ไปกับกระบวนการหย่านม (*ดูรายละเอียดในบทที่ 49 การให้อาหารตามวัยสำหรับทารก*)

- เมื่อเด็กเล็กหยุดการกินนมแม่แล้ว ควรเสริมด้วยนมวัวรสจืดวันละ 2-3 แก้ว ไม่ควรให้นมปรุงแต่งรสหรือนมเปรี้ยวเพราะจะทำให้เด็กติดรสชาติและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนิสัยการกินอาหาร และสุขภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. อุมภาพร สุทัศน์วรุฒิ, สุภาพรรณ ตันตราชีวิต, สมโชค คุณสนอง, บรรณาธิการ. คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก. กรุงเทพมหานคร: บีคอนเอ็นเตอร์ไพรซ์; 2552.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Weaning timing and technique. In: Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 7th edition. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 319-35.

3. Daniel L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-led introduction to solids (BLISS) study: a randomized controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015;15:179.
4. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 2016;6(5):e010665.



บทที่ 52

การป้อนนมด้วยถ้วย ช้อน และหลอดจีดद्या

วราภคภภภภ ภุภุภภภภ

ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่แสดงสัญญาณว่าสามารถกินนมทางปากได้ แต่ยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ทั้งหมด การป้อนนมแก่ทารกจะช่วยให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ และช่วยให้ทารกเปลี่ยนผ่านการกินนมทางสายยางมาสู่การกินนมจากเต้าได้สำเร็จ ในทารกเกิดครบกำหนดที่ไม่ได้อยู่กับมารดา หรือไม่สามารถกินนมจากเต้าโดยตรง การป้อนนมจะช่วยให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอโดยไม่ต้องใช้ขวดนม โดยการป้อนน้ำนมมีหลายวิธี ได้แก่ การป้อนด้วยถ้วย ช้อน หรือหลอดจีดद्या ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน

การป้อนน้ำนมด้วยถ้วย (cup-feeding)^(1,2)

วิธีนี้สามารถทำได้อย่างปลอดภัยเมื่อทารกมีอายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์ เป็นต้นไป หรือทารกแสดงสัญญาณความต้องการกินนมทางปาก เช่น การดูดก้านตนเอง มีอาการกระสับกระส่ายเมื่อถึงเวลากินนม หรือยังไม่พึงพอใจหลังได้รับนมทางสายยาง ทารกที่เหมาะสมกับการกินนมทางถ้วย ควรมีการเคลื่อนไหว

ของลิ้นที่สัมพันธ์กับการกลืนและการหายใจ และไม่แสดงอาการเหนื่อยขณะกินนมจากถ้วย ควรฝึกให้ทารกกินนมจากถ้วยควบคู่ไปกับการฝึกดูดนม จากเต้า

การป้อนน้ำนมด้วยถ้วยในทารกครบกำหนด มีข้อบ่งชี้เมื่อทารกไม่สามารถดูดนมจากมารดา เพราะมารดาป่วย หรือหลังผ่าตัดที่ไม่สามารถให้ทารกดูดนมจากเต้าโดยตรง นอกจากนี้สามารถใช้ในทารกที่มีปัญหาหลับสนห้วนนม โดยการฝึกให้ทารกกินนมจากถ้วยและหยุดการป้อนนมด้วยขวด อาจจะช่วยให้ทารกกลับไปดูดนมจากเต้าได้ง่ายขึ้น

ข้อดีของการป้อนน้ำนมด้วยถ้วย

1. ทารกกำหนดปริมาณและระยะเวลาในการกินนมด้วยตนเอง
2. กระตุ้นปฏิบัติการดูด กลืน และการหายใจที่ทำงานประสานกัน
3. กระตุ้นเอนไซม์ไลเปสจากต่อมน้ำลาย (saliva lipase) และต่อมสร้างน้ำย่อยใต้ลิ้น (lingual lipase) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการย่อยน้ำนมแม่
4. สูญเสียไขมันจากน้ำนมน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการกินนมทางสายยาง
5. ทำได้ง่าย ทารกสูญเสียพลังงานน้อย
6. มีการกระตุ้นพัฒนาการควบคู่ไปขณะป้อนนม เช่น การสบตา (eye contact) ระหว่างผู้ป้อนและทารก

ข้อจำกัดของการป้อนน้ำนมด้วยถ้วย

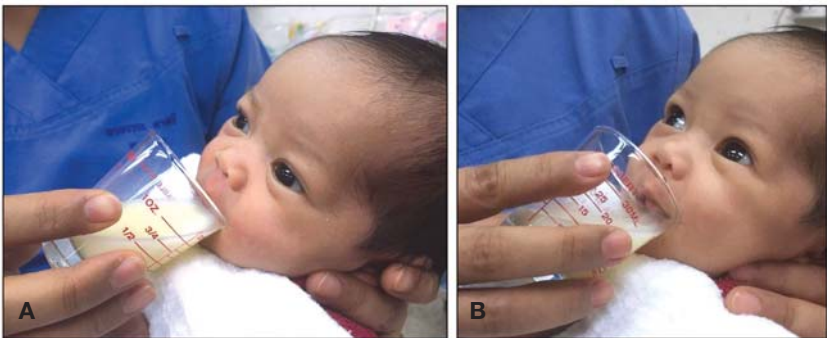
1. ทารกครบกำหนดมักปล่อยให้ไหลออกจากปาก (dribble)
2. ทารกครบกำหนดบางรายอาจติดการป้อนนมจากถ้วย ถ้าไม่ได้ดูดนมแม่จากเต้าอย่างสม่ำเสมอ
3. การใช้ถ้วยที่มีขอบคมหรือการจับถ้วยแน่นเกินไป อาจกดทับเหงือกหรือริมฝีปากทารกจนเกิดแผลถลอกหรือแผลพุพอง
4. ถ้าป้อนไม่ถูกวิธี ทารกอาจสำลักนมลงปอด หรือหกเปื้อน

วิธีการป้อนน้ำนมด้วยถ้วย

1. ทารกต้องตื่นและรู้สึกตัวดี
2. ห่อตัวและแขนขาทารกเพื่อป้องกันทารกบิดตัวนอน
3. วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกทารกและเสื้อมารดาเพื่อป้องกันน้ำนมหก



รูปที่ 52-1 แสดงการเตรียมทารกเพื่อป้อนด้วยถ้วย ทารกอยู่ในท่านั่งเกือบตรง ถูกห่อตัว และปูผ้ากันเปื้อนที่หน้าอก



รูปที่ 52-2 แสดงวิธีการป้อนนมด้วยถ้วยแก่ทารกแรกเกิด

รูป 52-2A วางขอบถ้วยบนริมฝีปากล่าง เอียงถ้วยเล็กน้อยเพื่อให้ น้ำนมและที่ริมฝีปากล่างของทารก **รูปที่ 52-2B** ทารกแลบลิ้นเพื่อตวัดน้ำนมเข้าปาก

4. จัดทารกอยู่ในท่านั่งตรง (upright sitting position) หรือนั่งเกือบตรง (semi-upright sitting position)
5. ใช้ถ้วยที่ทำจาก polypropylene หรือถ้วยที่มีความจุ 30-60 มิลลิลิตร และปราศจากเชื้อ เต็มน้ำนมอย่างน้อยครึ่งถ้วย
6. เลื่อนถ้วยเข้าสัมผัสริมฝีปากของทารก เมื่อทารกอ้าปากให้วางถ้วยบนริมฝีปากล่างเบาๆ
7. เอียงถ้วยให้นมสัมผัสบริเวณริมฝีปากล่างของทารก **ห้าม** เทน้ำนมเข้าปากทารก
8. เมื่อทารกได้กลืนน้ำนม จะแลบลิ้นและดูดน้ำนมเข้าปากเป็นจังหวะ เมื่อทารกอิ่มจะกินนมช้าลงและหยุดเอง โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 30 นาที
9. ตลอดระยะเวลาที่ป้อนนม ให้วางถ้วยไว้ลักษณะเดิม ระวังอย่าใช้ถ้วยกดทับริมฝีปากทารกมากเกินไป

การป้อนนมด้วยช้อน (spoon-feeding)⁽¹⁻³⁾

ข้อดีของการป้อนนมด้วยวิธีนี้ คือ ทำได้ง่าย อุปกรณ์หาได้ไม่ยาก การป้อนด้วยช้อนสามารถทำได้ 2 วิธีคือ ใช้ช้อนหยอดน้ำนมในปากทารก หรือให้ทารกใช้ลิ้นดูดน้ำนมเข้าปากเอง ถ้าเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดหรือป่วย ไม่ควรเทน้ำนมเข้าในปากทารก

วิธีการป้อนนมด้วยช้อน

1. ทารกต้องตื่นและรู้สึกตัวดี
2. ห่อตัวและแขนขาเพื่อป้องกันทารกบิดข้อนนม
3. วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกทารกและเสื้อมารดาเพื่อป้องกันนมหกเลอะ
4. จัดทารกอยู่ในท่านั่งตรง (upright sitting position) หรือนั่งเกือบตรง (semi-upright sitting position)
5. ตักน้ำนมให้พอดีคำ

6. เลื่อนเข้อนเข้าสัมผัสริมฝีปากของทารก เมื่อทารกอ้าปากกว้างเข้อนบนริมฝีปากกลางเบาๆ
7. เอียงเข้อนให้น้ำนมแตะริมฝีปากกลาง รอให้ทารกใช้ลิ้นดูดน้ำนม หรืออาจค่อยๆ เอียงเข้อนให้น้ำนมไหลเข้าปากทารกอย่างช้าๆ
8. รอเวลาให้ทารกกลืน แล้วป้อนนมเข้อนถัดไป

การป้อนนมด้วยหลอดดัดยาหรือหลอดหยด⁽¹⁻³⁾

วิธีนี้เหมาะกับการให้น้ำนมปริมาณไม่มาก เช่น การให้หัวน้ำนม (colostrums) หรือการให้ยา โดยสามารถใช้หลอดดัดยาขนาด 1, 2, 5 มิลลิลิตร หรือหลอดหยด การป้อนด้วยวิธีนี้ ทารกไม่จำเป็นต้องดูดเอง แต่ควรมีการกลืนและการหายใจที่สัมพันธ์กันเพราะอาจจะสำลัก ดังนั้นไม่ควรป้อนน้ำนมเข้าที่บริเวณลิ้น แต่ควรป้อนนมเข้าตรงบริเวณกระพุ้งแก้มหรือใต้ลิ้นแทน ถ้าทารกดูดหลอดดัดยาหรือหลอดหยด ต้องค่อยๆ ดันนมเข้าปากทารกขณะที่ทารกดูดและต้องหยุดดันทันทีขณะที่ทารกกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก ขณะป้อนนมควรให้ทารกอยู่ในท่านั่งเกือบตรง (semi-sitting position) และห้ามป้อนนมทารกด้วยวิธีนี้เมื่อทารกอยู่ในท่านอนหงาย

นอกจากนี้ การป้อนด้วยหลอดดัดยาหรือหลอดหยด สามารถทำร่วมกับการดูดเต้า เหมาะกับทารกที่ไม่ยอมดูดนมจากเต้า หรือทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังดูดนมได้ไม่ดี แต่สามารถเสียน้ำนมได้ โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1. ใช้หลอดดัดยาขนาด 10 หรือ 20 มิลลิลิตร บรรจุหัวน้ำนมแม่
2. อุ้มทารกเข้าใกล้เต้านม โดยให้ริมฝีปากล่างใกล้หัวนมและลานนม
3. หยดน้ำนมปริมาณเล็กน้อยบริเวณหัวนม
4. กระตุ้นให้ทารกเสียน้ำนมบริเวณหัวนม
5. ถ้าทารกอ้าปากกว้าง ให้มารดานำทารกเข้าเต้า และหยุดการหยดน้ำนม

เอกสารอ้างอิง

1. Sandra Lang, editor. Alternative methods of feeding and breastfeeding. In: Breastfeeding special care babies. 2nd ed. PRC:Elsevier;2005. p.187-212.
2. La Leche League International. Alternative feeding methods. In: The breastfeeding answer book: pocket guide edition. US:La Leche League International;2005. p.217-23.
3. Wight NE. Management of common breastfeeding issues. Pediatric Clin North Am. 2001;48:321-44.



การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นม ขณะการดูดนมจากเต้า

ธาณินทร์ พิรุณบุตร

ความรู้พื้นฐาน

นมแม่เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและเหมาะสำหรับทารก องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้กำหนดนโยบาย สนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน และหลังจากนั้นให้อาหารตามวัยร่วมกับนมแม่จนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น โดยอาศัยหลักปฏิบัติตามแนวทางบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁾ การปฏิบัติให้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอนอาจยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากอุปสรรคต่างๆ เช่น น้ำนมแม่ไม่เพียงพอในระยะแรกหลังคลอด การงดนมแม่เมื่อทารกมีภาวะเจ็บป่วย ทารกดูดนม (sucking) ไม่มีประสิทธิภาพ ทารกอมลานนม (latch on) ไม่ถูกวิธี ก่อให้เกิดการให้นมโดยใช้จุกนมก่อนถึงอายุ 3-4 สัปดาห์ ส่งผลเสียตามมา ทำให้ทารกติดจุกนม สับสนระหว่างการดูดนมแม่กับนมขวด (nipple confusion) และลดอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยนม⁽¹⁾

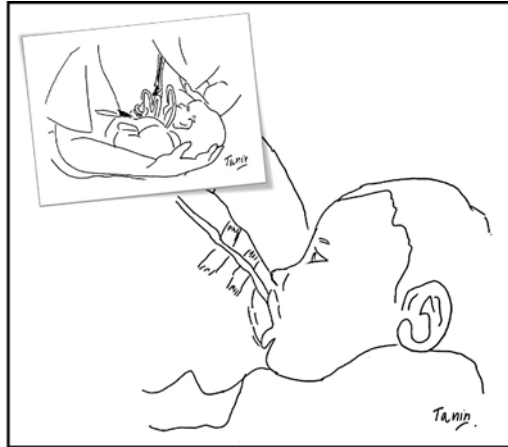
ข้อที่ควรคำนึงถึง

ช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ทารกที่กินนมแม่จะได้รับหัวน้ำนม (colostrums) ที่มีปริมาณน้อย แต่เพียงพอกับความต้องการของทารก มีคุณค่าทางโภชนาการและภูมิคุ้มกันสูง⁽²⁾ แต่หากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องให้นมผง ดัดแปลงสำหรับทารก วิธีการให้นมมีความสำคัญมาก ไม่ควรให้นมโดยใช้ขวด และจุกนมเนื่องจากทำให้ทารกกลับมาอมลานนมและดูดนมแม่ได้ไม่ดีและเกิดการสับสนหัวนมได้ จำเป็นต้องให้นมเสริมโดยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เสริม การให้นมขณะดูดนมจากเต้า (lactation aid หรือ supplemental nursing system; SNS) การใช้ finger feeding การป้อนนมทารกด้วยถ้วย การป้อนนมทารกด้วยช้อน และการใช้หลอดฉีดยาป้อนนมทารก^(3,4)

การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะดูดนมจากเต้า เป็นวิธีให้นมเสริมที่ดีที่สุด⁽³⁾ เนื่องจากช่วยให้ทารกไม่ปฏิเสธการดูดนมแม่ แม่ว่าน้ำนมแม่ยังไหลออกน้อย เพราะทารกจะดูดนมแม่ไปพร้อมกับนมเสริมที่ไหลผ่านทางสายยาง การให้นมเสริมวิธีนี้จะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยการอมลานนมและการดูดนมที่ถูกต้องของทารก⁽²⁻⁵⁾ สังเกตได้จากทารกอ้าปากกว้างมากกว่า 160 องศา คางทารกชนลึกถึงด้านล่างของเต้านม ริมฝีปากคลี่บาน ลานนมใต้ริมฝีปากล่างเหลือน้อยกว่าลานนมที่อยู่เหนือริมฝีปากบน (asymmetrical latch) แก้มพองคล้ายลูกโป่งขณะดูดนม และปลายสายยางวางถูกตำแหน่งตรงบริเวณติดกับปลายหัวนมแม่^(4,5) แสดงดังรูปที่ 53-1

ข้อดีของวิธีใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะการดูดนมจากเต้า^(3,5)

- ทารกเรียนรู้การอมลานนมและดูดนมที่ถูกต้องไปพร้อมกับที่ได้รับนมเสริม
- มารดาเรียนรู้ทักษะการให้นมแม่อย่างถูกต้อง และส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก
- กระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมแม่เพิ่มขึ้น
- ป้องกันปัญหาทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ และสับสนระหว่างการดูดนมแม่กับนมขวด



รูปที่ 53-1 การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะดูดนมจากเต้า

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะการดูดนมจากเต้า

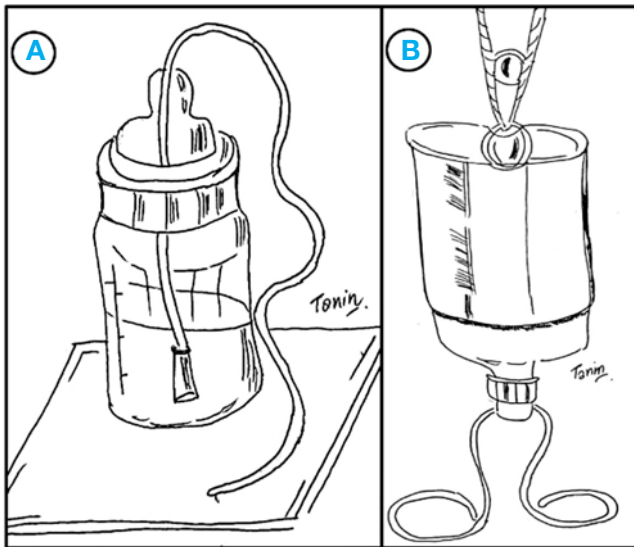
- ทารกที่กินนมแม่แต่น้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ เช่น น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7-10 ของน้ำหนักแรกเกิด หรือ น้ำหนักน้อยกว่าน้ำหนักแรกเกิดหลังจากอายุ 7-10 วัน^(3,5-7)
- ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and cleft palate)^(7,8)
- ทารกหลับนานหรือหลับมาก ระหว่างดูดนมแม่แต่ละมื้อ เนื่องจากนมแม่ไหลไม่ดี⁽⁴⁾
- ทารกที่มีปัญหาสับสนหัวนม^(5,7)
- ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด กล้ามเนื้ออ่อนแรง (hypotonia) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart diseases)⁽⁷⁾
- มารดาที่ต้องการกู้น้ำนม (relactation)⁽⁷⁾
- มารดาบุญธรรมที่ต้องการให้ทารกดูดนมจากเต้า^(5,7)

แนวทางการให้นมเสริมวิธีใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะการกูดนมจากเต้า

การเตรียมอุปกรณ์เสริมสำหรับให้นม แบ่งได้ 2 ชนิด⁽⁴⁻⁷⁾

- อุปกรณ์ชนิดทำเอง (homemade SNS) ประกอบด้วย ขวดนม จุกนมที่มีรูขนาดใหญ่ และสายยางสำหรับให้อาหารเบอร์ 5 (feeding tube 5 Fr) ดังแสดงในรูปที่ 53-2A

- อุปกรณ์ชนิดสำเร็จรูป (commercial SNS) ประกอบด้วย ขวดพลาสติกสำหรับบรรจุนมพร้อมฝาปิด สายคล้องขวดนม และสายยางสำหรับให้นม มีราคาแพงแต่เหมาะสำหรับใช้ในระยะเวลา เช่น ทารกหลังวัยแรกเกิด ทารกแฝด หรือมารดาไม่ถนัดกับการใช้อุปกรณ์ชนิดทำเอง ดังแสดงในรูปที่ 53-2B



รูปที่ 53-2 แสดงอุปกรณ์เสริมการให้นมขณะดูดนมจากเต้าชนิดทำเองในรูปที่ 53-2A และอุปกรณ์เสริมการให้นมขณะดูดนมจากเต้าชนิดสำเร็จรูปในรูปที่ 53-2B

ขั้นตอนการใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับให้นม มีดังนี้

- วัดความยาวของสายยางกับปลายหัวนมแม่เพื่อให้ได้ตำแหน่งที่เหมาะสมขณะใช้งาน⁽⁴⁾
- ห้ามตัดปลายสายยางเนื่องจากจะทำให้ปลายสายยางเกิดความคม^(4,5)
- เริ่มให้นมเสริมหลังจากที่ทารกดูดนมแม่ทั้ง 2 ข้างเสร็จแล้ว⁽³⁻⁵⁾
- เตรียมนมแม่หรือนมผงดัดแปลงสำหรับทารกด้วยขั้นตอนที่สะอาดบรรจุในขวดนมเริ่มจากปริมาณไม่เกิน 30-60 มิลลิลิตรต่อมื้อ^(4,5)
- อุ้มทารกให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง โดยให้ศีรษะทารกอยู่สูงกว่าลำตัว และสามารถมองเห็นมุมปากของทารกขณะอมลานนมและดูดนมอย่างถูกวิธี^(4,5)
- ทารกที่ยังไม่สามารถอมลานนมและดูดนมได้ดีพอ อาจใช้วิธีนี้ร่วมกับการใช้ nipple shield^(6,7)
- ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ จับสายยางที่ไม่มีนมหล่ออยู่ภายในสาย จากนั้นสอดปลายสายยางเข้าไปทางมุมปากของทารก ค่อยๆ เลื่อนสายยางโดยให้ปลายสายชี้ไปทางเพดานปากทารกและอยู่ตรงปลายหัวนมแม่ การเริ่มต้นให้นมเสริมวิธีนี้ครั้งแรกๆ อาจให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์เป็นผู้ช่วยในการสอดสายยางเข้าไปในปากทารก^(4,5)
- ไม่ควรวางขวดนมให้สูงกว่าศีรษะทารก เพราะการให้นมไหลผ่านสายยางเข้าไปยังปากทารก ควรอาศัยแรงดูดของทารก ยกเว้นในทารกที่มีภาวะเพดานโหว่รุนแรง อาจวางขวดนมให้สูงกว่าศีรษะทารกเพื่ออาศัยแรงโน้มถ่วงเป็นตัวช่วยให้นมไหลผ่านสายยาง^(4,5,8)
- กรณีที่ใช้อุปกรณ์ชนิดทำเอง อาจนำขวดนมใส่ในกระเป๋าเสื้อหรือเหน็บไว้กับสายรัดเสื้อชั้นในด้านหน้า หากใช้อุปกรณ์ชนิดสำเร็จรูปให้ใช้สายคล้องขวดนมคล้องไว้กับคอแม่^(4,5,7)
- ปลายสายยางอีกด้านจะอยู่ในขวดนมและอาจใช้เทปกาวติดสายยางไว้กับเต้านมแม่^(4,5,7)
- หากการให้นมเสริมวิธีนี้กระทำได้ถูกต้อง ทารกจะใช้เวลาดูดนมปริมาณ 30 มิลลิลิตรไม่เกิน 15-20 นาที^(4,5)

- ทำความสะอาดขวดนมและจุกนมทุกครั้งหลังใช้งาน⁽⁴⁾
- ทำความสะอาดสายยาง โดยใช้ น้ำอุ่นหรือน้ำอุ่นผสมน้ำยาล้างขวดนมฉีดไล่สาย และฟึ่งให้แห้ง ห้ามนำสายยางไปต้มในน้ำเดือด โดยการนำสายยางกลับมาใช้ซ้ำสามารถทำได้ แต่ไม่ควรเกิน 1 สัปดาห์^(4,5)
- นัดติดตามมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด เพื่อให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาการปรับเปลี่ยนการให้นมเสริมวิธีนี้ โดยอาจใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 1-8 สัปดาห์ ขึ้นกับปริมาณน้ำนมแม่ การอมลานนมและดูดนมของทารก^(4,5,7) และความจำเป็นของทารกแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-41.
2. กุสุมา ชูศิลป์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับนมแม่. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, กรรณิการ์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์, รัชดา เกษมทรัพย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์, ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, วไล เชตะวัน. บรรณาธิการ. เรียนรู้นมแม่จากภาพ (ฉบับประเทศไทย). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 2-57.
3. สุอารีย์ อ้นตระการ, ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. ความรู้สู่ปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. บรรณาธิการ. Neonatology 2009. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด; 2552. หน้า 43-75.
4. Newman J, Pitman T. Increasing breastmilk intake by the baby. In: Newman J, Pitman T, editors. Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding. Ontario: Harper Collins Publishers Ltd; 2014. p. 97-122.
5. นิจวรรณ ตั้งวิรุพพ์. การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นม (Lactation Aid). Thai Breastfeeding Center Foundation; 2006 [cited 2016 Jan 6]. Available from: <http://www.breastfeedingthai.com/วิธีให้นมเสริมอย่างถูกต้อง.html>

6. Walker M. Summary interventions on slow infant weight gain: Breastfeeding techniques useful in slow weight gain situations. In: Walker M, editor. Breastfeeding Management for the Clinician using the evidence. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p. 427-30.
7. Walker M. Breast pumps and other technologies. In: Riordan J, Wambach K, editors. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2010. p. 379-423.
8. Walker M. Physical, medical, and environmental problems and issues. In: Walker M, editor. Breastfeeding Management for the Clinician using the evidence. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p.431-517.



การป้อนนมทารกด้วยการใช้ขวดนม

ภาวิน พัวพรพงษ์

ความรู้พื้นฐาน

การใช้ขวดนมในการป้อนนมให้กับทารกควรเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับการให้นมแก่ทารกแรกเกิด เนื่องจากกลไกการดูดนมจากจุกนมเทียมของขวดนมมีความแตกต่างจากกลไกการดูดนมจากเต้านมของมารดา รูเปิดที่น้ำนมไหลผ่านจากจุกนมเทียมจะใหญ่และน้ำนมไหลได้เร็ว ทำให้ทารกไม่ต้องออกแรงในการดูดนมมาก ทารกจะเกิดการติดขวดนม ทำให้การปรับเปลี่ยนกับมาดูดนมแม่จากเต้าทำได้ลำบาก พบว่ามารดาที่ป้อนนมทารกด้วยขวดนมจะมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่ำกว่าการป้อนนมด้วยถ้วย⁽¹⁾ แต่มีการศึกษาถึงการใช้ขวดนมช่วยป้อนนมในทารกที่มีการเข้าเต้าลำบากจากการที่มีเพดานปากสูงโดยใช้จุกนมเทียมที่มีรูใหญ่ป้อนนมทารกได้⁽²⁾ สำหรับทารกที่ได้รับการป้อนนมโดยใช้ขวดนมพบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ⁽³⁾ และภาวะ hypertrophic pyloric stenosis⁽⁴⁾ มากขึ้น และพบว่าอาจจะจะมีผลต่อการควบคุมการกินอาหารที่ส่งผลทำให้ทารกมีภาวะอ้วนเมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้นได้⁽⁵⁾

การดูแลการป้องกันมารกโดยใช้ขวดนม

ในการเลือกการป้องกันนมด้วยขวดนม มีข้อแนะนำดังนี้

- **การเลือกชนิดของขวดและจุกนม** ควรยึดหลักการดูแลความสะอาดของขวดและจุกนมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีขวดและจุกนมหลายชนิด ควรเลือกใช้ขวดและจุกนมชนิดที่ทำความสะอาดได้ง่าย มีซอกหรือจุดที่เป็นที่สะสมของแบคทีเรีย น้อย ยังไม่มีการศึกษาใดยืนยันว่าชนิดหรือลักษณะของจุกนมชนิดไหนดีที่สุด แต่มีการศึกษาพบว่าขวดที่ทำจากแก้วจะทำความสะอาดได้ดีกว่าขวดที่ทำจากพลาสติก⁽⁶⁾ เนื่องจากหลังจากผ่านการทำความสะอาดไปหลายๆ ครั้งแล้ว ขวดพลาสติกจะมีรอยหรือร่องที่เป็นที่สะสมของแบคทีเรียและทำความสะอาดได้ยากกว่า นอกจากนี้ มารดาจะต้องมีจำนวนขวดและจุกนมที่มากเพียงพอ เนื่องจากทารกกินนมบ่อยวันละ 8-12 ครั้ง

- **การทำความสะอาดขวดและจุกนม** หากมีรายละเอียดของวัสดุที่ใช้ทำ และวิธีการทำความสะอาดที่เป็นข้อแนะนำของบริษัทผู้ผลิต ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำที่มีอยู่ที่ฉลากของสินค้า หากไม่มีรายละเอียดแนะนำ โดยทั่วไปในการล้างทำความสะอาดขวดและจุกนม อาจต้องใช้แปรงหรืออุปกรณ์ที่ช่วยล้างขวดและจุกนมเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้น นำขวดและจุกนมไปฆ่าเชื้อด้วยเครื่องนึ่งขวดนม หรือการนำขวดและจุกนมไปต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที

- **ทำในการป้องกันนม** ในการกินนมจากขวด ท่าที่ใช้ในการกินนมของทารกจำเป็นจะต้องมีการประคองศีรษะและลำตัวของทารกให้ทารกอยู่ในท่าที่หายใจและกลืนนมได้อย่างสะดวก โดยขวดนมจะต้องตั้งอยู่ในแนวตั้ง และในขณะที่ให้นม หากมารดาสามารถประสานสายตาและพูดคุยกับทารกจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ และมีผลดีต่อพัฒนาการของทารก ในการป้องกันนมให้ใช้จุกนมเทียมเขี่ยบริเวณริมฝีปากทารก เพื่อกระตุ้นให้ทารกอ้าปากกว้าง จากนั้นปล่อยให้ทารกอมและดูดจุกนม ในการให้ป้องกันนมทารกด้วยขวดนมนี้ มารดาควรสังเกตอาการทิวของทารก และให้นมตามความต้องการของทารก

- **ทารกดูดลม ท้องอืด หรือแหวะนม** ในระหว่างที่ทารกดูดนมจากขวด มารดาจำเป็นต้องให้จุกนมมีน้ำนมหล่ออยู่เต็มเสมอ หากขวดนมเอียงและจุกนมมี

ลมอยู่ ทารกจะดูดนมเข้าไประหว่างการกินนมจากขวดได้มาก อาจมีอาการท้องอืดหรือแหวะนมได้ นอกจากการใส่ใจในการจับขวดนมให้มีน้ำหนักหล่ออยู่เต็มแล้ว ระหว่างการกินนม ควรจะมีการหยุดพักสั้นๆ เพื่อให้ทารกเรอ โดยหากทารกไม่ต้องการกินนมต่อแล้ว จับทารกนั่ง ลูบหลังหรือพาดบ่าเพื่อช่วยลดลมในท้องและป้องกันการแหวะนม

เอกสารอ้างอิง

1. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur I, Gokcay G. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: a randomized controlled study. *J Hum Lact.* 2014;30(2):174-9.
2. Eren A, Bilgin H, Kara S. Feeding an infant with high arched palate by high flow rate bottle nipple. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2015;24(4):756-8.
3. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142922.
4. McAteer JP, Ledbetter DJ, Goldin AB. Role of bottle feeding in the etiology of hypertrophic pyloric stenosis. *JAMA Pediatr.* 2013;167(12):1143-9.
5. Li R, Scanlon KS, May A, Rose C, Birch L. Bottle-feeding practices during early infancy and eating behaviors at 6 years of age. *Pediatrics.* 2014;134 Suppl 1:S70-7.
6. Chen YL, Kuan WH. Is a plastic or glass feeding bottle easier to be cleaned? *Iran J Public Health.* 2014;43(12):1716-7.



บทที่ 55

การกลับไปทำงานของมารดา กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อรุณวรรณ กองขาว

ความรู้พื้นฐาน

การจะคงไว้ซึ่งการสร้างและหลั่งน้ำนมนั้น ความสำคัญอยู่ที่การนำน้ำนมออกจากเต้า (milk expression) อย่างสม่ำเสมอ มารดาจึงจำเป็นต้องกระตุ้นโดยการให้ทารกดูด บีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง ทั้งกลางวันและกลางคืน เพื่อการคงไว้ซึ่งการสร้างฮอร์โมนโปรแลคตินซึ่งเป็นฮอร์โมนหลักในการสร้างน้ำนมและกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนออกซิโทซินในการหลั่งน้ำนม หากมารดาจำเป็นต้องไปทำงานนอกบ้านหรือต้องแยกจากทารก การให้ความรู้ในการเตรียมตัวตั้งแต่ช่วงลาคลอด และการช่วยวางแผนบริหารเวลาในการบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอระหว่างการทำงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึง^(1,2)

- การที่มารดาจะมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะมีวินัยในการบีบเก็บน้ำนมระหว่างการทำงานจนประสบความสำเร็จนั้น สิ่งสำคัญอยู่ที่ความเข้าใจถึงประโยชน์ของนมแม่ที่ทารกและมารดาจะได้รับ ผลดีทางด้าน การป้องกันโรค ด้านเศรษฐกิจและ

โทษของนมผงดัดแปลงสำหรับทารก รวมถึงผลดีด้านการทำงานที่ไม่ต้องล้างานบ่อยเพราะลูกจะแข็งแรง ลดโอกาสเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของหัวหน้างาน จึงควรให้ความรู้เหล่านี้แก่มารดา ก่อนทุกครั้ง

- การให้คำแนะนำ ควรปรับตามบริบทของครอบครัวและลักษณะงานของมารดาแต่ละคน เพื่อให้มารดาสามารถกลับไปปฏิบัติได้จริง
- การบีบเก็บน้ำนม ต้องบีบเก็บจนเกลี้ยงเต้าในทุกครั้ง เพื่อให้ทารกได้รับอัตราส่วนสารอาหารที่เหมาะสมโดยเฉพาะไขมันที่มีประโยชน์ที่จะอยู่ในช่วงท้ายของการหลังแต่ละครั้ง (hindmilk) ซึ่งจะช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ดี อีกทั้งมารดาจะคงการสร้างน้ำนมที่ได้ปริมาณสูงสุดเต็มที่
- การให้ทารกดูดนมแม่จากเต้าจะได้รับสารอาหารครบถ้วนที่สุด นมแม่ที่บีบเก็บจะมีสารอาหารที่ลดลงบ้างแต่ยังมีประโยชน์สำหรับทารก
- การใช้จุกยางป้อนนม ควรเริ่มหลังทารกอายุ 1 เดือน เพื่อป้องกันการปฏิเสธเต้าจากภาวะสับสนหัวนม (nipple confusion)

แนวทางการให้คำปรึกษา^(1,2)

การเตรียมตัวระหว่างลาคลอด

- **เตรียมผลงาน** ขึ้นกับลักษณะอาชีพและความจำเป็นของแต่ละครอบครัว โดยตามกฎหมายสามารถใช้สิทธิลาคลอดบุตรได้นาน 90 วัน หลังจากนั้นสามารถลาเลี้ยงดูบุตรโดยไม่ขอรับเงินเดือนต่อจนครบ 6 เดือนได้ และสามีสสามารถลาเพื่อช่วยเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดได้นาน 15 วันทำการ
- **เตรียมการเก็บน้ำนม** โดยอาจเริ่มได้ทันทีที่น้ำนมเริ่มมามากเกินความต้องการของทารกในแต่ละมื้อ เช่น ทารกกินข้างเตี้ยอ้อม สามารถบีบเก็บน้ำนมอีกข้างจนเกลี้ยงเต้าเพื่อเก็บไว้ได้ แต่เมื่อถึงมือนมควรให้ทารกดูดจากเต้าเสมอ
- **เรียนรู้วิธีบีบเก็บน้ำนมด้วยมือหรืออุปกรณ์เครื่องบีบเก็บน้ำนม** ทั้งวิธีใช้และราคา ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง โดยควรหัดทำงานคล่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนกลับไปทำงาน

• **เตรียมคนช่วยเลี้ยงบุตร** พิกบ็อนนม โดยหากต้องแยกจากทารกหรือไปทำงานตั้งแต่ช่วง 1 เดือนแรก ควรให้พี่เลี้ยงพิกบ็อนโดยวิธีใช้ถ้วยแก้ว หลีกเลี้ยงการใช้จุกยางและให้ทารกได้ดูดเต้าบ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

• **เตรียมพูดคุยกับหัวหน้างาน** เพื่อทำความเข้าใจในการปลีกเวลาเพียง 15-20 นาที ในการไปบีบเก็บน้ำนม รวมถึงปรึกษาเพื่อหาสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งบ่อยครั้งมักไม่มีพื้นที่ในการให้นมหรือบีบเก็บน้ำนมเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะในสถานที่ทำงาน อย่างไรก็ตามสามารถปรับมุมในที่ทำงานให้เป็นพื้นที่ที่ใช้ในการบีบเก็บน้ำนมเฉพาะกิจได้ เช่น ห้องน้ำ ห้องเก็บอุปกรณ์ ห้องพักเวรที่ช่วงเวลาทำงานอาจไม่มีคนใช้ เป็นต้น โดยการติดป้ายแจ้งระหว่างการใช้งานซึ่งเป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ ร่วมกับใช้ผ้าคลุมระหว่างการบีบเก็บน้ำนมเพื่อให้สะดวกขึ้น

เมื่อเริ่มไปทำงาน ใช้หลักการ 3 ข้อ คือ

1. เมื่อทารกอยู่กับมารดา ให้กินนมแม่จากเต้าแม่เสมอ
2. เมื่อมารดาไม่อยู่ ให้ใช้นมที่บีบเก็บไว้มาใช้ป้อนทารก
3. ระหว่างที่มารดาแยกจากทารก ให้บีบเก็บน้ำนมทุก 3-4 ชั่วโมง

น้ำนมที่ได้จากการบีบเก็บที่ทำงาน ควรเก็บในบริเวณใต้ช่องแช่แข็งของตู้เย็นที่ทำงานหรือแช่กระติกน้ำแข็งที่มีน้ำแข็งหล่อตลอดเวลาทันที และระหว่างเดินทางกลับบ้านควรแช่ในกระติกน้ำแข็งหรือกระเป่าเก็บน้ำนมแม่เสมอ เมื่อกลับถึงบ้านควรนำเข้าแช่ในบริเวณใต้ช่องแช่แข็งของตู้เย็นทันที หากไม่ใช้ใน 2-3 วันควรแช่ในช่องแช่แข็ง

การแช่น้ำนมในกระติกน้ำแข็งที่มีน้ำแข็งเต็ม อุณหภูมิที่ 15 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้นาน 10 ชั่วโมง หากแช่ในกระเป่าเก็บนมแม่ที่มีก้อนทำความเย็นขนาด 100 มิลลิลิตร จำนวน 4 ก้อน อุณหภูมิที่ 15 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้นาน 12 ชั่วโมง

ในกรณีที่มารดาและทารกแยกกันอยู่ เช่น ฝากญาติเลี้ยงต่างจังหวัด มารดาต้องมีความมุ่งมั่น และมีวินัยในการบีบเก็บน้ำนมทุก 3-4 ชั่วโมง ทั้งกลางวันและกลางคืน โดยสามารถปรับเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมกับตนเองได้ แล้ววางแผนในการจัดส่งนมไปให้ทารกกิน

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, วิไลรักษ์ บุษบรรณณ์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อแม่ไปทำงาน. ใน: ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร, กรรณิการ์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์. บรรณาธิการ. เรียนรู้นมแม่ จากภาพ (ฉบับประเทศไทย). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 206-7.
2. Lawrence RA., Lawrence RM. Breastfeeding: a Guide to the Medical Profession. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2011.



ภาคผนวก 1

การบีบเก็บน้ำนม การจัดเก็บนมแม่ และการนำไปใช้

อนุเวา ธาตรีมนตรีชัย

หลักการทั่วไปในการบีบเก็บน้ำนม^(1,2)

1. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ก่อนทำการบีบเก็บน้ำนม ไม่จำเป็นต้องล้างเต้านมหรือหัวนมทุกครั้งก่อนการบีบเก็บน้ำนม
2. นวดและคลึงเต้านมเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม
3. ผ้าชุบน้ำอุ่นบิดพอหมาดๆ วางบนเต้านานประมาณ 5 นาทีก่อนบีบเก็บน้ำนม
4. บีบเก็บน้ำนมทีละข้างจนน้ำนมเกลี้ยงเต้า
5. นมที่บีบได้ 2-3 หยดแรกไม่จำเป็นต้องทิ้ง
6. ช่วง 2-3 วันหลังคลอด ปริมาณน้ำนมยังไม่มากพอแนะนำให้บีบน้ำนมด้วยมือ หลังจากนั้นเมื่อปริมาณน้ำนมเริ่มมาเพิ่มขึ้น อาจบีบเก็บน้ำนมด้วยมือหรือใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนม

การบีบเก็บน้ำนมมี 2 วิธี⁽¹⁻³⁾ ดังนี้

1. การบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ หรือ manual expression แสดงในรูปแบบที่ 1 (ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>)

- 1.1 วางมือพุงเต้านมเป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วมือห่างจากลานนม 3 ซม.
 - 1.2 กดปลายนิ้วชี้และหัวแม่มือเข้าหาหน้าอกตัวเอง
 - 1.3 บีบปลายนิ้วชี้และหัวแม่มือเข้าหากันแล้วปล่อย จะเห็นน้ำนมไหลออกมา
 - 1.4 เมื่อน้ำนมไหลออกจากท่อน้ำนม ขยับนิ้วทั้งสองไปรอบๆ ลานนมเป็นวงกลม และทำเช่นเดียวกับข้อ 1.3 และ 1.4
2. การบีบเก็บน้ำนมเครื่องบีบเก็บน้ำนม
- 2.1 แบบไฟฟ้า ปรับระดับแรงดูดที่มารู้สึกสบายและไม่เจ็บหัวนม
 - 2.2 แบบใช้มือ โดยใช้มือดึงหรือคั่นโยก สำหรับอุปกรณ์บีบเก็บน้ำนมแบบลูกยางบีบสีแดงใช้สำหรับบีบน้ำนมเพื่อทิ้ง ไม่ควรนำน้ำนมที่ได้มาให้แก่ทารก

แนวทางการบีบเก็บน้ำนม การจัดเก็บนมแม่และการนำไปใช้⁽²⁾

1. บรรจุภัณฑ์เก็บนมแม่

- 1.1 ขวดบรรจุชนิดแข็ง เช่น ขวดพลาสติกแข็งหรือขวดแก้ว เหมาะสำหรับการเก็บนมแม่ระยะยาว
- 1.2 ขวดพลาสติกบรรจุนมแม่ ใช้ง่ายและสะดวก แต่ต้องระวังเรื่องฉุนรั่วและฉีกขาด⁽⁴⁾

2. แนวทางการบีบเก็บน้ำนม

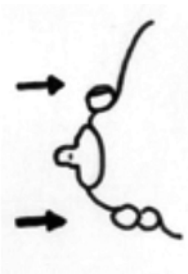
- 2.1 ทำความสะอาดบรรจุภัณฑ์และอุปกรณ์ในการบีบเก็บน้ำนมด้วยน้ำยาทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อโดยการใช้เครื่องนึ่งไฟฟ้าหรือต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที



1. นวดและคลึงหัวนมเพื่อ
กระตุ้นการหลั่งน้ำนม



2. วางนิ้วมือห่างจากหัวนม
3 ซม.



3. กดเข้าหาหน้าอก



4. บีบเข้าหากัน



5. น้ำนมไหลออกจาก
ท่อน้ำนม

รูปที่ 1 ขั้นตอนการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ

- 2.2 หลังบีบเก็บน้ำนม ให้แบ่งน้ำนมบรรจุในถุงหรือภาชนะบรรจุน้ำนม
ในปริมาณที่ทารกกินในแต่ละมื้อ
- 2.3 หากน้ำนมจากการบีบเก็บน้ำนมในแต่ละครั้งมีปริมาณไม่มาก ให้นำ
น้ำนมที่บีบได้บรรจุภาชนะและใส่ในตู้เย็นหรือกระติกแช่ใส่น้ำแข็ง
หรือเจลเย็น ก่อนนำเทรวมกับน้ำนมที่บีบเก็บได้ภายในวันเดียวกัน
จนกว่าจะได้ปริมาณที่ต้องการแล้ว จึงนำไปแช่แข็ง
- 2.4 ไม่ควรบรรจุน้ำนมที่บีบเก็บได้จนเต็มบรรจุภัณฑ์ เพราะน้ำนมจะมี
ปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อถูกแช่แข็ง อาจทำให้ถุงบรรจุนมรั่วหรือฉีกขาดได้
- 2.5 ระบุปริมาณและวันที่บีบเก็บน้ำนมไว้ที่บรรจุภัณฑ์

ตารางที่ 1 การจัดเก็บนมแม่ในรูปแบบต่างๆ และระยะเวลาที่สามารถเก็บนมแม่

การจัดเก็บนมแม่	ระยะเวลาที่แนะนำให้เก็บนมแม่
อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 25°C	3-4 ชั่วโมง
อุณหภูมิห้องที่ต่ำกว่า 25°C	6-8 ชั่วโมง
กระติกแช่เย็นด้วยน้ำแข็ง	24 ชั่วโมง
ตู้เย็น (4°C)	5 วัน
ตู้แช่แข็งในตู้เย็นประตูเดียว (-15°C)	2 สัปดาห์
ตู้แช่แข็งในตู้เย็น 2 ประตู (-18°C)	3-6 เดือน
ตู้แช่แข็ง (-20°C)	6-12 เดือน

2.6 สีของนมแม่ขึ้นกับอาหารที่มารดากิน และนมแช่แข็งอาจมีกลิ่นที่แตกต่างจากนมบิบใหม่ๆ อย่างไรก็ตามไม่จำเป็นต้องทิ้งนมไปหากทารกยังคงกินได้

3. แนวทางในการจัดเก็บนมแม่^(1,2)

เมื่อทำการบิบเก็บน้ำนมแล้ว สามารถจัดเก็บนมแม่ในตู้เย็นแบบต่างๆ ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

4. แนวทางในการนำไปใช้^(1,2)

โดยมีหลักการคือ เลือกให้นมที่สดใหม่กับทารกก่อนเสมอ หากไม่สามารถให้ได้จึงให้นมที่แช่เย็นในช่องธรรมดาของตู้เย็นก่อน จากนั้นจึงให้นมที่แช่แข็ง เพื่อให้ทารกได้ประโยชน์จากนมแม่สูงสุด

- 4.1 ใช้นมที่เก็บในช่องธรรมดาของตู้เย็นก่อนที่จะเลือกใช้นมแช่แข็ง
- 4.2 อุณหภูมิของนมที่ให้กับทารกกิน สามารถเป็นนมที่เย็น อุณหภูมิห้อง หรืออุ่นได้
- 4.3 นมแช่แข็งควรละลายโดยการวางในตู้เย็นข้ามคืน (สูญเสียไขมันน้อยกว่าวิธีวางแช่ในน้ำอุ่น)⁽⁵⁾ หรือวางในถ้วยที่บรรจุน้ำอุ่นหรือให้

น้ำอุ่นไหลผ่าน (ไม่ควรให้ระดับน้ำในถ้วยหรือน้ำที่ไหลผ่านสัมผัสปากขวด/ถุง) ไม่ควรอุ่นนมแช่แข็งผ่านเครื่องไมโครเวฟ

- 4.4 นมที่ถูกแช่แข็งเมื่อละลายจะเกิดชั้นไขมัน ควรหมุนวนบรรจุภัณฑ์เบาๆ เพื่อให้นมเป็นเนื้อเดียวกันมากขึ้น หลีกเลี่ยงการเขย่าอย่างรุนแรง
- 4.5 นมที่ละลายแล้วสามารถเก็บในตู้เย็นได้นาน 24 ชม. แต่ไม่ควรนำกลับไปแช่แข็งอีก
- 4.6 นมที่ละลายแล้วหลังป้อนให้ทารกกินจนอิ่ม นมที่เหลือควรทิ้งไป

เอกสารอ้างอิง

1. Committee Academy of Breastfeeding Medicine Protocol, Eglash A. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med.* 2010;5(3):127-30.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding : a guide for the medical profession.* 7th ed. Maryland Heights: Elsevier; 2011.
3. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians.* 2nd ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2014.
4. Janjindamai W, Thatrimontrichai A, Maneenil G, Puwanant M. Soft plastic bag instead of hard plastic container for long-term storage of breast milk. *Indian J Pediatr.* 2013;80(10):809-13.
5. Thatrimontrichai A, Janjindamai W, Puwanant M. Fat loss in thawed breast milk: Comparison between refrigerator and warm water. *Indian Pediatr.* 2012; 49(11):877-80.



ภาคผนวก 2

การให้คำปรึกษา ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปรีศนา พาณิชกุล

การให้คำปรึกษาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แนะนำให้มีการให้คำปรึกษาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์: ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ เพราะพบว่าสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มระยะเวลาที่ให้นมแม่ และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว (exclusive breastfeeding)⁽¹⁻³⁾

2. เวลา: ตามคำแนะนำของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Pediatrics (AAP) และ American Academy of Family Physicians (AAFP) แนะนำว่ามารดาควรได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดช่วงตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและหลังคลอด⁽¹⁻⁴⁾

3. ผู้ให้คำปรึกษา: บุคลากรทางสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์มีบทบาทที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในการให้ความรู้ แนะนำทักษะที่ถูกต้อง และยังมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด^(1,5)

4. สถานที่และการให้คำปรึกษาแนะนำ: ควรจัดสถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสม ให้ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องและไม่มากเกินไป ทำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยอาจใช้การแสดงออกทางภาษากายร่วมด้วย แสดงความสนใจและใช้เวลาต่อผู้รับคำปรึกษา กล่าวชื่นชมในข้อมูลที่ต้องการของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ข้อมูลที่ต้องการเมื่อมีสิ่งที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน แนะนำถึงแนวทางปฏิบัติที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ หากสามารถทำได้ควรให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับคำปรึกษาร่วมกัน และผู้ให้คำปรึกษาควรยอมรับในความคิด ความรู้สึก และการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา^(1,3,4,6)

การซักประวัติสอบถามความรู้และความเข้าใจเดิมของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกและการให้นม รวมทั้งประสบการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน การวางแผนการให้นมในครรภ์นี้ รวมทั้งประวัติโรคประจำตัว การเคยผ่าตัดหรือมีอุบัติเหตุต่อบริเวณเต้านม เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเพื่อนำข้อมูลมาประกอบในการให้คำปรึกษาแนะนำ⁽³⁻⁵⁾

ข้อมูลในการให้คำปรึกษาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

- **ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

- *ประโยชน์ต่อทารก* ช่วยระบบการย่อยอาหารและเพิ่มภูมิคุ้มกันของทารก ลดการติดเชื้อ เช่น หูอักเสบ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในเด็ก ลดความเสี่ยงต่อการเกิด sudden infant death syndrome (SIDS) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคทางเมตาบอลิกของทารกเมื่อเติบโตขึ้น เสริมสร้างสมองในการเรียนรู้และพัฒนาการ ช่วยเพิ่มระดับเซโรโทนิน ลดปัญหาการปิดรูปของช่องปากและฟัน⁽²⁻⁵⁾

- *ประโยชน์ต่อมารดา* ในระยะสั้น คือมดลูกหดตัวเข้าอู่ได้ดี ลดการตกเลือดหลังคลอด มีน้ำหนักลดลง และลดการเกิด postpartum depression

ในระยะยาวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ลดการเกิดเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มว่าอาจช่วยป้องกันการเกิดกระดูกพรุน และช่วยในการคุมกำเนิด⁽²⁻⁵⁾

- **ข้อดีของนมแม่ที่มีมากกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารก**

นมแม่มีภูมิคุ้มกันโรค มีเอนไซม์ที่ช่วยในการพัฒนาของทางเดินอาหาร ป้องกันการเกิดลำไส้อักเสบ ช่วยในการย่อยอาหารและดูดซึมสารอาหาร มีส่วนประกอบและสารอาหารสำคัญที่เหมาะสมกับทารกต่างจากนมผงดัดแปลงสำหรับทารก เช่น มีกรดไขมันที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมองและจอประสาทตา มีโปรตีนที่ส่วนใหญ่เป็นเวย์โปรตีนทำให้ย่อยง่ายกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกและช่วยการดูดซึมแร่ธาตุบางชนิดได้ดีกว่า มีน้ำตาลแลคโตสเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการพัฒนาสมอง และมีโอลิโกแซคคาไรด์ที่เป็น prebiotics ช่วยให้ทารกท้องไม่ผูก นมแมียังมีข้อดีที่มากกว่านมผงดัดแปลงสำหรับทารกคือสะดวกประหยัดจากที่ไม่ต้องช้อนนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ลดการใช้ยาที่เกิดจากการเจ็บป่วยของทารก ที่สำคัญคือส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก⁽³⁻⁵⁾

- **การเตรียมตัวขณะตั้งครรภ์**

มารดาจะได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพที่จำเป็น ประวัติโรคประจำตัว การเคยผ่าตัดหรือมีอุบัติเหตุต่อบริเวณเต้านม ข้อห้ามของการให้นมแม่ ตรวจร่างกาย ประเมินลักษณะของเต้านมที่อาจมี hypoplastic breast tissue ลักษณะของหัวนมและลานนมที่อาจมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น หัวนมบอด/บวม และการให้ความรู้เรื่องการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้มารดามีความเข้าใจ ก่อนเข้าสู่ระยะคลอด ลดการได้รับยาแก้ปวดระหว่างการเจ็บครรภ์ที่อาจส่งผลเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภายหลังได้^(1,3,4)

- **เริ่มให้นมแม่ได้ตั้งแต่เมื่อใด**

มารดาควรเริ่มให้ทารกดูดนมจากเต้าได้โดยเร็วที่สุดหลังคลอด โดยเฉพาะภายใน 1 ชั่วโมงแรก ในกรณีที่ทารกปกติ แข็งแรงดี และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการให้นมแม่ โดยควรให้มารดาได้โอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin con-

tact) ทันทีหลังคลอด และหลังจากนั้นควรให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา (rooming-in) เพื่อให้สามารถให้นมแม่แก่ทารกได้ตลอดเวลาเมื่อทารกหิว⁽²⁻⁵⁾

- **การทำให้มีน้ำนมเพียงพอ**

ควรให้ทารกดูดนมประมาณ 8-12 ครั้งต่อวัน นานครั้งละประมาณ 10-15 นาที (ไม่ควรนานเกิน 30 นาที) และควรให้ดูดสลับกันจนเกลี้ยงเต้าทั้งสองข้าง เพื่อช่วยให้มารดามีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้มารดาดูดนมอย่างถูกวิธีโดยการอมลานนม (latch-on) อย่างถูกต้อง⁽²⁻⁵⁾

- **การประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ**

ประเมินการปัสสาวะ-อุจจาระของทารก รวมทั้งอาการตัวเหลือง อาการแสดงของการขาดสารน้ำ และการเพิ่มของน้ำหนักทารกตามเกณฑ์ โดยหากพบว่ามี การลดลงของน้ำหนักทารกที่หลังอายุ 3 วัน หรือทารกน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ของน้ำหนักแรกเกิด หรือหากภายใน 10 วันหลังเกิด ทารกยังไม่มีย้ำหนักกลับมาเท่าน้ำหนักแรกเกิดในทารกเกิดครบกำหนดที่ปกติ ควรทำการประเมินการได้รับน้ำนมของทารกว่าเพียงพอหรือไม่^(3,4)

- **การให้นมผงตัดแปลงสำหรับทารก น้ำ หรืออาหารเสริมอื่นแก่ทารก**

ไม่มีความจำเป็นต้องให้อาหารใดๆ แก่ทารกนอกเหนือจากนมแม่ ยกเว้นในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยหากมีความจำเป็นต้องให้นมเสริม ควรเลือกนมแม่ที่ได้บิบเก็บเอาไว้ก่อนหน้านั้นเป็นอันดับแรก หากไม่มีจึงให้นมผงตัดแปลงสำหรับทารก ควรให้ด้วยวิธีป้อนด้วยถ้วย ช้อนหรือหลอดฉีดยา (syringe) ไม่ควรให้โดยการใส่ขวดแล้วให้ทารกดูดจุกนมยางเพราะจะทำให้เกิดภาวะสับสนหัวนม (nipple confusion) และยังมีผลให้ทารกดูดนมแม่ลดลง ทำให้ลดการสร้างของน้ำนมแม่อีกด้วย^(2,4)

- **สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปได้นานเท่าไร**

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือนเต็ม หลังจากนั้นเริ่มให้อาหารตามวัยที่เหมาะสม (complementary foods) ควบคู่ไปกับนมแม่ จนถึงอายุ 2 ปีมากกว่านั้น⁽¹⁾ เช่นเดียวกับ AAP และ ACOG ที่

สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุใน 6 เดือนแรก เพราะพบว่านมแม่มีสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอในการที่จะทำให้ทารกเกิดครบกำหนดที่ปกติมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม และแนะนำว่าสามารถให้ทารกได้รับนมแม่ต่อเนื่องไปได้อีกอย่างน้อย 1 ปีหรือมากกว่านั้น^(1,2,4)

- **ข้อห้ามของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**⁽²⁻⁴⁾

- *ภาวะของมารดา* เช่น มารดาเป็นวัณโรคปอดที่มีการแพร่กระจาย (miliary tuberculosis) ที่ยังไม่ได้รับการรักษา มารดามีการติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV), human T-cell lymphotropic virus ชนิด 1 หรือ 2 มารดามีการติดเชื้อ herpes simplex ที่อยู่ในระยะกำเริบบริเวณหัวนมและลานนม มารดาได้รับยาที่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ รวมทั้งมารดาที่ใช้สารเสพติดโคเคน กัญชา และ phencyclidine (PCP) มารดาที่ได้รับสารกัมมันตรังสีที่ยังคงมี radioactivity ในน้ำนม

- *ภาวะของทารก* ได้แก่ ทารกที่มีความเจ็บป่วยและไม่สามารถรับนมแม่ได้ เช่น มีภาวะ galactosemia หรือมีความผิดปกติทางเมตาบอลิกอื่นๆ เป็นต้น

2. การให้คำปรึกษาเฉพาะกรณี

- **การเก็บน้ำนมแม่ไว้ให้ทารก**

ในกรณีที่มารดาต้องแยกจากทารก อาจให้มารดาบีบเก็บน้ำนมออกด้วยมือหรือใช้เครื่องบีบเก็บน้ำนมเพื่อเก็บน้ำนมไว้ให้ทารกได้ ซึ่งจะยังช่วยคงการสร้างน้ำนมไว้อย่างต่อเนื่อง โดยต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาดในการเก็บน้ำนมไม่ให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค ควรล้างมือทุกครั้งและใช้ภาชนะที่ผ่านการทำความสะอาดอย่างถูกวิธี การบีบเก็บน้ำนมเริ่มจากการกระตุ้นเต้านมด้วยการนวดเบาๆ ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนม น้ำนมที่ได้สามารถเก็บในที่อุณหภูมิต่างๆ ไว้ในระยะเวลานานแตกต่างกัน⁽³⁾ รายละเอียดเรื่องการบีบเก็บน้ำนมและการจัดเก็บน้ำนมสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากภาคผนวก 1

- **การให้นมแม่ในทารกที่ป่วยหรือกรณีที่มารดาและทารกต้องแยกจากกัน**
แนะนำมารดาให้เริ่มฝึกบีบเก็บน้ำนมได้เมื่อมารดามีความพร้อม เช่น

อาจเริ่มภายใน 2 ชั่วโมงหลังการคลอดทางช่องคลอดหรือ 4-6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดคลอด เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างและเพิ่มปริมาณน้ำนม และสามารถนำหัวนมที่ได้ไปให้แก่ทารกได้ทันทีโดยอาจให้โดยการปั๊มหัวนมที่ปาก หรือหยดให้ทางปากในกรณีที่เป็นการทรวงอก เพื่อช่วยให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ สารชีวภาพ และภูมิคุ้มกันที่ช่วยปกป้องทารกจากการติดเชื้อที่รุนแรง อีกทั้งช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของระบบทางเดินอาหารและระบบอื่นที่สำคัญ ทำให้ทารกสามารถรับสารอาหารทางลำไส้ได้เร็วขึ้น^(3,5)

- **การคุมกำเนิดขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูนมของทารกมีผลกระทบต่อได้สมองให้รับรังการตกไข่และไม่มีประจำเดือนจึงสามารถช่วยคุมกำเนิดได้ระยะเวลาหนึ่งเรียกว่า lactational amenorrhea method (LAM) แต่วิธีนี้จะมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด เมื่อมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มเวลาตลอดเวลาหรือให้ทารกดูนมบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน โดยอย่างน้อยร้อยละ 85 ของอาหารที่ทารกได้รับต้องเป็นนมแม่ และมารดาต้องยังไม่มีประจำเดือนมา ซึ่งจะใช้วิธีคุมกำเนิดนี้ไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอด หากหลังจากนี้ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย เช่น ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย หรือใช้ยาคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมนโปรเจสตินเพียงอย่างเดียวจึงจะไม่ผลต่อการหลังของโปรแลคตินที่มีผลต่อปริมาณน้ำนม⁽³⁾

หมายเหตุ กรณีที่ประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถสอบถามบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านนมแม่ในคลินิกนมแม่หรือโรงพยาบาลทั่วไป หรืออาจเปิดดูข้อมูลจาก website ของมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยที่ <http://www.thaibreastfeeding.org/>

เอกสารอ้างอิง

1. Lind JN, Ahluwalia IB, Perrine CG, Li R, Harrison L, Grummer-Strawn LM. Prenatal Breastfeeding Counseling-Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 2010. MMWR 2014;63(2):14-9.

2. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding: Parental education and support. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2016 Feb 16; cited 2016 Feb 23]. Available from: <http://www.uptodate.com>
3. Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. Missouri: Mosby; 2011.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and American Academy of Pediatrics (AAP). Guidelines for perinatal care. 7th ed. United State; 2012.
5. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 658: Optimizing support for Breastfeeding as part of Obstetric practice. *Obstet Gynecol.* 2016;127:e86-92.
6. Buenol LG, Teruyall KM. The practice of breastfeeding counseling. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5):S126-30.



ภาคผนวก 3

อาหารและโภชนาการของมารดา ในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร

เบญญา เพชรพีเชฐไชย

ความรู้พื้นฐาน

หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีความต้องการพลังงานและสารอาหารมากกว่าภาวะปกติ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกและทำให้น้ำนมมีสารอาหารครบถ้วน

น้ำหนักที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์อาจมีน้ำหนักลดลงเล็กน้อย คงที่ หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงไตรมาสแรก หลังจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สอง โดยสัดส่วนของน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นจะขึ้นกับดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1⁽¹⁾

ความต้องการพลังงาน ระหว่างตั้งครรภ์ความต้องการพลังงานจะเพิ่มขึ้นประมาณ 100-300 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงหลัง 20 สัปดาห์เป็นต้นไป ในช่วงให้นมบุตรจะต้องการพลังงานสูงกว่าระยะตั้งครรภ์ โดยเพิ่มขึ้นถึง 500 กิโลแคลอรีต่อวัน ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว^(2,3)

ตารางที่ 1 น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์

ดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร ²)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มต่อสัปดาห์ ในไตรมาสที่ 2 และ 3 (กิโลกรัม)
<18.5	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
18.5-24.9	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
25.0-29.9	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
≥30	5-9	0.22 (0.17-0.27)

โปรตีน หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีความต้องการโปรตีนสูงขึ้นกว่าปกติ แหล่งของโปรตีนที่ดีควรเป็นโปรตีนจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ผลิตภัณฑ์จากนม และไข่ แต่มีข้อควรระวังในการรับประทานปลาและอาหารทะเลอื่น เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของสารปรอทได้⁽³⁾ ควรรับประทานปลาไม่เกิน 340 กรัมต่อสัปดาห์⁽²⁾

เกลือแร่และวิตามิน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการปกติ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอ มักได้รับเกลือแร่และวิตามินในปริมาณที่เหมาะสมอยู่แล้ว มีข้อยกเว้นเพียงบางชนิด ที่ควรได้รับเสริม ได้แก่⁽³⁾

- กรดโฟลิก ควรได้รับอย่างน้อย 400 ไมโครกรัม (0.4 มิลลิกรัม) ต่อวัน
- ธาตุเหล็ก ความต้องการธาตุเหล็กจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่ไตรมาสที่สอง ซึ่งการรับประทานอาหารตามปกติจะไม่เพียงพอ จึงแนะนำให้ได้รับธาตุเหล็กเสริมอย่างน้อย 27 มิลลิกรัมต่อวัน
- ไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับไอโอดีนอย่างน้อย 220 ไมโครกรัมต่อวัน และเพิ่มเป็น 290 ไมโครกรัมต่อวันในระยะให้นมบุตร

ในระยะให้นมบุตร สารอาหารในน้ำนมจะนำมาจากอาหารที่รับประทานร่วมกับสารอาหารที่สำรองในตัวมารดา หากได้รับสารอาหารไม่พอ ก็จะมีผลเสีย

ต่อสุขภาพมารดา แต่มักไม่มีผลต่อคุณภาพของน้ำนม ยกเว้นกรณีที่มีการขาดสารอาหารมาก⁽²⁾

แคลเซียม หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร มีความต้องการแคลเซียม 1,000-1,300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยปกติร่างกายจะมีกลไกเพิ่มการดูดซึมแคลเซียมและกระตุ้นการสลายแคลเซียมจากกระดูก จึงไม่ทำให้ทารกและนมแม่ขาดแคลเซียม^(2,3) อย่างไรก็ตามมารดาควรได้รับแคลเซียมจากอาหารที่มีแคลเซียมสูงให้เพียงพอ

น้ำ หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรมีความต้องการน้ำเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ และมีผลต่อการสร้างน้ำนมหากร่างกายขาดน้ำจึงควรดื่มน้ำให้มากเพียงพอ

ปัญหาหรือข้อที่ควรคำนึงถึง

- หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับสารอาหารและพลังงานอย่างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป ควรควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่เหมาะสม
- ปัจจุบันมียาเม็ดรวมไตรเฟอรัดิน (triferdine) ซึ่งประกอบด้วยธาตุเหล็ก โพลีกลี และไอโอดีน ในปริมาณที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งควรให้เสริมในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ตลอดการตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะให้นมบุตร 6 เดือนหลังคลอด หรืออาจใช้ยาเม็ดบำรุงครรภ์ชนิดอื่นที่มีส่วนประกอบที่เหมาะสมแทนได้⁽²⁾
- การให้ยาที่มีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบ มีข้อห้ามในหญิงที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เนื่องจากมีธาตุเหล็กสะสมเกินอยู่แล้ว
- ยาเม็ดวิตามินรวมบางชนิด มีส่วนประกอบที่หากได้รับเกินขนาดอาจเป็นอันตราย เช่น วิตามินเอ ไม่ควรได้รับเกิน 10,000 IU ต่อวัน⁽³⁾
- เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม หากดื่มในปริมาณมาก อาจเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งบุตร ทารกน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนด และสามารถผ่านน้ำนมไปออกฤทธิ์ในทารกได้ จึงควรหลีกเลี่ยงหรือดื่มอย่างจำกัด คือไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน^(2,3)

- หลีกเลี้ยงเครื่องดื่ม หรืออาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลก่อความพิการในทารกได้

แนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

1. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง และคำนวณดัชนีมวลกาย เพื่อใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการและการเพิ่มของน้ำหนักที่เหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์

2. ควรรับประทานอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอ ครบ 5 หมู่ และมีความหลากหลาย รวมถึงรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง และดื่มน้ำให้เพียงพอ

3. การรับประทานอาหารมากเกินไปจนความจำเป็น อาจเกิดผลเสียคือการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักเกิน การคลอดยาก และมารดามีน้ำหนักค้ำหลังคลอดเกิดเป็นภาวะอ้วนในภายหลัง

4. ควรมีการติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ให้เหมาะสม

5. แนะนำหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรให้รับประทานยาบำรุงครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ไปถึง 6 เดือนหลังคลอด

6. การรับประทานปลา ควรคำนึงถึงการปนเปื้อนสารปรอทด้วย ไม่ควรรับประทานมากเกินไป

7. หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;121: 210-2.
2. ปรีศนา พานิชกุล. อาหารและโภชนาการสตรีตั้งครรภ์และแม่ระยะให้นมลูก. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมภาพร สุทัศน์วรวิฑู, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเขาวนิช,

บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอยรา จำกัด; 2555. หน้า 243-50.

3. Cunningham FG LK, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al, editors. Williams Obstetrics. 24th ed: McGraw-Hill Education; 2014.



ภาคผนวก 4

การคุมกำเนิดในมารดาให้นมบุตร

ออสลา เทม-จันกร

ความรู้พื้นฐาน

การคุมกำเนิด เป็นการวางแผนครอบครัวเพื่อจำกัดจำนวนหรือเว้นระยะห่างของการมีบุตรให้เหมาะสมกับความต้องการของคู่สมรส ในมารดาหลังคลอดบุตรนั้นหากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจะเป็นการคุมกำเนิดตามธรรมชาติและมีประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ในมารดาที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว มีประจำเดือนมา ต้องกลับไปทำงานหรือระยะของการให้นมห่างออก ซึ่งจำเป็นต้องมีทางเลือกในการคุมกำเนิดที่เหมาะสม โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ควรต้องให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในมารดาให้นมบุตรได้ หลักการสำคัญคือวิธีการคุมกำเนิดนั้นไม่ควร มีผลต่อคุณภาพและปริมาณของน้ำนม มารดายังสามารถให้นมบุตรอย่างต่อเนื่องได้และเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดี

รูปแบบวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิดในมารดาให้นมบุตร มีหลายวิธีดังนี้

1. Lactational amenorrhea method (LAM) คือการคุมกำเนิดโดยใช้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว สามารถคุมกำเนิดได้เนื่องจากเมื่อมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอจะกระตุ้นให้สร้างและหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินในปริมาณสูง ซึ่งกดการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและยับยั้งการตกไข่ได้ ทำให้ไม่มีประจำเดือนและไม่ตั้งครรภ์ ควรแนะนำในมารดาทุกรายที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมีหลักปฏิบัติ⁽¹⁾ ดังนี้

- ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยให้ลูกดูดนมจากเต้าในช่วงกลางวันทุก 3-4 ชั่วโมงและกลางคืนไม่ห่างกว่าทุก 6 ชั่วโมง
- มารดาต้องยังไม่มีการมีประจำเดือนมา และใช้ได้ไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอดเท่านั้น

โดยหากปฏิบัติได้ดังนี้จะมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 98 ข้อดีของวิธีนี้คือ ไม่มีผลข้างเคียง ประสิทธิภาพสูง ประหยัด สามารถเริ่มได้ทันทีหลังคลอด ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอุปกรณ์หรือยาใดๆ

2. วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมน ได้แก่

2.1 ถุงยางอนามัย เป็นวิธีที่ไม่มีผลต่อการให้นมบุตร สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ พิจารณาเลือกใช้ได้หลังจากคลอดบุตรโดยใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

2.2 การทำหมันหญิง เป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร เลือกแนะนำในมารดาที่มีบุตรเพียงพอแล้วหรือมีโรคประจำตัวและภาวะเสี่ยงที่ไม่ควรตั้งครรภ์อีก ไม่มีผลต่อการให้นมบุตร สามารถทำได้ในช่วงหลังคลอดปกติทันที หรือทำร่วมกับการผ่าตัดคลอด

2.3 การใส่ห่วงอนามัยชนิดทองแดง มีหลายชนิดได้แก่ Copper T380 คุมกำเนิดได้นาน 10 ปี Multiload 250 ใช้คุมกำเนิดได้ 3 ปี และ Multiload 375 ใช้คุมกำเนิดได้ 5 ปี เป็นต้น เป็นวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวที่มีประสิทธิภาพสูง และไม่มีผลต่อการให้นมบุตร โดยทั่วไปแนะนำให้ใส่ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนในบางกรณี เช่น ไม่สะดวกมาตรวจติดตามหลังคลอด อาจพิจารณาใส่ได้ทันที

หลังจากคลอดบุตร (ภายใน 48 ชั่วโมง) แต่โอกาสในการหลุดของห้วงอาจสูงขึ้น ควรระวังในรายที่มีภูมิต้านทานต่ำ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีความเสี่ยงสูงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูก เช่น submucous myoma, bicornuate uterus, cervical stenosis เป็นต้น

3. วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมน ได้แก่

3.1 การคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว (Progestogen only contraceptives/ POCs) มีกลไกหลักในการคุมกำเนิดคือทำให้เยื่อโพรงมดลูกฝ่อบางไม่เหมาะสมกับการฝังตัว ข้อดีคือไม่มีผลต่อการสร้างและหลังฮอร์โมนโปรแลคติน จึงเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับมารดาให้นมบุตร มีหลายวิธี ได้แก่

- ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว (progestogen only pills: POPs) ที่มีใช้ได้แก่ Exluton® (Lynestrenol), Hyan® (Levonorgestrel) และ Cerazette® (Desogestrel) แนะนำให้เริ่มรับประทาน 6 สัปดาห์หลังจากคลอดบุตร

- ยานัดคุมกำเนิดได้แก่ DMPA (Depot Medroxyprogesterone acetate) แนะนำให้เริ่มฉีดได้เมื่อมาตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอดบุตรเช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิด มีฤทธิ์คุมกำเนิดได้ 12 สัปดาห์

- ยาฝังคุมกำเนิดมีหลายชนิดได้แก่ Norplant® (6 หลอด), Jadelle® (2 หลอด) ทั้ง 2 ชนิดประกอบด้วยฮอร์โมน levonorgestrel สามารถคุมกำเนิดได้ 5 ปี และ Implanon®, Etoplan® ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน etonogestrel คุมกำเนิดได้ 3 ปี สามารถฝังได้ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดบุตร

- ห่วงอนามัยชนิดที่มีฮอร์โมนได้แก่ Mirena® (levonorgestrel IUD) สามารถคุมกำเนิดได้นาน 5 ปี แนะนำให้เริ่มใส่ได้ตั้งแต่ 4 สัปดาห์หลังคลอดบุตร มีข้อจำกัดสำคัญคือมีราคาแพง

- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินมีโปรเจสตินได้แก่ levonorgestrel ขนาดสูง เช่น Postinor®, Madonna®, Plan B® เป็นต้น อาจแนะนำให้ใช้ได้

กรณีที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการคุมกำเนิดวิธีอื่นและมีความกังวลว่าอาจเกิดการตั้งครรภ์

3.2 การคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนรวม คือเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนมีกลไกในการคุมกำเนิดคือ ยับยั้งการตกไข่ ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสมกับการฝังตัวและมูกที่ปากมดลูกมีความข้นมากขึ้น ข้อเสียคือเอสโตรเจนมีผลยับยั้งฮอร์โมนโปรแลคตินซึ่งทำให้ปริมาณน้ำนมลดลงได้ ไม่แนะนำให้ใช้ในมารดาให้นมบุตรภายใน 6 เดือนแรกหลังคลอด หลังจาก 6 เดือนไปแล้วหากจำเป็นอาจพิจารณาให้ใช้ได้ ในมารดาที่ยังคงให้นมบุตรอยู่โดยเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำหรือต่ำมากซึ่งจะรบกวนต่อปริมาณน้ำมน้อยลง ตัวอย่างของยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ได้แก่

- ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมมีหลายชนิดและจำหน่ายทั่วไป ชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับต่ำมาก (ultralow dose) คือมีเอสโตรเจนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ไมโครกรัม ได้แก่ Mercilon[®], Miliane[®], Yaz[®] เป็นต้น มีข้อเสียคืออาจมีเลือดออกกะปริบกะปรอยได้ รวมถึงมีโอกาสตั้งครรภ์ได้สูงกว่ายาคุมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงกว่า หากกินยาไม่ตรงเวลาหรือลืมกินยา

- แผ่นแปะคุมกำเนิด ได้แก่ Evra[®] ประกอบด้วย ethinyl estradiol (EE) 600 ไมโครกรัม และ norelgestromin 6 มิลลิกรัมต่อแผ่นตัวยาจะถูกปลดปล่อยและซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย ในปริมาณเฉลี่ย EE 20 ไมโครกรัมและ norelgestromin 150 ไมโครกรัม/วัน โดยแผ่นแปะคุมกำเนิดนี้จะมี 3 แผ่นต่อชุด ใช้ติดสัปดาห์ละ 1 แผ่น โดยเลือกติดที่บริเวณท้องน้อย สะโพก แผ่นหลังด้านบนหรือต้นแขนด้านนอก หลังจากครบ 3 สัปดาห์ให้เว้นไม่ต้องติด 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีประจำเดือนมา

- วงแหวนคุมกำเนิด ได้แก่ Nuvaring[®] ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น รูปวงแหวน กว้างประมาณ 2 นิ้ว ชั้นนอกของวงแหวนจะประกอบด้วย ethinyl estradiol (EE) และ etonogestrel (ENG) โดยใน 1 วัน vaginal ring จะให้ EE 15 ไมโครกรัมและ ENG 120 ไมโครกรัม ใช้ใส่ในช่องคลอดเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และถอดออก 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีประจำเดือนมา

สรุป

ประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดได้หลังคลอดบุตร ระยะเวลาที่คุมกำเนิดได้ ของการคุมกำเนิดแต่ละวิธีดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดได้หลังคลอดบุตร ระยะเวลาที่คุมกำเนิดได้ ของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี⁽²⁾

วิธีการคุมกำเนิด	ประสิทธิภาพ*		ระยะเวลาที่เริ่มใช้ได้ หลังคลอดบุตร	ระยะเวลา ที่คุมกำเนิดได้	
	Typical use	Perfect use			
			ระยะเวลา	MEC**	
LAM	2	0.5	ทันที	-	6 เดือน หลังคลอด
ถุงยางอนามัย	18	2	-	-	-
ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มี โปรเจสโตเจนอย่างเดียว	9	0.3	< 6 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ ขึ้นไป	2 1	-
ยาเม็ดคุมกำเนิด ฮอร์โมนรวม	6-8	0.1	6 สัปดาห์-6 เดือน > 6 เดือน	32 2	-
ยาฉีดคุมกำเนิด	6	0.2	< 6 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ ขึ้นไป	3 1	12 สัปดาห์
ยาฝังคุมกำเนิด	0.05	0.05	< 6 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ ขึ้นไป	2 1	3-5 ปี
ห่วงคุมกำเนิด ชนิดทองแดง	0.8	0.6	ทันที หรือ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด	-	3-10 ปี
ห่วงคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมน	0.2	0.2	4 สัปดาห์ หลังคลอด	1	5 ปี
การทำหมันหญิง	0.5	0.5	ทันที	-	ถาวร

*อัตราการตั้งครรภ์ขณะใช้วิธีคุมกำเนิดในช่วง 1 ปีแรก

**WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use⁽³⁾

ปัญหาและการแนะนำการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy) เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในปี 2556 อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 51.2 รายต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งยังคงสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของการคลอดของวัยรุ่นทั่วโลก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยรวม ปัจจัยหลักเกิดจากอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นและการเลือกใช้การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีการศึกษาพบว่า มีการใช้การคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 50 เมื่อวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยส่วนใหญ่เลือกใช้การคุมกำเนิดระยะสั้น หรือการคุมกำเนิดฉุกเฉิน และร้อยละ 72 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (unintended pregnancy)⁽⁴⁾

การแนะนำการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น นอกจากให้ความสำคัญในเรื่องของการให้นมบุตรแล้ว ยังต้องเน้นเรื่องประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิดเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำด้วย โดยแนะนำให้ใช้วิธีที่คุมกำเนิดได้ระยะยาวและคงความสามารถการกลับมาเจริญพันธุ์ได้ (long-acting reversible contraception หรือ LARC)^(5,6) ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัยคุมกำเนิด เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง อัตราการตั้งครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 1 ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงมีความปลอดภัย ความพึงพอใจต่อวิธีการคุมกำเนิดและอัตราการคงใช้สูง

เอกสารอ้างอิง

1. Senayake P, Potts M. Atlas of contraception. 2nd ed. United Kingdom: Informa Healthcare; 2008.p.83-94.
2. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. Contraceptive Technology: 20th Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011.p.779-863.

3. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva:World Health Organization; 2015. p.249-50.
4. Hemachandra A, Rungruxsivorn T, Taneepanichskul S, Pruksananonda K. KAP Study on Contraception in Teenage Pregnancy at Antenatal Care Clinic and Delivery Room in Chulalongkorn Memorial Hospital. Thai J Obstet Gynaecol. 2010;18(4):154-64.
5. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Committee Opinion No.539. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2012;120:983-8.
6. Contraception for adolescents. Committee on Adolescent. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2014;134:e1244-56.



ภาคผนวก 5

ยาที่ใช้บ่อย ในมารดาที่ให้นมบุตร

ภาวิน พัวพรพงษ์

ความรู้พื้นฐาน

หลักการในการเลือกให้ยาในมารดาที่ให้นมบุตร ควรยึดหลักที่สำคัญ 2 ประการ คือ มารดามีความจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาโรค และควรหลีกเลี่ยงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดแก่ทารก นอกจากนี้ ควรพิจารณาการเลือกบริหารยาที่ผ่านน้ำนมน้อยที่สุดเพื่อให้ทารกมีโอกาสได้รับยาผ่านการกินนมแม่ น้อยที่สุด โดยเลือกยาที่มีขนาดโมเลกุลใหญ่กว่า 500 ดาลตัน ยาที่จับกับโปรตีนในกระแสเลือดได้ดี ยาที่มีความสามารถในการแตกตัวเป็นไอออนหรือค่าคงที่ของการแตกตัวของยาหรือ pK_a ต่ำ ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตของยาล้น และยาที่มีค่าขนาดยาของทารกสัมพัทธ์ (relative infant dose หรือ RID) น้อยกว่าร้อยละ 10 โดยควรเลือกเวลาให้ยาแก่มารดาหลังจากทารกกินนมแม่หรือช่วงที่ทารกหลับยาวที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ทารกได้รับยาจากน้ำนมในปริมาณที่น้อย และหากมารดาต้องใช้ยาที่จำเป็นต้องงดนมแม่ชั่วคราว ควรแนะนำให้มารดาบีบน้ำนมทิ้งทุก 3-4 ชั่วโมง เพื่อให้คงการสร้างน้ำนม

เกณฑ์ในการจัดกลุ่มยาในระหว่างการให้นมบุตร มีเกณฑ์การจัดกลุ่มหลายเกณฑ์ ได้แก่

เกณฑ์ของ Hale (ใช้อักษรย่อ H) แบ่งยาที่ใช้ในระหว่างการให้นมบุตรเป็น 5 กลุ่ม คือ

- กลุ่ม L1 ปลอดภัยที่สุด
- กลุ่ม L2 ค่อนข้างปลอดภัย
- กลุ่ม L3 ปลอดภัยปานกลาง
- กลุ่ม L4 อาจมีอันตราย
- กลุ่ม L5 ห้ามใช้

เกณฑ์ของ Weiner (ใช้อักษรย่อ W) แบ่งยาที่ใช้ในระหว่างการให้นมบุตรเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่ม S ปลอดภัย (safe)
- กลุ่ม US ไม่ปลอดภัย (unsafe)
- กลุ่ม U ไม่มีข้อมูล (unknown)

เกณฑ์ของสมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Pediatrics, AAP) แบ่งยาและสารที่มารดาอาจจะได้รับในระหว่างการให้นมแม่เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ยาที่มีข้อบ่งห้ามในการใช้ระหว่างการให้นมบุตร
- กลุ่มที่ 2 สารเสพติดที่ห้ามใช้ระหว่างการให้นมบุตร
- กลุ่มที่ 3 สารกัมมันตภาพรังสีที่จำเป็นต้องมีการหยุดให้นมชั่วคราว
- กลุ่มที่ 4 ยาที่ไม่มีข้อมูลการใช้ในระหว่างการให้นมบุตร ซึ่งควรมีการติดตามระหว่างการใช้
- กลุ่มที่ 5 ยาที่มีผลกระทบต่อทารกชัดเจนซึ่งควรใช้ด้วยความระมัดระวัง
- กลุ่มที่ 6 ยาที่ใช้ได้ในระหว่างการให้นมบุตร
- กลุ่มที่ 7 อาหารและสารที่ใช้ในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการให้นมบุตร

ยาที่ใช้บ่อยในระหว่างการให้นมบุตร

1. ยาแก้ปวด

ยาแก้ปวดเป็นกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในระยะหลังคลอด ยาที่ใช้ ได้แก่

- ยาพาราเซตามอล ใช้ได้โดยปลอดภัย
- ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มนี้ผ่านน้ำนมน้อย การใช้ยาควรใช้ในระยะสั้น ใช้อย่างสมเหตุสมผลและใช้ร่วมกับยาแก้ปวดอื่น เพื่อลดขนาดของยา เพื่อให้ใช้ยาได้อย่างปลอดภัย แนะนำการเลือกใช้ ibuprofen และ diclofenac ก่อน naproxen และ celecoxib
- ยาแก้ปวดที่มีสารตั้งต้นมาจากฝิ่น (opioids) เช่น codeine และ morphine เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์กดการหายใจ จึงควรเฝ้าระวังหลังการใช้ 4-6 ชั่วโมง

2. ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาที่มักใช้บ่อย ได้แก่

- dimenhydrinate ยานี้ใช้ได้อย่างปลอดภัย แต่หากใช้ในขนาดสูงอาจมีผลต่อการลดลงของระดับฮอร์โมนโปรแลคติน⁽¹⁾ และอาจสัมพันธ์ทำให้เกิดการกระสับกระส่ายของทารกที่มารดาใช้ยานี้ได้⁽²⁾
- ondansetron ยานี้ใช้ได้ในช่วงให้นมบุตร
- domperidone การใช้ยานี้มีความปลอดภัย แต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ domperidone ในมารดาที่มีโรคหัวใจ⁽³⁾
- metoclopramide ยาสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย แต่ควรระมัดระวังอาการข้างเคียงของ extrapyramidal ในกรณีที่ใช้ขนาดยาสูง

การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนอาจใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การดื่มน้ำขิง⁽⁴⁾ การฝังเข็ม⁽⁵⁾ สามารถทำได้รวมกับการปรับเปลี่ยนลักษณะการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่น้อยและเพิ่มจำนวนมื้ออาหารขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน จะช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน และทำให้การใช้ยาลดลงได้

3. ยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร

ยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารที่ใช้บ่อย ได้แก่

- ยากลุ่ม antacid ยากลุ่มนี้สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากยาดูดซึมได้น้อย
- ยากลุ่ม H₂ antagonist เช่น famotidine, ranitidine, cimetidine เป็นต้น โดย cimetidine จะผ่านไปยังทารกได้มากกว่า ดังนั้น ควรเลือกใช้ยา famotidine หรือ ranitidine ก่อน
- ยากลุ่ม proton-pump inhibitors (PPIs) คือ omeprazole และ pantoprazole ขนาดยาที่ผ่านไปสู่ทารกน้อย ร่วมกับยากลุ่มนี้จะไม่คงตัวในสภาวะเป็นกรด การดูดซึมในทารกน้อย จึงค่อนข้างปลอดภัยในการเลือกใช้ยานี้

4. ยารักษาโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน

- ยาลดน้ำมูกที่ใช้บ่อย คือ chlorpheniramine, loratadine และ fexofenadine ยากลุ่มนี้ผ่านน้ำนมน้อย ออกฤทธิ์ทำให้ระดับฮิสตามีนโปรแลคตินต่ำลงได้ แต่ไม่ได้มีผลยับยั้งการกระตุ้นฮิสตามีนโปรแลคตินที่หลังจากการดูดนม chlorpheniramine มีฤทธิ์ทำให้ทารกง่วงหลับ จึงควรเลือกใช้ loratadine หรือ fexofenadine ก่อน
- ยาลดอาการคัดจมูกที่ใช้บ่อย คือ pseudoephedrine ยานี้มีผลในการลดระดับฮิสตามีนโปรแลคตินและพบว่าอาจลดปริมาณน้ำนมได้ถึงร้อยละ 24 ควรหลีกเลี่ยงการใช้หากไม่จำเป็น
- ยาละลายเสมหะที่ใช้บ่อย คือ bromhexine และ N-Acetylcysteine ยาทั้งสองชนิดยังขาดข้อมูลการศึกษาในคน แต่มีศึกษาการใช้ bromhexine ในวัว และตรวจปริมาณของยาในน้ำนม พบว่ามีปริมาณ bromhexine น้อย และมีความปลอดภัยในการรับประทาน อย่างไรก็ตาม การแนะนำการปฏิบัติตัวโดยให้มารดาดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้เสมหะไม่เหนียวข้นก่อนการพิจารณาการใช้ยา

5. ยาปฏิชีวนะ

ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่มีการใช้บ่อย ได้แก่

- ยากลุ่มเพนนิซิลินและยากลุ่ม cephalosporin สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากผ่านไปสู่ น้ำนมน้อย อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ได้แก่ ผื่นแดง อาการท้องเสีย ซึ่งส่วนใหญ่หายได้เอง

- ยากลุ่ม tetracycline ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากมีการสะสมทำให้สีฟันคล้ำและลดการเจริญเติบโตของกระดูกในเด็ก หากจำเป็นต้องใช้ ควรเลือกใช้ tetracycline ก่อน doxycycline และควรใช้ระยะสั้น ไม่ควรเกิน 3 สัปดาห์

- ยากลุ่ม fluoroquinolone มีรายงานการเป็นพิษต่อข้อในสัตว์ทดลอง แต่มีรายงานน้อยถึงโรคข้อในคน การเลือกใช้จึงไม่ควรใช้เป็นทางเลือกแรกและควรเฝ้าระวังระหว่างการใช้ยา

- metronidazole มีรายงานการทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (mutation) และเป็นสารก่อมะเร็งได้ในสัตว์ทดลอง แต่ไม่มีรายงานในคน การใช้ยาไม่มีรายงานถึงผลเสียใดๆ นอกจากอาจพบทำให้รสชาติของนมเปลี่ยน (metallic) ซึ่งทารกบางคนไม่ชอบได้ การพิจารณาใช้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ขนาดยา 2 กรัม โดยควรใช้ขนาดยา 400 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้งจะเหมาะสมกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Messinis IE, Souvatzoglou A, Fais N, Lolis D. Histamine H1 receptor participation in the control of prolactin secretion in postpartum. *J Endocrinol Invest.* 1985;8(2):143-6.
2. Ito S, Blajchman A, Stephenson M, Eliopoulos C, Koren G. Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medication. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168(5):1393-9.
3. Doggrell SA, Hancox JC. Cardiac safety concerns for domperidone, an antiemetic and prokinetic, and galactagogue medicine. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(1):131-8.

4. Viljoen E, Visser J, Koen N, Musekiwa A. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. *Nutr J.* 2014;13:20.
5. Knight B, Mudge C, Openshaw S, White A, Hart A. Effect of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2001 Feb;97(2):184-8.



ก

- กรดไขมันในนมแม่ 248
 กรดไขมันไม่อิ่มตัวสายยาว 248
 กรดไขมันชนิดทรานส์ 248
 กรดอะมิโน 215, 217
 กราฟแสดง
 ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ 268
 ความยาวเส้นรอบศีรษะตามเกณฑ์อายุ 268
 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง 265
 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ 265
 กลไกการดูดนม 191
 กลุ่มอาการดาวน์ 178, 197
 การกู่หน้านม 112
 การคลอดยาก 181
 การคั่งของน้ำนมในเต้านม 86
 การคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่าง
 เดียว 318
 การคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนรวม 319
 การจัดทำให้นมลูกที่ดี 48
 การเจริญเติบโต 264
 การเจริญเติบโตของทารก 259
 การเจริญเติบโตที่ล่าช้า 264
 การฉีดวัคซีน 34
 การชะลอการตัดสายสะดือ 33
 การใช้อุปกรณ์เสริมการให้นมขณะดูดนมจากเต้า
 286
 การดูดกลืน 200
 การดูสูตรคัดหลัง 34
 การตรวจเต้านมและหัวนม 19
 การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง 214, 255
 การตัดสายสะดือ
 แบบเร็ว 33
 แบบช้า 33
 การติดเชื้อ 198, 206, 220
 การติดเชื้อของหัวนม 80
 การติดเชื้อแบคทีเรีย 221
 การติดเชื้อวัณโรค 222
 การติดเชื้อไวรัส 222
 การติดเชื้อไวรัสเฮอร์ซิง 223
 การถ่ายเลือด 148
 การนอนร่วมเตียงเดียวกันกับมารดา 61
 การบาดเจ็บของหัวนม 79
 การบีบเก็บน้ำนม 162, 207
 การประคองเต้านม 49
 การประเมินการเจริญเติบโต 264
 การประเมินเต้านมของมารดา 17, 187

- การประเมินประสิทธิภาพของการดูนมแม่ 187
- การประเมินพึงพิศได้ลิ้น 187
- การประเมินมารดาก่อนกลับบ้าน 62
- การป้อนด้วยช้อนหรือถ้วย 178
- การป้อนนมด้วยหลอดฉีดยาหรือหลอดหยด 283
- การป้อนน้ำนมด้วยช้อน 282
- การป้อนน้ำนมด้วยถ้วย 279
- การผ่าตัดคลอด 59
- การผ่าตัดเต้านม 130
- การผ่าตัดพึงพิศได้ลิ้น 187
- การมีน้ำนมมาช้า 96
- การระบายน้ำนม 84
- การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 42
- การแบ่งปันนมแม่ 233
- การแพ้โปรตีนในนมวัว 211
- การแพ้อาหาร 241
- การสนทนาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ไตรมาสที่ 1 17
 - ไตรมาสที่ 2 17
 - ไตรมาสที่ 3 18
- การสร้างน้ำนม
- ระยะที่ 1 95
 - ระยะที่ 2 95
 - ระยะที่ 3 95
- การสลับเต้านม 168
- การส่องไฟ 148, 151
- การสังเกตพฤติกรรมขณะดูนมแม่ 75
- การสังเกตสัญญาณหิวของทารก 44
- การหย่านมแม่ 274
- การให้สารน้ำในระยะคลอด 29, 30
- การโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อ 17, 39, 42, 175, 181, 192, 199, 208
- บ**
- ไขมัน 9
- ก**
- คัดตึงเต้านม 208
- ความเข้มข้นพลังงาน 262
- ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน 235
- ความถี่ในการกินนม 101
- ความยาวเส้นรอบศีรษะทารก 268
- ความหิว-อึดของทารก 276
- ค่าขนาดยาของทารกสัมพัทธ์ 323
- คาร์นิทีน 9
- คาร์โบไฮเดรต 10
- เคซีน 8
- แคลเซียม 11
- ด**
- งดนมแม่ช่วงกลางคืน 275
- ด**
- ดัชนีมวลกาย 311
- ต**
- ตัวอักษร 151
- ต่อมน้ำนม 2

ต่อมมอนต์โกเมอรี 1

ไตรเฟอริติน 313

ก

ถ่ายซีเทอ 239

ก

ท้องเสีย 235

ท่อน้ำดีอุดตัน 151

ท่อน้ำนมอุดตัน 87, 92

ทอริ้น 9

ทารกเกิดก่อนกำหนด 155, 159, 160

ทารกดูลม 293

ทารกที่เกิดก่อนกำหนด 178, 224, 232

ทารกที่มีน้ำหนักลดลงมาก 139

ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ 287

ทารกนอนหลับมาก 180, 200

ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย 155

ทารกแฝด 166

ทารกมีภาวะเจ็บปวย 181

ทารกร้องกวนมาก 170

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 253

ทำอุ้มทารกที่ใช้ในการให้นมลูก 54

ทำนอนตะแคง 57

ทำนั่งหลังตรง 57

ทำผสมระหว่างทำอุ้มขวางตักและทำอุ้ม

ฟุตบอล 167

ทำอุ้มขวางตัก 55

ทำอุ้มขวางตักคู่ 167

ทำอุ้มขวางตักประยุกต์ 55, 193, 210

ทำอุ้มฟุตบอล 55, 172, 182, 193, 210

ทำอุ้มฟุตบอลคู่ 167

ส

ธนาคารนแม่ 229

ธาตุกัมมันตภาพรังสี 132, 133

ธาตุเหล็ก 251-253

ธาตุซีเซียม 254

ล

ไลโซไซม์ 8, 13

อ

นมแม่บริจาค 229

น้ำตาลแลคโตส 248

น้ำมันช่วงเปลี่ยน 13, 95

น้ำมันน้อย 175, 177, 178

น้ำมันแม่ไหลมาก 181

น้ำมันไม่พอ 101, 181

น้ำมันสมบูรณ์เต็มที่ 13, 95

น้ำมันส่วนหลัง 210

น้ำมันไหลเร็วเกินไป 175

น้ำมันออกน้อย 270

น้ำหนักตัวน้อย 178

น้ำหนักที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ 311

นิวคลีโอไทด์ 9

U

บีบเก็บน้ำนม 295

เบาหวาน 16

U

ปฏิเสธการเข้าเต้า 174

ปทุมแก้ว 21

ประคบอุ่นที่เต้านม 83

ประคองเต้านมแบบรูปตัวยู 194

ประคองเต้านมรูปตัวยู 193

ปัญหาการถ่ายอุจจาระ 238

ปัญหาทารกกลับสนห้านม 176, 177, 236

ปัญหาเพื่ออาหาร 262

ปากแห้งเพดานโหว่ 178

โปรตีน 8, 215

โปรตีนในนมแม่ 248

โปรแลคติน 4, 24, 171, 295

W

ผ้าตัดบริเวณเต้านม 131

ผื่นแพ้ผิวหนัง 16

แผ่นเพดานเทียม 194

W

ฝีที่เต้านม 86, 221

W

ฟรีโบไอดิก 13

พังผืดใต้ลิ้น 183

พัฒนาการ 252

พัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร 159

พัฒนาการทางสติปัญญา 197

พัฒนาการในการกินที่เหมาะสม 257

W

เฟนิลคีโตนูเรีย 214

เฟนิลอะลานีน 215

ก

ภาวะเจ็บห้านมและเต้านม 78

ภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด 69

ภาวะโซเดียมในเลือดสูง 140

ภาวะตัวเหลือง 140, 145

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 146

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 153

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 270

ภาวะปากแห้งและเพดานโหว่ 190

ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ 151

ภาวะโภชนาการของทารก 264

ภาวะโภชนาการของหญิงให้นมบุตร 247

ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย 206

ภาวะลิ่มติด 87, 171, 183

ภาวะเลี้ยงไม่โต 270

ภาวะเลือดเป็นกรด 217

ภาวะโลหิตจาง 251, 253

จากการขาดธาตุเหล็ก 253, 255

ภาวะกลับสนห้านม 103, 296

ภูมิแพ้ 127, 199

U

มะเร็งเต้านม 130, 131, 133
 มะเร็งต่อมไทรอยด์ 133
 มารดาและทารกต้องแยกจากกัน 135
 มารดามีการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ล่าช้า 74
 มารดามีน้ำนมมากเกินไป 107
 ไมเซลล์ 8

Y

ยากกระตุ้นการสร้างน้ำนม 117
 ยากลุ่ม cephalosporin 327
 ยากลุ่ม fluoroquinolone 327
 ยากลุ่ม H₂ antagonist 326
 ยากลุ่ม tetracycline 327
 ยากลุ่มเพนนิซิลิน 327
 ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน 325
 ยาแก้ซึมเศร้า 71
 ยาแก้ปวด 180
 ยาควบคุมอารมณ์ให้คงที่ 71
 ยาคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม 110
 ยาเคมีบำบัด 132
 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ 325
 ยาธาตุเหล็ก 255
 ยาน้ำธาตุเหล็ก 254
 ยาปฏิชีวนะ 327
 ยาพาราเซตามอล 325
 ยาระงับปวด 130
 ยาระงับปวดเฉพาะที่ 130
 ยารักษาโรคจิต 71

ยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร 326
 ยารักษาโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน 326
 ยาลดน้ำมูก 326
 ยาลดอาการคัดจมูก 326
 ยาละลายเสมหะ 326
 ยาสลบ 129

S

ระยะการสร้างน้ำนม
 ระยะที่ 1 3
 ระยะที่ 2 3
 ระยะที่ 3 3
 ระยะเวลาในการให้นม 101
 ระยะสร้างต่อมน้ำนม 3
 ระยะสร้างน้ำนม 3
 รังสีรักษา 132
 รับประทานอาหารแบบมังสวิรัต 250
 เริม 224
 แร่ธาตุ 11
 โรคของต่อมไทรอยด์ 125
 โรคความดันโลหิตสูง 124
 โรคเบาหวาน 125
 โรคพื้นผิวหนังอักเสบ 242
 โรคแพ้โปรตีนนมวัว 253
 โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 214
 โรคภูมิแพ้ 241
 โรคหอบหืด 127
 โรคหัวใจ 126
 โรคหืด 242

โรคอ้วน 16

โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก 64

ล

ล้นติด 178

ลำไส้เน่าอักเสบ 159, 160

ลำไส้อักเสบเน่าตาย 232

แลคติเฟอรัส 2

แลคโตเฟอริน 8

แลคโตส 10, 215

อ

วัณโรค 230

วิตามิน 10

วิตามินเค 34

วิตามินที่ละลายในไขมัน 11

วิตามินที่ละลายในน้ำ 10

วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมน 318

เวย์ 8

ไวรัสตับอักเสบบี 224

ไวรัสตับอักเสบบี 223

ส

ส่วนประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่สารอาหาร 11

สัญญาณเมื่อเริ่มหิว 44

สัญญาณโมโหหิว 45

สัญญาณหิวมาก 45

สัมพันธ์ระหว่างการดูดนมแม่กับนมขวด 285

สาเหตุของน้ำหนักไม่พอ 103

สายสัมพันธ์แม่-ลูก 199

สารที่มีผลต่อการเจริญเติบโต 11

สารที่ส่งเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย 12

สารอาหารรอง 10

สารอาหารหลัก 8

ลำไส้กลม 191

เส้นเอ็นคูเปอร์ 1

ห

ห้วนมบอด 19, 177, 187

ห้วนมนุ่ม 19, 187

ห้วนมแบน 19, 187

ห้วนมสั้น 177, 185, 187

ห้วนน้ำนม 13

หอบหืด 16

เหล็ก 11

อ

ออกซิโตซิน 5, 295

อาหารตามวัย 251, 253, 254, 257

สำหรับทารกสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป 263

อาหารหลัก 5 หมู่ 262

อิมมูโนโกลบูลินเอ 1

อิมมูโนโกลบูลิน 13

อีสุกอีใส 223

อัลบูมิน 8

อัลฟาแลคตัลบูมิน 8

อัลวีโอลัส 2
อูจจาระเหลว อูจจาระบ่อย 239
อุปกรณ์เสริมสำหรับให้นม
 ชนิดทำเอง 288
 ชนิดสำเร็จรูป 288
เอชไอวี 224
โอเมก้า 3 9
แอมโมเนีย 218

แอมโมเนียสูง 214
โอลิโกแซคคาไรด์ 10, 13
ไอโอดีน 249



อีโมโกลบิน 251-253, 255
ไฮโปธาลามัส 112



Index

A

AA 9
acetaminophen 83
adenosine 126
adiponectin 12
alprazolam 71
alveolus 2
amiodarone 126
angiotensin-converting-enzyme inhibitors
(ACEI) 125
ankyloglossia 183
antipsychotic 71
antidepressant 71, 109
antihistamine 127
arachidonic acid 9
aspiration pneumonitis 30
aspirin 127
asthma 16, 242
atopic dermatitis 242
audible swallow 142

B

baby-friendly hospital initiative (BFHI) 64
baby-led weaning 275
benzodiazepine 71
beta blockers 124

Bhutani Normogram 150
bile salt stimulated lipase (BSSL) 13
bilirubin encephalopathy 140
bilirubinometer 146
block feeding 109, 172
blood brain barrier 70
blood group 147
blood transfusion 34
body mass index 311
breast abscess 86, 186, 221
breast cups 21
breast engorgement 87
breast milk culture 88
breast milk jaundice 151
breast non-feeding jaundice 146, 147
breast shells 21
breastfeeding jaundice 186

C

C hold 49
calcitonin 12
calcium channel blockers 124
captopril 125
casein 8
cephalexin 89
cephalhematoma 145

cetirizine 127
chemotherapy 132
chlorpheniramine 127
cleft lip and cleft palate 287
clindamycin 89
clopidogrel 127
clozapine 71
clutch 55
colic 70
colloid 29
colostrums 13
combination of cradle with football 167
commercial SNS 288
Cooper's ligament 1
cradle hold 55
Crigler-Najjar syndrome 146
cross arm hold 55
cross cradle 55
CRP 88
crystalloid 29
cup hold 49
cup-feeding 279
Cushing disease 109
cytokine 12
cytomegalovirus 224, 230

D

dancer hand position 49, 201
dehydration 74
delayed lactogenesis II 74, 96
delayed umbilical cord clamping 33
delusion 70
depressed anterior fontanel 75
dextrose 30

DHA 9
diabetes 16
diazepam 71
diclofenac 325
dicloxacillin 89
difficult airway 30
digoxin 126
diltiazem 124
dimenhydrinate 325
direct Coombs' test 147
disorientation 70
disseminated intravascular coagulation 145
diuretics 124
docosahexaenoic acid 9
domperidone 100, 104, 115, 117, 119, 325
donor breast milk 163
double cradle 167
double football 167
drug-nutrient interaction 249

E

early cues 44
early/immediate umbilical cord clamping 33
eczema 16
emptied breast 162
enalapril 125
epidermal growth factor (EGF) 12
erythromycin 89
erythropoietin (Epo) 12
esophageal reflux 109
extremely low birth weight 136

F

face on straddle position 193

failed lactogenesis II 96
 failure to thrive 270
 fat soluble vitamin 11
 feedback inhibitor of lactation (FIL) 106
 finger feeding 156, 178
 flat nipple 19
 fluoxetine 70
 food allergy 241
 football 55
 forceful letdown 172
 frenotomy 187
 frenulotomy 187, 188
 furosemide 124

G

G6PD deficiency 145
 G6PD enzyme level 147
 galactocele 88
 galactagogue 100, 104, 117
 galactopoiesis 95
 galactosemia 215
 gastric emptying time 28, 29
 gastroesophageal reflux 108
 general anesthesia 129
 gentian violet 80
 gestational diabetes mellitus 74, 125
 ghrelin 12
 glipizide 125
 gluconeogenesis 153
 glucose infusion rate 156
 glycogenolysis 153
 good positioning 48
 granulocyte-colony stimulating factor
 (G-CSF) 12

growth spurts 173

H

hallucination 70
 haptocorrin 13
 hemoculture 88
 heparin 127
 hepatitis B carrier 223
 hepatitis B virus 230
 hepatitis C 224
 hepatitis C virus 230
 herbal galactagogues 104
 herpes simplex 224
 herpes zoster 109
 high-pitched cry 154
 hind milk 163, 210
 Hoffmann's maneuver 20
 homemade SNS 288
 human immunodeficiency virus 230
 human milk bank 229
 human milk fortifier 161, 162, 232
 human milk oligosaccharide (HMO) 10
 human T-lymphotropic virus 230
 hunger cue 44
 hydralazine 124
 hydrochlorothiazide 124
 hypernatremia 140
 hypernatremic dehydration 140
 hypopituitarism 96
 hypothalamic-pituitary adrenal axis 68
 hypothalamic-pituitary disorders 109
 hypothalamus 112
 hypothyroid 74
 hypothyroidism 96, 109, 141

hypoventilation 71

I

ibuprofen 83, 325
Ig A 1
immune mediated hemolysis 145
inborn error of metabolism 155, 214
infant breastfeeding assessment tool (IBFAT)
76
inflammatory breast cancer 88
insulin 125
insulin-like growth factor (IGF-I, IGF-II) 12
interferon (IFN) 12
interleukin 6 (IL-6) 12
interleukin 8 (IL-8) 12
inversion 187
inverted nipple 19
iodine-131 133
iron deficiency anemia 253
irradiation 103
irritability 70
iso-osmotic 30
isotonic solution 29
isovaleric acidemia 217

K

kangaroo care 137
kernicterus 146
koala hold 57

L

lact-aid 178
lactadherin 13
lactation aid 286

lactational amenorrhea method (LAM) 309,
317
lactiferous duct 2
lactoferrin 13
lactogenesis 3
lactogenesis I 95
lactogenesis II 95
lactogenesis III 95
lactagogue 117
lactose 10
lactose intolerance 107
laid-back 57, 60
lanolin 89
LATCH score 51, 76
late cues 45
late umbilical cord clamping 33
latent phase 30
leptin 12
let down reflex 5, 74, 167, 175
lethargy 75
levothyroxine 126
lithium 71
local anesthesia 130
long chain polyunsaturated fatty acids
(LCPUFAs) 9, 248
loratadine 127

M

macronutrients 8
magnesium sulfate 124
major depression 69
mammary cellulitis 86
mammatogenesis 3
maple syrup urine disease 217

mastitis 86, 142, 186, 221
 maternal blues 69
 mature milk 13, 95
 meconium 239
 metformin 125
 methimazole 126
 methyl dopa 124
 methylmalonic acidemia 217
 metoclopramide 100, 117, 120, 325
 metronidazole 327
 micelle 8
 microbilirubin 146
 micronutrients 10
 mid cues 45
 milk blister 93
 milk ejection reflex 5, 110, 113, 176
 milk expression 295
 milk sharing 233
 milk stasis 86
 modified cradle 55
 mono-amine 68
 Montgomery gland 1
 mood stabilizing 71
 morbid obesity 30
 mother-baby assessment (MBA) 76
 mother's own milk 163
 myoepithelial cell 113

N

narcotics 180
 necrotizing enterocolitis 136, 159, 206, 232
 neuronal growth factor 12
 nicardipine 124

nifedipine 124
 night feeding 275
 nipple confusion 103, 137, 236, 285, 296
 nipple puller 21
 nipple shield 111, 210
 non-immune mediated hemolysis 145
 non-nutritional component 11
 nonnutritive sucking 162, 209, 211
 NSAIDs 325
 nursing trio 26
 nystatin 80

O

obesity 16
 oligosaccharide 13
 ondansetron 325
 oral hypoglycemic drugs 155
 organic acidemia 217
 overproduction of milk 172
 oversupply 107
 oxytocin reflex 5

P

pacifier 103
 palatal obturator 194
 parent-led weaning 275
 paroxetine 70
 periareolar incision 103
 peristalsis 176, 177
 phenylketonuria 215
 phototherapy 148, 151
 plasma glucose 155
 plugged duct 87, 92

polycythemia 145, 155
polycystic ovarian syndrome 96, 103
poor let-down reflex 270
postpartum blues 69
prednisolone 127
pregnancy-induced hypertension 103
prenatal counseling 207
progestogen only contraceptives (POCs)
318
prolactin deficiency 96
prolactinoma 109
propionic acidemia 217
propranolol 155
propylthiouracil 126
proton-pump inhibitors (PPIs) 326
pseudoephedrine 97, 110

Q

QT prolongation 104

R

radioactive elements 132
radioactive iodine 126
radiotherapy 132
rebound hypoglycemia 156
relactation 112, 118
relative infant dose (RID) 323
resistin 12
responsive feeding 276
retained placenta 74
retinopathy of prematurity 12
retracted nipple 19
retraction 187

rooting reflex 50

S

scissors hold 49
secretory IgA 8, 13
selective serotonin reuptake inhibitors 70, 109
semi-solid 28
sepsis 146
serratiopeptidase 83
sertraline 70
Sheehan syndrome 96
side-lying 57, 60
Siriraj tongue-tie score 186
skin-to-skin contact 17, 137, 175
somatostatin 12
spoon-feeding 282
Staphylococcus aureus 78, 87
subgaleal hemorrhage 145
suckling pattern 142
sulfonyleurea 125
supplemental nursing system (SNS) 286
syringe puller 22

T

teat 50
test weighing 216
thecalutein cyst 96
theophylline 127
tongue tie 79, 87, 141, 171, 183
total bilirubin 146
transfusion 148, 151
trans fatty acid 248
transforming growth factor- β (TGF- β) 12

transitional milk 13, 95
transitional stool 75, 239
triferdine 313
tuberculosis 230
tumor necrosis factor- α (TNF- α) 12

U

U hold 49
umbilical cord clamping 33
underarm hold 55
unilateral breastfeeding 172
upright 57
urate crystal 141
urea cycle defect 218

V

V hold 49
vagal tone 29
vancomycin 89
vascular endothelial growth factor (VEGF)
12
verapamil 124

W

warfarin 127
water soluble vitamin 10
weak cry 75
weaning 274
whey 8