



## نشریه خبری، علمی و آموزشی

انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران  
سال دوم - شماره هفتم / دی ماه ۱۴۰۰

صاحب امتیاز: انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران  
مدیرمسئول: دکتر سیدعلیرضا مرندی  
سر دبیر: دکتر منصور بهرامی

هیئت تحریریه: ( به ترتیب حروف الفبا)

دکتر سیدابوالفضل افجه، دکتر بهار اله وردی، دکتر منصور بهرامی، دکتر علی اصغر حلیمی اصل، دکتر غلامرضا خاتمی، دکتر کنایون خاتمی، دکتر محمود راوری، دکتر حامد شفق، دکتر احمدرضا فرسار، دکتر خلیل فریور، دکتر فاطمه فرهمند، دکتر سیدحسین فخرایی، دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکتر پانته آنظری، دکتر شهربانو نخعی، دکتر محمدعلی نیلفروشان

جمع آوری مقالات: دکتر مژگان مظلوم، زیبا محمدخانلو

تنظیم و ویرایش: دکتر ناهید عزالدین زنجانی

تایپ: آینده طالبی

صفحه آرایی: پرویز مقدم

آدرس انجمن: تهران، بالاتراز میدان ولیعصر، نرسیده به چهارراه

زرتشت، کوچه دانش کیان، پلاک ۲۴، طبقه همکف


کدپستی ۱۴۵۸۴۵۳۷۱

تلفن: ۰۱-۸۸۹۱۰۱۹۰ و ۸۸۸۹۱۱۶۹

دورنگار (تلفکس): ۸۸۸۹۱۱۷۰

آدرس سایت: [www.shiremadar.com](http://www.shiremadar.com)

آدرس ایمیل: [shiremadar@yahoo.com](mailto:shiremadar@yahoo.com)

 shiremadar

### فهرست مطالب

۲ ..... اخبار انجمن

۳ ..... اخبار مربوط به بانک شیر مادران

۳ ..... بانک شیراهدایی مادران در کشورهای اسلامی

۴ ..... اینجا مهر مادری توزیع می‌شود- روزنامه همشهری

۶ ..... مقالات علمی

۶ ..... تازه‌های شیرمادر در مقالات

• شیرانسان ممکن است جایگزین آنتی‌بیوتیک‌ها در پیشگیری از

۸ ..... عفونت‌های میکروبی نوزادان و بزرگسالان شود

• بررسی جغرافیایی نابرابری‌های تغذیه انحصاری با شیرمادر

۱۰ ..... در کشورهای با درآمد پایین و متوسط سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸

۱۲ ..... استفاده از دمپریدون چه وقت و چه مقدار؟

۱۵ ..... شیردهی و داروهای ضد افسردگی

۱۹ ..... سرطان پستان

# اخبار انجمن



- تهیه آیین نامه اجرایی ایجاد شعبه (شاخه) انجمن در سایر استان ها
- ارسال آیین نامه فوق برای دو نفر از اساتید محترم عضو انجمن جهت ایجاد شعبه در تبریز و شیراز
- پیگیری از مسئولین منطقه شهریار در مورد اقدامات انجام گرفته در زمینه ایجاد شعبه انجمن / تشکیل جلسه داده و هیئت مدیره را انتخاب کرده اند.
- ثبت سامانه ، عناوین سخنرانی ، اسامی سخنرانان ، تنظیم سؤالات و برگزاری دو وبینار آموزشی در تاریخ ۲۲ مهر و ۲۷ آبان ماه ۱۴۰۰
- تنظیم برنامه، اسامی سخنرانان ، عناوین سخنرانی و اجرای پانل اهمیت تغذیه با شیرمادر، در وبینار بین المللی بیماری های کودکان ایران
- تهیه پیش نویس برنامه دو هفته ای آموزش «تربیت مشاور شیردهی» و ثبت سامانه ای برنامه
- اقدام در زمینه برگزاری یک دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای بیمارستان بهمن
- دریافت نتیجه ارزشیابی سال ۹۸ انجمن ها از کمیسیون انجمن های علمی / (این انجمن جزویکی از بهترین انجمن ها بوده است)
- تکمیل فرم ارزشیابی سال ۱۳۹۹ و ثبت آن در سامانه
- ترجمه و تهیه مطالب برای نشریه زمستان
- ارسال سه مقاله برای ماهنامه کودک سالم برای سه ماهه آخر سال و اصلاح چند مقاله ارسالی آن ها
- دریافت مطالب ارسالی سرکار خانم دکتر پانته آنظری در مورد تغذیه مادر در دوران بارداری و شیردهی و تهیه خلاصه ای از مطلب تغذیه دوران شیردهی از کتاب مجموعه آموزشی
- تهیه آگهی نوبت اول و دوم جهت برگزاری مجمع عمومی عادی سالیانه ، اطلاع به کمیسیون انجمن های علمی و درخواست ناظر محترم برای جلسه .
- تنظیم مدارک مالی انجمن جهت طرح در مجمع عمومی عادی سالیانه
- برگزاری جلسه هیئت مدیره به صورت مجازی (۱۴۰۰/۸/۹)
- پیگیری نامه ارسالی جناب آقای دکتر مرندی به وزیر محترم بهداشت در مورد تخلفات شرکت نستله، / دریافت نامه معاونت محترم بهداشتی به شرکت نستله در مورد فوق
- پیگیری از دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس در مورد دستور کار کشوری نحوه فعالیت شرکت های تولید، توزیع (و یا واردکننده شیر مصنوعی و غذای کودک) / برگزاری کمیته سیاست گذاری در حال اقدام است.

# اخبار مربوط به بانک شیرمادران

بن خلیفه" از دانشگاه قطر"، اسلام با مصرف شیرمادر اهدائی در صورتی که اورژانس بوده و راه دیگری برای نجات جان نوزاد نباشد، مخالف نیست". او معتقد است: **مدل عملکرد بانک‌های شیرمادر در کشورهای غربی در کشورهای اسلامی کاربرد ندارد.**

در این مقاله به این نکته اشاره شده که بعضی از متخصصین نگران انتقال مواد ژنتیکی از طریق شیرمادر هستند اما بر اساس مطالعات انجام شده، این امر غیرمحمول و همچنین بر اساس نظر سابق (Jean-Charles Picaud) رئیس بانک شیر لیون فرانسه و ریاست سابق (European Milk Bank Association)، دستگاه گوارش انسان هر نوع ماده محمول را از بین می‌برد **لذا نگرانی از نظر انتقال مواد ژنتیکی از طریق شیرمادر وجود ندارد.**

Mei Chien Chua رئیس بانک شیرمادر بیمارستان KK سنگاپور در روش مشابهی با مکاتبه با Islamic religious council منطقه در مورد استفاده از شیرمادر اهدائی برای نوزادانی که اندیکاسیون طبی دارد، مجوز دریافت کرده است.

دکتر Niran Al-Naqeeb فوق تخصص نوزادان شاغل در بیمارستان لندن کویت که فارغ التحصیل London's Queen Charlotte's and Chelsea Hospital می‌باشد روش دیگری انتخاب کرده است او در بانک شیر خود، شیر اهدا شده یک نفر را تنها برای یک نوزاد (دریافت‌کننده) بکار می‌برد و قبل از بکار بردن شیر اهدائی، امکان دیدار والدین اهدا کننده شیر را با دریافت کننده فراهم می‌کند و در انتهای بستری، به صورت مکتوب اطلاعات آدرس، شماره تلفن، مقدار شیر مصرف شده و... را به دریافت کننده شیر ارائه می‌کند.

**کشور اندونزی پرجمعیت ترین کشور اسلامی جهان امسال اولین بانک شیرمادر** را راه اندازی خواهد کرد و قصد دارد همین منوال اهدا شیر تک به تک را اجرا کند (بر اساس گفته Wiyarni Pambudi از دانشگاه جاکارتا)

در پایان، نویسنده از قول متخصصین بیان می‌کند که اگر چه روش‌هایی مانند کشورهای غربی ممکن است همیشه کاربرد نداشته باشد ولی راه‌های مختلفی هم برای کشورهای اسلامی برای رسیدن به هدف وجود دارد.

## بانک شیر اهدایی مادران در کشورهای اسلامی

فرستنده مقاله: دکتر محمد باقر حسینی  
فوق تخصص نوزادان

مصاحبه یک مجله انگلیسی زبان (UNDARK) با متخصصین و خبره‌های بانک‌های شیرمادر از کشورهای مختلف و کشورهای اسلامی (از جمله از ایران) با عنوان: "In Muslim Countries, a Push for Donor Breast Milk" به تازگی انتشار یافته است. در این مقاله ضمن اشاره به سوابق راه اندازی بانک‌های شیرمادر در کشور ایران که امروزه دارای تعداد بسیار زیادی بانک شیرمادر است و جزو شبکه بانک‌های شیرمادر جهان تلقی می‌گردد (۷۵۰ بانک شیرمادر در ۷۰ کشور جهان) ذکر شده که **ایران تنها کشور اسلامی است که دارای شبکه ای از بانک‌های فعال شیرمادر می‌باشد.**

همچنین به قانون محرمیت (برادر - خواهر رضائی) که به عنوان یک مانع اهدا شیر در کشورهای اسلامی است اشاره شده که ایران با استفاده از حکم علما آن را حل کرده است.

دکتر حسینی نقطه نظرات فقه شیعه در مورد محرمیت ناشی از اهدا شیر را بیان کرده و اضافه می‌نماید ما در ایران برای مناطقی از کشور که در آن اکثریت جمعیت جزو اهل تسنن هستند با علمای آنان صحبت می‌کنیم که این امر بسیار مهمی است. کشورهایی مانند کویت و سنگاپور نیز در این زمینه توفیق‌هایی داشته‌اند. بر اساس گفته دکتر (محمد قالی) استاد بیواتیک از "دانشگاه حامد

### رنج مادران دیگر، رنج من است

فاطمه خسروی ۲ روز از زایمانش می‌گذرد و برای اهدای شیر به بیمارستان اکبرآبادی آمده است. نوزاد خودش به دلیل بیماری در همین بیمارستان بستری است و می‌گوید «وقتی فهمیدم در این بیمارستان بانک شیر هست، داوطلب اهدای شیر شدم. می‌دانم که در همین بخش، نوزادان زیادی بستری هستند که از شیرمادرشان بی‌بهره‌اند. وقتی می‌توانم با اهدای شیر به بهبود هرچه زودتر این نوزادان کمک کنم احساس غرور می‌کنم و حتما این کار را انجام می‌دهم.»

فاطمه زارع، مادر دیگری است که دوقلوهایش به دلیل تولد زود هنگام در ۳۱ هفتگی، در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند. به کمک پرستار مهربان، یکی از نوزادان را از تخت بیرون می‌آورد و شیری را که از بانک شیر به دستش رسیده به نوزاد می‌خوراند. او می‌گوید: وقتی بچه‌ها در این بخش بستری شدند، پرستارها برایم توضیح دادند که می‌توانم علاوه بر شیرخودم، به جای شیر خشک به آنها از شیرمادران دیگر که به بانک شیر اهدا کرده‌اند بدهم. روند تحویل و نگهداری و پاستوریزه کردن شیرها را هم نشانم دادند و من از این پیشنهاد استقبال کردم. بچه‌هایم تا وزن گرفتن مناسب و تکامل ریه‌هایشان باید در اینجا بستری بمانند و حداقل در این مدت خیالم از بابت تغذیه آنها راحت است.

### وزن‌گیری نوزادان نارس

خانم دکتر مریم سابوتنه، متخصص اطفال و رئیس بخش بانک شیر نوزادان بیمارستان شهید اکبرآبادی می‌گوید: طبق پروتکل‌هایی که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده، تغذیه با شیرمادر تأثیر زیادی در روند رشد نوزادان و همچنین کاهش احتمال درگیری آنها با بیماری‌های گوارشی دارد؛ برای مثال نوزادانی که از شیرمادر تغذیه می‌کنند ۷ برابر کمتر از نوزادانی که از شیر خشک تغذیه می‌کنند دچار کولیت می‌شوند، اما نوزادانی هستند که به دلایل مختلف امکان تغذیه با شیرمادر خود را ندارند به خصوص نوزادانی که در بخش مراقبت‌های

## اینجا مهر مادری توزیع می‌شود

### خلاصه‌ای از گزارش روزنامه همشهری از بانک شیرمادران بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران

آنها فقط مادر نوزادان از راه رسیده خود نیستند بلکه مادرانی هستند که نسبت به نوزادان نارس مادران دیگر هم احساس مسئولیت می‌کنند و شیره جانشان را بین فرزند خود و نوزاد دیگری که نه می‌بینندش و نه می‌شناسندش، تقسیم می‌نمایند و می‌خواهند مرهمی باشند روی زخم مادران مضطرب و نگرانی که هر روز از پشت شیشه بخش مراقبت‌های ویژه نظاره‌گر نوزاد خود هستند که یگه و تنها برای رسیدن به خط شروع زندگی، با دنیا می‌جنگند.

حالا هر روز یخچال کوچک زایشگاه پر می‌شود از شیشه‌های شیرمادرانی که یا آمده‌اند بیمارستان و در اتاق کوچک و استریلیزه، شیرشان را می‌دوشند و هدیه می‌کنند یا در خانه شیر اضافی روزانه‌شان را در ظرف‌های مخصوص دوشیده و برای بیمارستان ارسال می‌کنند. ۲ ساله هست که یک اتاق کوچک در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران تبدیل شده به بزرگ‌ترین بانک توزیع مهر و محبت مادری.

یا سایت بانک شیر با ما آشنا می‌شوند و باید شرایط اولیه را داشته باشند و آزمایشاتی را انجام دهند، سپس برای اهدای شیرشان به اینجا مراجعه کنند. اگر به هر دلیلی نتوانند مراجعه کنند، در خانه‌شان پیک اختصاصی می‌فرستیم تا شیر دوشیده شده‌شان را تحویل دهند. شیر برای انجام آزمایش‌های اولیه به آزمایشگاه کوچک بانک شیر می‌رود. «کشت اولیه میکروبیولوژیکی روی شیر دریافتی انجام می‌شود. بعد از مخلوط کردن شیر ۳ تا ۵ مادر با هم و ریختن آن در ظرف مخصوص روند پاستوریزه کردن آغاز می‌شود. بعد دوباره این شیر پاستوریزه شده کشت میکروبی می‌شود و در نهایت شیرامن و سالم برای مصرف نوزادان در فریزر منفی ۱۸ درجه نگهداری می‌شود.» شیرهای موجود در بانک شیر بیمارستان اکبرآبادی اغلب نیاز نوزادان بخش مراقبت‌های ویژه همین بیمارستان را تامین می‌کند. اما در ۲ سال گذشته متقاضیانی خارج از این بیمارستان هم دریافت‌کننده شیر بوده‌اند. خانم سهلانی می‌گوید: هم‌اکنون شیر دریافتی ما به اندازه‌ای نیست که بتوانیم همه تقاضاهای خارج از بیمارستان را پوشش دهیم. **مسئول اجرایی بانک شیر بیمارستان شهید اکبرآبادی، مادرانی را که فرزند زیر یک سال داشته و شیر اضافی هم دارند به اهدای شیر دعوت می‌کند و می‌گوید: «اگر ذخیره بانک شیر ما بیشتر شود، می‌توانیم نوزادان بیشتری را در بیمارستان‌ها و مراکز مختلف تغذیه کنیم. افراد علاقه‌مند می‌توانند از طریق شماره تماس ۰۲۱۵۵۹۸۱۰۹۰ با ما در ارتباط باشند و بعد از هماهنگی‌های لازم، به جمع اهداکنندگان بپیوندند. اتاق کوچک بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران بوی شیر و بوی محبت می‌دهد؛ عطر خوشی که همیشه مادران را خوشحال می‌کند و به نوزادان زندگی می‌بخشد.**

ویژه بستری می‌شوند به همین خاطر بانک شیر نوزادان در بیمارستان شهید اکبرآبادی راه‌اندازی کردیم تا از شیر اضافی مادران دیگر استفاده کنیم. همه ۶۰ تخت مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید اکبرآبادی در اشغال نوزادان نارس است که وزن کمتر از ۲ و نیم کیلوگرم دارند و هنوز ریه‌ها، بینایی و حتی دستگاه گوارش‌شان تکامل نیافته است. خانم دکتر سابوته می‌گوید: «در ۲ سالی که از راه‌اندازی بانک شیر بیمارستان می‌گذرد، این نوزادان از شیرمادران دیگری تغذیه می‌شوند که با ما همکاری می‌کنند. **در این ۲ سال بیش از ۱۷۰۰ نوزاد از شیرهای اهدایی تغذیه کرده‌اند. آقای دکتر مجید کلانی، فوق تخصص نوزادان و مسئول بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان شهید اکبرآبادی می‌گوید: با توجه به اهمیت تغذیه نوزادان با شیرمادر و عوارضی که ممکن است نوزادان با مصرف شیرخشک و سایر شیرها تجربه کنند، اولویت اول برای ما تغذیه این نوزادان با شیرمادر خودشان است. در صورت نبود این امکان، نوزادان می‌توانند از شیر دایه استفاده کنند یا شیری که در ذخیره بانک شیر موجود است. این شیر تأثیر زیادی در تکامل دستگاه گوارش، وزن‌گیری و تقویت سیستم ایمنی آنها دارد. از زمان راه‌اندازی بانک شیر، وضعیت نوزادان نارس از نظر بیماری‌های گوارشی و انتروکولیک نکروران که در بین این نوزادان بسیار شایع است، بهتر شده است.**

### شیر اهدایی چه مسیری را طی می‌کند؟

خانم مزده سهلانی، مسئول اجرایی بانک شیر بیمارستان شهید اکبرآبادی می‌گوید: «مادرانی که برای اهدای شیر اضافی خود داوطلب می‌شوند، معمولاً از طریق مراکز بهداشت



# مقالات علمی

## رفرنس شماره دو: 7- JPediatr 2021;236:21

در مورد میزان تغذیه با شیرمادر در نوزادان به شدت نارس (Extremely Preterm (EPT است که از NICU مرخص می‌شوند. این مطالعه در مدت سه سال از ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ در نوزادان پرترم که کمتر از ۳۳ هفته بودند انجام شد. از ۶۴۰۴ نوزاد مورد مطالعه تعداد ۴۴۵۷ نوزاد یعنی حدود ۷۰٪ آنان شیرمادر خودشان را دریافت کرده بودند و میزان تغذیه با شیرمادر در زمان ترخیص بین ۴۰ تا ۸۷٪ در NICUهای مختلف بوده است.

عوامل مؤثر این موفقیت عبارت بودند از:

• Gestational age: یعنی نوزادانی که سن داخل رحمی آنان بین ۲۹ تا ۳۶ هفته بود شانس بیشتری نسبت به نوزادانی که کمتر از ۲۶ هفته بودند داشتند.

• اول زها

• نوزادان مذکر

• شروع تغذیه با شیرمادر در سه روز اول

مطالعه نشان داد که دو سوم نوزادان خیلی نارس در زمان ترخیص هم، شیرمادر خود را دریافت می‌کردند.

**نتیجه مطالعه: اگر مادر حمایت شود که در سه روز اول به نوزاد خیلی نارس خود شیر بدهد شانس موفقیت در شیردهی در زمان ترخیص در این گروه نوزادان افزایش می‌یابد.**

## رفرنس شماره سه: Clin Perinatal 48 (2021) 359-378

یک بحث اجمالی در مورد نقش شیرمادر و بیماری‌های عفونی دارد و ذکر می‌کند که شیرمادر هم خاصیت ایمنی‌زایی دارد و هم اثر حفاظتی در برابر بیماری‌های دوران شیرخواری و تغذیه

## تازه‌های شیرمادر در مقالات

دکتر سید ابوالفضل افجه، فوق تخصص نوزادان

و بینار ۲۰ مهرماه ۱۴۰۰

رفرنس شماره یک: pediatrics volume 148, no3, sept 2021

این مقاله در مورد تغذیه با شیرمادر و ریسک سپسیس دیررس نوزادان در اثر گروه B استرپتوکوک است.

### Late Onset Group B Streptococcal (LOGBS)

این میکروارگانیسم، هم سبب سپسیس زودرس و هم سپسیس دیررس در نوزادان می‌شود. در ۳/۵٪ مادرانی که آلوده به این میکروارگانیسم هستند در شیرشان هم وجود دارد. سپسیس دیررس موقعی است که نوزاد بعد از روز هفتم دچار عفونت شود. مطالعه انجام شده در استرالیا از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷ در چهار بیمارستان نشان داد که تغذیه با شیرمادر ریسک LOGBS را زیاد نمی‌کند و لازم نیست که شیرمادر را برای GBS مورد آزمایش قرار داد.

هزینه‌های مرتبط با عواملی که سبب مرگ نوزاد می‌شود صرفه‌جویی کنیم. در این مطالعه میزان تغذیه با شیرمادر و تغذیه انحصاری با شیرمادر تا شش ماهگی از ۴۰٪ به ۶۰٪ رسیده بود. در این مطالعه طی سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۱۹ تعداد ۱۰۰ مادر انتخاب شده بودند که به ۵۰ نفر آنان در هفته ۳۰ حاملگی، به عنوان هدیه و تشویق به شیردهی یک کریر (Infant Carrier) داده بودند.

#### رفرنس شماره شش : Journal of perinatology, 19 May. 2021

مطالعه در مورد نوزادان پرترم SGA است که اگر شیرمادر بخورند NEC در آن‌ها کمتر و رشد بهتری دارند. این مطالعه اولین بار در مورد نقش شیرمادر و رشد فیزیکی و تکامل شناختی شیرخوار بوده. مطالعه از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴ و در مورد ۲۲۸۸ مادر و نوزاد انجام شده و بررسی‌های انجام شده در سه سالگی آنان نشان داده که همسو با پیام WHO (توصیه به تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول و بعد از شش ماهگی تغذیه کمکی همراه با شیرمادر تا دو سالگی) با افزایش میزان قد برای سن و کاهش کوتاهی قد همراه بوده و این اولین مطالعه‌ای است که ارتباط بین شیرمادر و Early Child Development (ECD) را مطرح می‌کند.

#### رفرنس شماره هفت:

#### International breastfeeding Journal, (2021) 16:5

بحث آلرژی در دنیای امروز بسیار مهم است. بیماری‌های Allergy-Related یا (ARC) در کشورهای توسعه یافته حدود ۱۵ تا ۳۴٪ بیشتر است. در این مطالعه ۶۸۰۲ شیرخوار مورد مطالعه قرار گرفتند و بین ۲ تا ۶ سالگی پیگیری شدند. زمان تغذیه با شیرمادر ۱۱ ماه بود و ۵۶۹۵ شیرخوار حداقل شش ماه شیرمادر خورده بودند. مطالعه نشان داد هرچه طول مدت شیرخوردن بیشتر باشد ریسک Wheezing و بیماری‌هایی که منجر به ARC می‌شود تا زمان رفتن به مدرسه (۶ سالگی) کاهش می‌یابد.

ایده آل برای نوزادان و شیرخواران است و تنها در موارد بسیار نادر که مادر مبتلا به بیماری باشد از جمله HTLV1، HIV و HTLV2، تب مالت درمان نشده، تب‌های خونریزی دهنده، شقاق خونریزی دهنده نیپل به علت هیپاتیت B و ماستیت سلی، شیردهی توصیه نمی‌شود.

همچنین در این مقاله به فواید شیرمادر اشاره شده که در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند سرماخوردگی ۶۰ تا ۷۰٪، شانس مرگ ناگهانی ۵۰٪، بیماری کرون ۳۰٪، عفونت گوش میانی ۲۵ تا ۵۰٪، دیابت ۱ و ۲ حدود ۳۰٪، سلولیک ۵۰٪ و چاقی حدود ۱۵ تا ۳۰٪ کمتر است.

#### رفرنس شماره چهار: Nature Human behaviour, 2021

در این مقاله آمده است که در کشورهای با درآمد کم یا متوسط (LMIC) میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر به هدفی که تعیین شده است نمی‌رسند. WHO بحث Global Nutrition Target را مطرح می‌کند و امیدوار است که تغذیه انحصاری با شیرمادر را تا سال ۲۰۲۵ به ۵۰٪ و تا سال ۲۰۳۰ به ۷۰٪ برسد. این مطالعه نشان می‌دهد که پیش‌بینی می‌شود فقط سه کشور از شش کشوری که قول داده‌اند به هدف برسند، به این موفقیت دست پیدا می‌کنند. به نظر می‌رسد علت کاهش تغذیه با شیرمادر در کشورهای (LMIC) مجموعه‌ای از عوامل فرهنگی، اجتماعی، شخصی و در نهایت سیستم بهداشتی باشد به ویژه بر تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول زندگی عوامل دیگر از جمله شاغل بودن مادر یا تحصیلات بالاتر همچنین دسترسی به مواد غذایی و یا این تفکر غلط که فرمولا بهتر از شیرمادر است می‌تواند تأثیرگذار باشند. تحقیقات نشان می‌دهد که در اندونزی و یا ویتنام ۱۳/۸ تا ۴۷٪ میانگین درآمد ماهیانه یک کارگر صرف هزینه شیرمصنوعی می‌شود.

#### رفرنس شماره پنج: Pediatrics Volume 148, NO1, July 2021

نتیجه یک تحقیق که در مجله Pediatric چاپ شده می‌گوید اگر بتوانیم EBF را در آمریکا اجرا کنیم می‌توانیم حدود سه میلیارد دلار در هزینه‌های پزشکی و ۱۴/۲ میلیارد دلار در

جلوگیری کنند. آنان می‌گویند که در آینده الیگوساکاریدها می‌توانند جایگزین آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان عفونت‌های دوران شیرخواری و بزرگسالی شوند.

ربکا مور Rebeca Moore، دانشجوی فارغ التحصیل از آزمایشگاه دکتر استیون تاونسند Steven Townsend از دانشگاه وندربیلت و دکتر جنیفر گادی (PhD) در مرکز پزشکی دانشگاه وندربیلت (Wendebilt) آمریکا اظهار کرد: نتایج تحقیقات پیشین ما، در آزمایشگاه نشان داد که مخلوطی از الیگوساکاریدهای شیرانسانی جدا شده از شیر چندین مادر اهداکننده، دارای مواد ضد میکروبی (Antimicrobial) و ضد بیوفیلمی (Antibiofilm) علیه استرپتوکوک گروه B بودند. هدف ما خروج از مطالعات آزمایشگاهی و درک این مورد بود که آیا الیگوساکاریدهای شیر انسان می‌توانند از عفونت سلول‌ها و بافت‌های یک زن باردار جلوگیری کنند یا خیر؟

طبق اعلام مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده آمریکا، سالانه حدود ۲۰۰۰ نوزاد در آمریکا به استرپتوکوک گروه B مبتلا می‌شوند که ۴ تا ۶ درصد از آنان بر اثر این باکتری از بین می‌روند. باکتری‌ها اغلب در هنگام زایمان و وضع حمل از مادر به نوزاد منتقل می‌شوند. به مادر بارداری که استرپتوکوک گروه B او مثبت است، به طور معمول در طول زایمان آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی تجویز می‌شود تا از عفونت‌های زودرس که در هفته اول زندگی نوزاد رخ می‌دهد، جلوگیری شود.

**جالب است میزان عفونت‌های دیررس که از یک هفته تا سه ماه پس از تولد اتفاق می‌افتد در نوزادانی که از شیر خشک تغذیه می‌کنند بیشتر از نوزادانی است که با شیرمادر تغذیه می‌شوند که نشان**

## شیرانسان ممکن است جایگزین آنتی‌بیوتیک‌ها در پیشگیری از عفونت‌های میکروبی نوزادان و بزرگسالان شود

فرستنده مقاله: دکتر عباس حبیب الهی  
فوق تخصص نوزادان

ref: Medical News, Aug ۲۰۲۱

اولیگوساکاریدهای شیرانسان ممکن است به درمان یا جلوگیری از عفونت‌های باکتریایی در نوزادان و بزرگسالان کمک کند. باکتری‌های شناخته شده گروه B استرپتوکوک (GBS)، عامل شایع عفونت‌های خونی، مننژیت و مرده‌زایی در نوزادان است. اگرچه عفونت‌های GBS اغلب با آنتی‌بیوتیک‌ها قابل درمان یا پیشگیری هستند اما باکتری‌ها به طور فزاینده‌ای در برابر درمان‌ها مقاوم می‌شوند. محققان کشف کرده‌اند، الیگوساکاریدهای شیرانسانی (HMOs)، رشته‌های کوتاه مولکول‌های قند موجود در شیرمادر، می‌توانند از عفونت GBS در سلول‌ها و بافت‌های انسان و موش،



ما به این نتیجه رسیدیم که استرپتوکوک گروه B اسیدلاکتیک تولید می‌کند که مانع رشد گونه‌های مفید می‌شود و وقتی ما اولیگوساکارید اضافه می‌کنیم، گونه‌های مفید می‌توانند از آن به عنوان یک منبع غذایی خوب برای غلبه بر این سرکوب استفاده کنند.

جای شگفتی است که در آغاز، الیگوساکاریدهای شیرانسان که در سیستم آزمایش شدند این تأثیر را نداشتند اما تاوانسند می‌گویند احتمال دارد از بیش از ۲۰۰ قند منحصر به فرد در شیرمادر یک یا چند تای آن‌ها در آزمایش میکروبیوم مصنوعی مؤثر باشند به همین دلیل این گروه تحقیقاتی قصد دارد این موضوع را کشف کند.

**محققان می‌گویند: دلیل این که الیگوساکاریدهای شیرانسان می‌توانند عفونت استرپتوکوک گروه B را درمان کرده و یا از آن پیشگیری کنند به دو طریق است: یکی ممانعت از چسبیدن عوامل بیماری‌زا به سطوح بافتی و تشکیل یک بیوفیلم و دوم با حمایت از رشد باکتری‌های خوب به عنوان یک پروبیوتیک.**

تاوانسند می‌گویند: الیگوساکاریدهای شیرانسان از همان زمان که انسان به وجود آمده وجود داشته است اما باکتری‌ها با آن‌ها روبرو نشده بودند. شاید به این دلیل که گرچه به مقدار زیاد در شیرانسان وجود دارند ولی در طی تکامل شیرخوار مدام، در حال تغییر هستند لذا اگر بیشتر به نحوه عملکرد آن‌ها پی ببریم ممکن است بتوانیم انواع مختلف عفونت‌ها را با مخلوطی از الیگوساکاریدهای شیرانسان درمان کنیم و **شاید روزی این الیگوساکاریدها همان طور که در مورد شیرخواران جایگزین آنتی‌بیوتیک‌ها می‌شود در بزرگسالان نیز جایگزین شود.**

می‌دهد عوامل موجود در شیرمادر می‌توانند در برابر استرپتوکوک گروه B محافظت ایجاد کنند. در این صورت شاید اولیگوساکاریدها بتوانند جایگزین آنتی‌بیوتیک‌هایی شوند که علاوه بر حفظ باکتری‌های مفید، اثر کمتری در افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیکی نیز داشته باشند. محققان اثر الیگوساکاریدهای شیر چندین مادر را بر عفونت استرپتوکوک گروه B سلول‌های ایمنی جفت (موسوم به ماکروفاژها) و غشای کیسه ای که جنین را احاطه کرده است مورد مطالعه قرار دادند.

مور می‌گوید: ما، پی بردیم که الیگوساکاریدهای شیرانسان قادر بودند باکتری را هم در ماکروفاژها و هم در غشا به طور کامل مهارکنند بنابراین، این بار در مورد موش‌ها بررسی را انجام دادیم که آیا الیگوساکاریدهای شیرانسان می‌توانند از گسترش عفونت استرپتوکوک گروه B در دستگاه تناسلی موش‌های باردار جلوگیری کنند و در پنج قسمت مختلف دستگاه تناسلی، شاهد کاهش قابل توجه عفونت استرپتوکوک گروه B با درمان الیگوساکاریدهای شیرانسان بودیم.

برای کشف این که کدام اولیگوساکاریدهای شیرانسان و سایر الیگوساکاریدها دارای این چنین اثرات ضد میکروبی هستند و چگونه؟ محققان یک میکروبیوم مصنوعی دوگانه با استرپتوکوک گروه B و گونه‌های مفید استرپتوکوکوس سالیواریوس که در یک بشقاب کشت بافت، رشد می‌کنند، ایجاد کردند که توسط یک غشای نیمه تراوا از هم جدا شده بود. سپس، محققان الیگوساکاریدهایی را که به طور معمول به شیرخشک نوزادان اضافه می‌شود و به نام گالاتو الیگوساکاریدها (GOS) است و از گیاهان گرفته می‌شود به آن اضافه کردند. در نبود قند، استرپتوکوک گروه B رشد باکتری‌های خوب را سرکوب کرد اما (GOS) به رشد این گونه مفید کمک کرد.

قرار بود ۶ کشور از این کشورها به هدف تغذیه جهانی WHO: که EBF به میزان بیش از ۷۰٪ است دست یابند که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، تنها سه کشور از کل سطح منطقه به این هدف برسند.

تغذیه انحصاری با شیرمادر عبارتست از تغذیه شیرخواران فقط از شیرپستان مادر در شش ماه اول زندگی (همراه با ارائه داروها، ویتامین‌ها و محلول مایع درمانی خوراکی (ORS) در مواقع لزوم) که سبب پیشگیری از مرگ کودکان به دنبال اسهال، ذات‌الریه و سایر علل منجر به فوت می‌شود.

شیر انسان به خاطر دارا بودن خواص تغذیه‌ای، عوامل طبیعی محرک رشد و خاصیت ایمنی بخشی که در مجموع به رشد، تکامل و بقای شیرخوار کمک می‌کند، نه تنها یک عامل تغذیه‌ای بلکه به عنوان یک "داروی اختصاصی" برای هر شیرخوار شناخته می‌شود. علاوه بر این، مزایای بلند مدت تغذیه با شیرمادر شامل کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی و افزایش منافع سرمایه انسانی در سنین بزرگسالی بر کسی پوشیده نیست. ارائه غذای کمکی و آب در طی شش ماه اول زندگی، به ویژه در صورت عدم امکان دسترسی به آب سالم، شیرخواران را در معرض طیف وسیعی از عفونت‌های ناشی از انواع عوامل بیماری‌زا قرار می‌دهد.

سازمان جهانی بهداشت همگام با شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول پس از تولد و تداوم تغذیه با شیرمادر تا دوسالگی، تغذیه انحصاری با شیرمادر را یک اقدام اساسی در امر تغذیه با شیرمادر در نظر می‌گیرد و آن را به عنوان یک مداخله محافظتی مورد تأیید در "برنامه عملیاتی جهانی برای پنومونی و اسهال (Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhea) (GAPD) and Diarrhea) برمی‌شمارد. با وجود مزایای ذکر شده، میزان کودکانی که انحصاراً با شیرمادر تغذیه شده‌اند در کشورهای با درآمد بسیار پایین تا متوسط، همچنان پایین است و این در حالی است که بیشتر تعداد مرگ کودکان به تغذیه با شیرمادر به میزان پایین تر از حد انتظار نسبت داده می‌شود. برای دستیابی موفقیت آمیز به هدف تغذیه جهانی سازمان بهداشت جهانی (میزان حداقل ۵۰٪ تغذیه انحصاری با شیرمادر تا سال ۲۰۲۵ و تا سال ۲۰۳۰، می‌بایست به اقدامات لازم در این زمینه سرعت بیشتری بخشید.

## بررسی جغرافیایی نابرابری‌های تغذیه انحصاری با شیرمادر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸

ترجمه: دکتر مژگان مظلوم - پزشک عمومی  
مربی ارشد کشوری شیرمادر و مشاور شیردهی انجمن علمی  
ترویج تغذیه با شیرمادر ایران

ref: Nature Human Behaviour 2021

### مقدمه:

تغذیه انحصاری با شیرمادر یعنی تغذیه شیرخواران فقط با شیرمادر در شش ماه اول زندگی (EBF) که یکی از اقدامات اساسی در دستیابی به تغذیه مطلوب شیرخواران با شیرمادر بوده و در پیشگیری از ابتلا به بیماری و مرگ کودکان مؤثر است. این اقدامات در جوامع مختلف، متفاوت بوده و ضرورت دارد برآوردهای شیوع و میزان پیشرفت (Global Burden of Disease) (GBF) در کشورهای با درآمد پایین و متوسط جهت برنامه ریزی خط مشی‌ها و مداخلات لازم، انجام شود. در این مطالعه، یک تحلیل جغرافیایی در زمینه میزان EBF از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ در ۹۴ کشور با درآمد پایین و متوسط که نیاز به مداخله و سیاست‌گذاری داشتند صورت گرفت که با "هدف تغذیه جهانی" سازمان جهانی بهداشت (WHO GNT): که میزان  $EBF > 70\%$  تا سال ۲۰۳۰ باشد بسیار متفاوت بود. بر اساس برنامه ریزی‌های انجام شده و طبق معیارهای کشوری،

در ۹۴ کشور مورد مطالعه، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ تعداد مطلق کودکانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر نداشتند ۴/۸٪ کاهش داشت. مقایسه تغییرات میزان و تعداد کودکانی که در دو دهه اخیر تغذیه انحصاری با شیرمادر نداشته‌اند نشان می‌دهد با وجود برخی افزایش‌های چشمگیر در میزان EBF در آسیا و اقیانوسیه، هنوز بخشی عمده‌ای از تعداد کل شیرخوارانی که از مزایای EBF بهره نمی‌برند مربوط به همین کشورها هستند.

### بحث:

وضعیت تغذیه انحصاری با شیرمادر (EBF) در مناطق، کشورها و جمعیت‌های مختلف، متفاوت است زیرا نقشه‌ها و مجموعه داده‌های در دسترس، محدود به کشورهای منتخب و یا سال‌های تعیین شده است و اجازه مقایسه بین کشورها را در هر سال یا با کشورهای در مقیاس‌های جغرافیایی دقیق‌تر نمی‌دهند.

با وجودی که اقدام تغذیه انحصاری با شیرمادر یک مداخله مفید از نظر اقتصادی به حساب می‌آید اما امری رایگان نیست و نیازمند صرف زمان و انرژی بیشتری توسط مادران، حمایت شبکه‌های گسترده‌تر شامل خانواده آن‌ها، جوامع، محیط‌های کار، سیستم‌های بهداشتی و مدیران دولتی است. **بازاریابی جانشین‌شونده‌های شیرمادر، حمایت ناکافی (Inadequate) از مادر در محیط‌های کار، دریافت ناکافی یا دیرهنگام مادران از مراقبت‌های دوران بارداری، کمبود حمایت‌های شیردهی مؤثر و نبود امکان مشاوره تغذیه با شیرمادر در مراکز بهداشتی همچنین باورهای جامعه مبنی بر تمایل به تغذیه ترکیبی یا مصنوعی شیرخواران، همگی از عواملی هستند که منجر به کاهش آمار تغذیه انحصاری با شیرمادر می‌شوند.**

تغذیه انحصاری با شیرمادر می‌تواند تأثیر متفاوت به دنیامدن در خانواده فقیر یا ثروتمند بر سلامتی کودک را از بین ببرد. به عبارتی دیگر تغذیه انحصاری با شیرمادر در چندماه اول زندگی شیرخوار متولد شده در فقر، سلامتی او را تأمین کرده و شروع زندگی عادلانه‌تری به او تقدیم می‌کند و این بی‌عدالتی را که از زمان تولد در حق او شده است جبران می‌نماید.

در این مطالعه، اطلاعات حاصل از ۳۴۹ مصاحبه و نظرسنجی از خانواده‌ها از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸ در مورد ۳۰۲،۴۳۵ شیرخوار زیر شش ماه در مناطق مشخص جمع‌آوری شد تا بر اساس آن برآوردهای سالانه نسبت و تعداد قطعی شیرخوارانی که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، در ۹۴ کشور با درآمد پایین و متوسط، انحصاراً با شیرمادر تغذیه شده‌اند به دست آید.

در این مطالعه تعداد شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر نداشتند نیز به منظور تصمیم‌گیری و سیاستگذاری جهت انجام مداخلات لازم در سطوح اول و دوم مدیریتی هر کشور، جمع‌آوری شد. مقایسه مناطق "با شیوع پایین تغذیه انحصاری با شیرمادر" با "میزان بالای بیماری و پوشش پایین مداخلات کاهش دهنده آن" نیز بخش دیگری از این مطالعه بود.

### نتایج:

میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در بین کشورهای با درآمد پایین و متوسط حتی در مناطق مختلف این کشورها، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ بسیار متغیر بود (در سال ۲۰۱۸، میزان EBF در بین این کشورها تا ۳۹/۲ برابر متفاوت بود) اما در طول دوره مطالعه، یک افزایش کلی در متوسط میزان EBF در این کشورها اتفاق افتاد. در سال ۲۰۰۰، ۵۷٪ کشور با درآمد پایین و متوسط، برآورد کمتر از ۳۰٪ میزان متوسط EBF در حداقل نیمی از سطح اول مدیریت خود داشتند. در سال ۲۰۱۸، این میزان در ۸ کشور از این کشورها افزایش یافت و با حداقل ۴۵٪ تغذیه انحصاری با شیرمادر به میزان متوسط مورد نظر "WHO GNT (Original): EBF ۵۰٪" نزدیک شد. به طور کلی در ۳۴ کشور با درآمد پایین و متوسط، حداقل یک استان با دستاورد مشابه به میزان EBF از ۳۰٪ به بیش از ۴۵٪ ارتقاء یافت.

به منظور شناسایی برخی استان‌های نیازمند کمک در بین کشورهای با درآمد پایین و متوسط، پایین‌ترین دهک میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در این مطالعه را با بالاترین دهک سطوح کوتاهی قد (Stunting)، اسهال دوران کودکی و مرگ و میر زیر پنج سال همچنین با پایین‌ترین دهک دسترسی به ORS و آب لوله‌کشی مقایسه نمودیم. نتیجه: چندین استان که پایین‌ترین سطح تغذیه انحصاری با شیرمادر را داشتند، بالاترین سطح مرگ و میر زیر پنج سال، کوتاهی قد و اسهال همچنین پایین‌ترین سطوح دسترسی به ORS و آب لوله‌کشی را دارا بودند.

می‌شود بدیهی است که اگر جریان شیر خوب باشد، شیرخوار زمان کمتری زیر پستان خواهد بود و رضایت بیشتری هم خواهد داشت.

مورد سوم زمانی است که مادر احساس کند **شیرش کم شده**. کاهش شیر همیشه به معنای "شیرناکافی" نیست و معمولاً مادرانی از این بابت شاکی هستند که از اول شیر فراوانی تولید کرده‌اند و حالا که هم‌زمان با نیاز شیرخوار تولید شیر هم کمتر می‌شود از کاهش جریان شیر ناراضی هستند.

اتفاق فوق‌گرفته همیشه نیست ولی ممکن است در **لجام کوتاه زیرباز** هم اتفاق بیفتد، در این موارد به علت خوب نگرفتن پستان، جریان شیر کم شده و شیرخوار از گرفتن پستان امتناع می‌کند لذا ما ترجیح می‌دهیم که اول، هم تولید و هم جریان شیر را برای یک هفته یا بیشتر افزایش دهیم. سپس نسبت به ترمیم لجام کوتاه تصمیم‌گیری کنیم.

**سایر علل تجویز دمپریدون** عبارتست از تولید شیر با تاخیر همچنین شروع کنتراسپتیوها از جمله IUDهایی که پروژستین آزاد می‌کنند.

#### طرز کار دمپریدون

دمپریدون با مسدود کردن ترشح دوپامین از غده هیپوفیز سبب افزایش ترشح پرولاکتین از این غده می‌شود (دوپامین آزاد شدن پرولاکتین را مهار می‌کند). عمل دوپامین محیطی و خارج از مغز است.

بر اساس گزارش توماس هیل THOMAS HALE نویسنده کتاب **"دارو و شیرمادر"** به آژانس پزشکی اروپا، دمپریدون طبق ساختار خاص خود نفوذ بسیار کمی در جریان خون مغز دارد و نسبت محیطی / مرکزی برای دمپریدون تقریباً ۱ به ۳۰۰ است در مقایسه با متوکلوپرامید (داروی مشابه آن) که ۱ به ۴۵ است و در عمل به این معنی است که **احتمال عوارض جانبی سیستم**

## استفاده از دمپریدون Domperidon چه وقت و چه مقدار؟

نویسنده: دکتر جک نیومن MD.FRCPE

ترجمه: دکتر ناهید عزالدین زنجانی، متخصص کودکان

گرچه دمپریدون می‌تواند در تولید شیر و افزایش جریان شیرمادر بسیار مؤثر باشد اما اگر همه مادران از آغاز، شیردادن را در بهترین پوزیشن ممکن شیردهی شروع کنند و از حمایت‌های لازم نیز برخوردار باشند بسیاری از آنان به دمپریدون نیاز نخواهند داشت.

ما در کلینیک خودمان از دمپریدون، به دلایل مختلف استفاده می‌کنیم.

مورد اول، وقتی است که مادر شیرکافی و مورد نیاز شیرخوار را تولید می‌کند ولی شیرخوار به اندازه کافی شیر را دریافت نمی‌کند لذا ما برای افزایش **جریان شیر**، دمپریدون را تجویز می‌کنیم.

مورد دوم، **درد نوک پستان مادر** به علت مکیدن زیاد شیرخوار ناشی از جریان کم شیر است که شیرخوار خسته شده و زیر پستان به خواب می‌رود و اغلب اوقات پستان را می‌کشد و سبب درد

بهداشت کانادا قبلاً در مورد احتمال برخی عوارض شدید در اثر مصرف قرص دمپریدون هشدا رداده بود که بر پایه درستی هم نبوده و من فکر می‌کنم بیش از حد اغراق شده در حالی که قرص‌های پیشگیری از بارداری و یا استامینوفن عوارض بیشتری دارند ولی در مورد آن‌ها چشم پوشی می‌شود مثلاً چندین مرگ مادر در اثر استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری، در اروپا به اثبات رسیده است و در کانادا هم دو مرگ در طی ۸ سال توسط بهداشت کانادا گزارش شده و همه توافق دارند که قرص‌های پیشگیری از بارداری خطر بیشتری دارند با این حال توسط بسیاری از پزشکان و مراقبین سلامت توصیه می‌شوند، همچنین متوکلوپرامید که در امریکا بیشتر از دمپریدون برای افزایش تولید شیر مصرف می‌شود همراه با اختلال موقت عملکرد عصبی است و علیرغم هشدار خطرات ناشی از آن، هنوز هم توصیه می‌شود و یا استامینوفن که معمولاً در درمان تب، درد و بی‌قراری شیرخواران مصرف می‌شود و مدارک زیادی نشان می‌دهند که مصرف بیش از حد (Overdose) آن سبب نارسایی حاد کبد و ارجاع ۷۸۰۰۰ آمریکایی به بخش اورژانس و ۳۳۰۰۰ نفر بستری در سال می‌شود.

من شخصاً هزاران مادر را با دمپریدون با دوزهای بسیار بالاتر از دوزهای پیشنهادی بهداشت کانادا و سایر پزشکان، درمان کرده‌ام و مادران بسیار اندکی عارضه جانبی داشتند که فقط چند روزی طول کشیده بود. برخی مادران می‌گویند پزشک آنان دمپریدون را برایشان مجاز نمی‌داند چون در دوران کودکی یک مشکل قلبی داشته‌اند و یا پدر بزرگشان دچار یک حمله قلبی شده یا وقتی شیرخوار بوده‌اند حفره‌ای در قلب داشته‌اند و یا اغلب تپش قلب دارند. **تنها دلیلی که باید مورد توجه باشد یک QT اینتروال طولانی در الکتروکاردیوگرام مادر است که گرچه بسیار غیرمعمول است ولی در گروه مادران در سنین باروری نادر نیست.**

**با همه این تفصیل، اگر یک تپش قلب غیرقابل توصیف و یا یک سابقه مشخص فامیلی و یا یک سابقه فامیلی ایست غیرمنتظره قلبی وجود داشته باشد قبل از این که دمپریدون را توصیه کنید یک EKG بگیرید و حتماً به طولانی بودن فاصله QT توجه نمایید.**

#### دوز دمپریدون

ما، با دوز ۳۰ میلی‌گرم در روز شروع می‌کنیم (۳ قرص در سه

عصبی مرکزی آن در شخص استفاده کننده، بسیار پایین است به عبارت دیگر دمپریدون با افزایش ترشح پرولاکتین از هیپوفیز، هم تولید شیر و همچنین جریان شیر را افزایش می‌دهد.

#### دمپریدون برای همه قابل استفاده است؟

در همه شرایط، هیچ دارویی برای همه یکسان عمل نمی‌کند چه دارو برای درمان پرفشاری خون باشد یا آنتی‌بیوتیک برای درمان پنومونی یا هر چیز دیگر برای هر مشکلی. دمپریدون هم مانند همه داروهای دیگر است.

یک مشکل بزرگ که در عملکرد دمپریدون مداخله می‌کند استفاده از بطری برای مکمل‌رسانی شیر به شیرخوار است که تأثیر دمپریدون را کاهش می‌دهد (به علت طرز گرفتن آن). پستان گرفتن درست و استفاده از فشردن پستان برای بهتر نتیجه گرفتن کمک‌کننده است. به کارگرفتن SNS (شیررسان) به جای هر نوع مکمل‌رسان خارج از پستان (بطری، فنان، فینگر فیدینگ و نیپل شیلد) هم می‌تواند سبب کارکرد بهتر دمپریدون شود. به عبارت دیگر دمپریدون یک ترکیب جادویی نیست و فقط بخشی از رویکردی است که می‌تواند دریافت شیر را برای شیرخوار افزایش دهد.

#### آیا دمپریدون بی‌خطر (safe) است؟

گرچه دمپریدون یکی از بی‌خطرترین داروهاست ولی این حقیقت را نیز باید پذیرفت که هیچ دارویی بدون عوارض جانبی نیست و دمپریدون هم یکی از آن‌هاست. "توماس هیل" می‌گوید دمپریدون حداقل بیش از یک میلیارد دوز به تنهایی در اروپا و بیشتر نقاط جهان برای میلیون‌ها بیمار، مصرف شده لذا در عالی‌ترین درجه ایمنی است و خیلی خوب تحمل می‌شود. مطالعه جدیدی که از گزارش پزشکی ۱۰۰۰ مادر و شیرخوارشان در کلینیک ما انجام شده عوارض بسیار ناچیزی را نشان داده است. بیشترین عارضه (در ۱۰٪ مادران) یک سردرد متوسط گذرا بوده همچنین حدود ۱۰٪ مادران نیز افزایش وزن داشته‌اند، همین مطالعه گزارش می‌کند که استفاده از دمپریدون تولید شیرمادر را تا ۲۸٪ افزایش می‌دهد. گرچه مطمئن نیستم که این رقم چگونه بدست آمده ولی فکر می‌کنم رقم قابل قبولی در مقایسه با سایر گفته‌ها باشد که می‌گویند دمپریدون اثر ناچیزی در تولید شیر دارد. شاید این گفته، مربوط به کسانی باشد که در کلینیک کار نمی‌کنند و عملاً با مادر و شیرخوار سروکار ندارند.



Attachment خوب شیر بیشتری از پستان نسبت به پمپ، تخلیه می‌شود.

### نحوه قطع دمپریدون

معمولاً توصیه می‌کنیم یک قرص در روز، در یک روز معین و به مدت یک هفته قطع شود. به عنوان مثال اگر مادری ۱۲ قرص در روز مصرف می‌کند ۱۱ قرص در هفته بعد، سپس ۱۰ قرص در هفته بعدی و همین طور ادامه بدهد. دلیل این قطع تدریجی گزارشاتی است که نشان می‌دهد قطع ناگهانی دمپریدون بعد از این که مادر چندین ماه از آن استفاده کرده ممکن است سبب اضطراب، بی‌خوابی و دپرسیون مادر شود. اگر دمپریدون تدریجی قطع شود این مشکلات پیش نمی‌آید.

### اثر این دارو بر شیرخوار

مانند همه داروها، مقداری از دمپریدون وارد شیرمادر می‌شود و بعید است که مشکلی برای شیرخوار ایجاد کند اگر مادر روزانه ۸۰ میلی گرم دمپریدون دریافت کند مقدار دریافتی شیرخوار از شیرمادر ۰/۰۰۷ میکروگرم است که دوز بسیار اندکی است. به علاوه دمپریدون در حقیقت از معده و روده جذب نمی‌شود و فقط ۱۵٪ دوز خورده شده جذب می‌شود لذا عوارض جانبی و یا آسیب به شیرخوار بسیار کم و حتی صفر است.

نوبت، چون دمپریدون ۱۰ میلی گرمی در دسترس است) اگر از این دوز پایین جواب نگرفتیم بعد می‌توانیم آن را در دو مرحله افزایش دهیم. اول ۴۰ میلی گرم (۴ قرص) در سه نوبت در روز و بعد ۱۶ قرص در روز در سه نوبت (۶ قرص، ۵ قرص و ۵ قرص) دلیل این افزایش سه مرحله‌ای آن است که کمترین دوز مؤثر را پیدا کنیم **زیرا هرچه دوز دارو بیشتر باشد احتمال عارضه جانبی نیز بیشتر می‌شود.** طبق توصیه بهداشت کانادا بیشتر مادران با همان دوز ۱ قرص ۱۰ میلی گرمی سه بار در روز نتیجه می‌گیرند. به نظر می‌رسد این حداقل دوز در تعداد کمی از مادران مؤثر باشد ولی من معتقدم اگر به مادر کمک کنیم تا تولید شیرش را با یک Attachment خوب و فشردن پستان با دست بهتر کند نیازی به دمپریدون ۱۰ میلی گرمی سه بار در روز نداشته و نگران عوارض جانبی این دوز غیرمؤثر نیز نخواهد بود.

### مدت استفاده از دمپریدون

ما، مادران را تشویق می‌کنیم تا زمان شروع غذای کمکی، دمپریدون را ادامه دهند و اگر همزمان با کاهش دمپریدون تولید شیرمادر هم کم شد می‌توانیم نیاز شیرخوار را با دریافت کالری بیشتر، از طریق خوردن غذای کمکی بیشتر تأمین کنیم. اگر دمپریدون برای افزایش جریان شیر به کار می‌رود شیرخواری که پستان را خوب نمی‌گرفته و حالا پستان را می‌گیرد و خوب شیر می‌خورد مادر می‌تواند دمپریدون را قطع کند چون با

## شیردهی و داروهای ضد افسردگی

ترجمه: زیبا محمدخانلو، کارشناس ارشد، مامایی  
مشاور شیردهی انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران  
ref: Lact Med Update 2021

میزان شیردهی می‌شوند مشخص نیستند. یکی از دلایل می‌تواند تأثیر مهارکننده‌های بازجذب سروتونین در سه ماهه آخر بارداری باشد که لاکتوژنیز را به تأخیر می‌اندازد. البته بیماری روحی، روانی خود یک عامل اصلی است. مادران بارداری که در سه ماهه آخر بارداری از داروی ضد افسردگی استفاده می‌کنند احتمال دارد شیرخوارشان بعد از تولد دچار سندرم قطع موقت دارو شود که علائم آن مکیدن ضعیف، اختلالات خواب، تحریک پذیری و افزایش رفلکس‌ها، لرزش، چندین عارضه گوارشی و نشانه‌های حرکتی است. در برخی موارد تشخیص این که عوارض ذکر شده ناشی از مصرف داروست و یا به دلیل سندرم قطع دارو، دشوار است. به طور کلی مادران مبتلا به افسردگی برای برقراری و ادامه شیردهی به کمک بیشتری نیاز دارند.

معمولی‌ترین روش برای مقایسه میزان ترشح دارو در شیرمادر میزان RID است که عبارتست از دوز دارو به میلی‌گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن در شیرخوار تقسیم بر دوز دریافتی مادر، ضربدر ۱۰۰  
$$\text{Estimated infant dose in breast milk (in mg/kg) divided by the maternal dose (in mg/kg) times 100}$$

میزان مورد تأیید، RID ۱۰٪ یا کمتر است. اگرچه این عدد قراردادی است ولی طبق دستورعملی که اخیراً در دانمارک صادر شده این میزان برای داروهای اعصاب و روان ۵٪ تعیین شده است.

### مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین

(SSRIs): Selective serotonin Reuptake Inhibitors

به طور کلی مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین اولین انتخاب در درمان افسردگی پس از زایمان هستند اما تفاوت‌های مهمی ما بین فارماکوکینتیک دارو و تجربه بالینی استفاده از دارو در دوران شیردهی وجود دارد. میزان RID **سرتالین (sertraline)** معمولاً ۰/۵٪ و RID **پاروکستین (paroxetine)** ۱/۵ - ۱٪ می‌باشد. در بیشتر شیرخوارانی که شیرمادر می‌خورند و مادرشان از این دو دارو استفاده می‌کنند سطح سرمی داروها

افسردگی، در دوره پس از زایمان شایع و در ایالات متحده شیوع آن حدود ۱۵-۱۰٪ و در کشورهای دیگر حتی بالاتر از این رقم است. لزوماً دارو درمانی اولین انتخاب برای درمان افسردگی نیست اما اگر مداخلات روانشناسی و روانی اجتماعی (به طور مثال درمان رفتاری-شناختی و درمان شخصیتی) کاملاً مثرتر نباشد و یا در موارد افسردگی‌های شدید، دارودرمانی مؤثر خواهد بود. انتخاب نوع دارو برای مادر شیرده مبتلا به افسردگی به چندین عامل بستگی دارد:

۱- اگر مادری سابقه درمان موفقیت‌آمیز با داروی ضد افسردگی خاصی داشته باشد، طبق توصیه اکثر منابع، بهتر است از همان دارو استفاده کند تا نتیجه بهتری حاصل شود.

۲- اگر مادر در دوران بارداری تحت درمان با داروی ضد افسردگی خاصی بوده در دوران شیردهی علاوه بر استفاده از همان دارو به حمایت‌های دیگری هم نیاز دارد چون ممکن است هنگام ترخیص، شیردهی مناسبی نداشته باشد. دلایلی که سبب کاهش



**فلوکسیتین (fluoxetine) مصرف می‌کنند کارشناسان معتقدند که نباید داروی خود را در دوران شیردهی تغییر دهند.** در حقیقت اگر داروی دیگری، پس از زایمان جایگزین شود شیرخوار تا موقعی که متابولیت نوروفلوکسیتین (norfluoxetine) از بدن او دفع شود روزها و هفته‌ها در معرض دو دارو خواهد بود. عوارض جانبی آن در برخی شیرخواران شیرمادرخوار شامل کولیک، بی‌قراری و خواب‌آلودگی بوده اما هیچ عارضه سوئی بر رشد شیرخوارانی که تا یک سالگی تحت کنترل بودند ملاحظه نشده است.

فاصله بین داروی فلوکسیتین (fluoxetine) و داروهای ترجیحی دیگر، **سیتالوپرام (escitalopram) و اس‌ایزومر (S-isomer) آن** و **اس‌سیتالوپرام (escitalopram) است.** RID سیتالوپرام ۸-۴٪ و (escitalopram) حدود ۴-۳٪ است.

نیمه عمر هر دو دارو ۲۷-۳۵ ساعت و متابولیت‌های فعال آن‌ها تا حدودی کمتر است. خواب‌آلودگی و تحریک‌پذیری در شیرمادرخواران گزارش شده است. بعضی از گایدلاین‌ها بدون هیچ توجیهی و با آگاهی از میزان بالای ترشح دارو در شیرمادر و عوارض جانبی آن، سیتالوپرام (citalopram) را به عنوان خط اول درمان توصیه می‌کنند.

غیرقابل تشخیص است. سرترالین (sertraline) دارای یک متابولیت است که فعالیت چندانی ندارد و در سرم شیرخوار قابل اندازه‌گیری نیست. این دو دارو بهترین انتخاب برای مادرانی می‌باشد که سابقه استفاده از داروی ضدافسردگی ندارند. **البته پاروکسین (paroxetine) کلاً به دلیل تراتوژن بودن در دوران بارداری تجویز نمی‌شود.**

از داروهای این گروه، فلوکسیتین (fluoxetine)، فارماکوکینتیک مطلوبی برای تجویز در دوران شیردهی ندارد. میانگین RID آن ۶٪ است که معمولاً باید قابل قبول در نظر گرفته شود اما یک (شبهه سازی رایانه ای) نشان داد که شیرخواران مادرانی که از این دارو استفاده می‌کنند ممکن است ۲۰٪ دوز مادرشان را دریافت کنند. نیمه عمر داروی **فلوکسیتین (fluoxetine)** ۶-۴ روز است و نیمه عمر **نوروفلوکسیتین (norfluoxetine)** که متابولیت اصلی و فعال این دارو است (در صورت استفاده طولانی مدت) ۹/۳ روز می‌باشد. **نیمه عمر طولانی این دارو نشانگر تجمع دارو در بدن شیرخوار است و سطح سرمی آن در برخی شیرخواران تا ۵۹٪ یا بالاتر می‌رسد و بعد از قطع دارو یا قطع شیردهی سطح سرمی آن به آهستگی کاهش می‌یابد. در مورد مادرانی که در دوران بارداری**

## ضد افسردگی‌های تری سایکلک (Tricyclic Antidepressants)

این داروهای قدیمی به دلیل عوارض جانبی آن از بین داروهای روتین حذف شده‌اند. میزان RID این داروها ۱-۲٪ بوده و در سرم خون شیرخواران به میزان بسیار کمی قابل تشخیص هستند. بیشترین اطلاعات، در مورد **آمی تریپتیلین (Amitriptyline)** است. در شیرخوار مادری که این دارو را فقط به مقدار ۱۰ mg/day است دریافت می‌کرد خواب آلودگی بسیار شدید و سپس **بهبودی سریع** و غیرمنتظره‌ای اتفاق افتاد اما دیگر شیرخواران حتی با دوز ۱۷۵ mg/day هم به خوبی تحمل کرده و مشکلی نداشتند. **نوروتریتیلین (nortriptyline)** هم که یکی از داروهای متداول موجود در بازار و از متابولیت‌های فعال آمی تریپتیلین (Amitriptyline) می‌باشد انتخاب خوبی برای درمان است، چون عوارض جانبی کمتری دارد و متابولیت فعالی هم ندارد. **بعضی از گایدلاین‌ها این داروها را به عنوان جایگزین خط اول درمان معرفی می‌کنند.**

**داکسپین (doxepin)** که یک ضدافسردگی تری سایکلک (Tricyclic Antidepressants) است عوارض جانبی جدی دارد. طبق یک گزارش، شیرخوار ۸ هفته ای چهار روز بعد از این که مادرش دوز دارو را از ۱۰ میلی گرم در روز به ۲۵ میلی گرم سه بار در روز رسانده بود دچار رنگ پریدگی، بی حالی، خواب‌آلودگی و قطع گاه به گاه تنفسی شد. شیرخوار شیرمادرخوار ۹ روزه دیگری هم که مادرش داکسپین (doxepin) را قبل از خواب و با دوز ۳۵ mg استفاده کرده بود دچار مکیدن و بلع ضعیف، هیپوتونی، استفراغ و کاهش وزن شد. **به دلیل همین گزارش‌ها، معمولاً از تجویز داکسپین (doxepin) در دوران شیردهی اجتناب می‌شود.**

## مهارکننده‌های بازجذب سروتونین نوراپی نفرین

### (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors)

**ونلافاکسین (Venlafaxine)** قدیمی‌ترین داروی این گروه است و اطلاعات زیادی در مورد استفاده از آن در دوران شیردهی وجود دارد. ونلافاکسین (Venlafaxine) به یک متابولیت فعال به نام **دسونلافاکسین (desvenlafaxine)** متابولیزه می‌شود که به دلیل نیمه عمر ۱۱ ساعته در مقایسه با ونلافاکسین (Venlafaxine) که نیمه عمر ۵ ساعته دارد دارای غلظت بیشتری در شیر است. RID ترکیبی آن‌ها ۶/۵٪ است. میزان دسونلافاکسین (desvenlafaxine) در سرم شیرخوار متغیر و میزان آن از غیرقابل تشخیص تا ۳۷٪

سطح سرمی مادر است. اکثر شیرخوارانی که در مواجهه با ونلافاکسین (Venlafaxine) و دسونلافاکسین (desvenlafaxine) از طریق شیرمادر، می‌باشند هیچ عارضه جانبی نداشته و کاملاً طبیعی هستند گرچه فقط در مواردی، خواب‌آلودگی و تحریک‌پذیری گزارش شده است.

در مطالعات انجام شده، RID **دولوکسیتین (Duloxetine)** کمتر از ۱٪ است. ترشح دارو داخل شیرمادر بسیار کم و در دو شیرخوار مورد مطالعه، غلظت سرمی دارو در یکی از آن‌ها غیرقابل تشخیص و در شیرخوار دوم ۰/۸٪ سطح سرمی مادر بوده است. در شیرخواران شیرمادرخوار، عوارض جانبی خاصی دیده نشده اما مطالعه در این زمینه کم بوده است.

**لوومیل ناسیپران (Levomilnacipran)** نیز جزو همین دسته داروهاست که در مورد استفاده از آن در دوران شیردهی اطلاعات کامل در دست نیست و RID شاخه ای از آن به نام **میلناسیپران (milnacipran)** کمتر از ۵٪ است.

## بوپروپیون (Bopropion):

**بوپروپیون (Bopropion)** به سه متابولیت فعال با حدود نصف فعالیت اولیه تبدیل می‌شود. RID گزارش شده در تعداد کمی از مادران حدود ۱۰/۶-۱/۴٪ است که بیشتر مربوط به متابولیت‌های فعال دارو می‌باشد. سطوح کمی از دارو و متابولیت‌های آن، در سرم شیرخواران یافت شده اما گزارشات چاپ شده در مورد نوزادان، بسیار اندک است. **بوپروپیون (Bopropion) پتانسیل ایجاد تشنج وابسته به دوز دارد.**

دو شیرخوار شیرمادرخواری که مادرانشان تحت درمان با بوپروپیون (Bopropion) بودند هر دو در ۶ ماهگی دچار تشنج شدند یکی از آن‌ها با اس سیتالوپرام (escitalopram) هم مواجه بود. **دیگر داروهای آنتی دپرسیون نسبت به این دارو ارجح هستند.**

## تریازولوپیریدین‌ها (Triazolopyridines)

این گروه شامل دو داروی **ترازودون (Trazodone)** و **نفازودون (nefazodone)** است. ترازودون (Trazodone) اغلب به تنهایی به عنوان ضدافسردگی استفاده نمی‌شود اما گاهی اوقات در دوزهای پایین به عنوان خواب‌آور، به تنهایی یا همراه با سایر داروهای ضدافسردگی تجویز می‌شود. در چند کیس مورد مطالعه،

بود.

**موکلوبماید (Moclobemide)**، از گروه مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز A است که در افسردگی و ترس‌های اجتماعی تجویز می‌شود. این دارو در آمریکا موجود نیست ولی در کانادا و چند کشور دیگر وجود دارد. در دو مطالعه که در ۱۴ مادر انجام شد RID دارو بین ۴-۱٪ بود. ۱۳ شیرخواری که در طی درمان مادرانشان با موکلوبماید (Moclobemide)، از شیرمادرشان تغذیه کرده بودند هیچ عارضه جانبی نداشته و رشدشان هم طبیعی بود.

### نتیجه:

اکثر داروهای ضد افسردگی را می‌توان برای مادران شیرده، تجویز کرد. به طور کلی باید افسردگی مادران با دارویی درمان شود که قبلاً از آن نتیجه مثبت گرفته‌اند. اگر مادری قبلاً از داروی ضد افسردگی خاصی استفاده نکرده باشد سرترالین (sertraline) و پاروکسین (paroxetine) و نوروتریپتیلین (nortriptyline) داروهای انتخابی هستند چون عوارض جانبی آن‌ها کم، شرح دارو در شیرمادر، اندک و تجربه کلینیکی آن‌ها بسیار است. از مصرف ضد افسردگی‌هایی مانند دکسپین (doxepin) و همه مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز (Monoamine Oxidase) باید اجتناب نمود.

در مورد داروهایی مانند بوپروپیون (Bopropion)، فلواکستین (fluoxetine)، نفازدون (nefazodone) و ونلافاکسین (Venlafaxine) و داروهای جدید دیگری که اطلاعات چندانی از آن‌ها در دسترس نیست مانند لوومیل ناسیپران (Levomilnacipran)، ویلازودون (vilazodone) و ورتیوکستین (vortioxetine) باید احتیاط شود.

در مادرانی که افسردگی دارند یا از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌کنند لاکتوژنس II با تأخیر صورت می‌گیرد و نیاز است که مداخلات و کمک بیشتری در زمینه شیردهی به این مادران انجام گیرد. شیرخواران مادرانی که در دوران بارداری از داروهای ضد افسردگی استفاده کرده‌اند ممکن است بعد از تولد، علائم‌گذرای سندرم قطع دارو را نشان دهند.

میزان دارو در شیرمادر کم یا غیرقابل اندازه‌گیری بود و هیچ عارضه جانبی هم گزارش نشده است چون دوز مورد استفاده به عنوان داروی خواب آور، اندک است. بعید به نظر می‌رسد مشکلی در شیرخواران ایجاد کند.

نفازدون (nefazodone) هم فقط در تعداد کمی از مادران مطالعه شده است. ترشح دارو در شیر و متابولیت‌های فعال آن متغیر و با RID بین ۶/۲-۱٪ بوده است. سنجش میزان غلظت دارو در سرم شیرخواران گزارش نشده است.

در شیرخوار ۹ هفته‌ای نرسی که مادرش روزانه ۳۰۰ mg نفازدون (nefazodone) دریافت می‌کرد عوارضی مانند خواب‌آلودگی، بی‌حالی، مکیدن ضعیف و کاهش دمای بدن اتفاق افتاده است.

تا زمانی که اطلاعات، بیشتری به دست نیاید بهتر است از داروهای دیگر استفاده شود به خصوص در مورد نوزادان و شیرخواران نارس.

### مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز

#### (Monoamine Oxidase Inhibitors)

مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز قدیمی، همیشه در مادران شیرده با ریسک بالایی همراه بوده بنابراین اطلاعات چندانی در زمینه استفاده از داروهایی مانند ایزوکربوکسازید (isocarboxazid)، فنلزاین (phenelzine)، ترانیل سیپروماین (tranylcypromine) در مادران شیرده در دسترس نیست. سلژیلین (selegiline) یک داروی مهارکننده مونوآمینواکسیداز است که اول، در درمان پارکینسون استفاده می‌شد و اخیراً از پج پوستی آن برای درمان افسردگی هم استفاده می‌شود. شرکت تولید کننده دارو توصیه می‌کند در طول درمان با سلژیلین (selegiline) پوستی و ۵ روز بعد از استفاده از آخرین پج، شیردهی قطع شود. با این حال یک خانم شیرده مبتلا به افسردگی شدید که در طول بارداری و بعد از زایمان (شیرخوارش را به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه می‌شد) و پج دارو را با دوز ۶ mg در روز استفاده می‌کرد. در نمونه خونی که از شیرخوار ۱۲ روزه او گرفته شد هیچ اثری از سلژیلین (selegiline) و یا متابولیت‌های آن یافت نشد و در ۵ ماهگی هم رشد او طبیعی



## سرطان پستان

به مناسبت ماه اکتبر، ماه مبارزه با سرطان پستان

تکرار شود اما در صورت ابتلای یکی از بستگان درجه یک به سرطان پستان، اولین ماموگرافی از سن ۳۵ سالگی شروع می‌شود.

### • مهم ترین علائم هشداردهنده سرطان پستان عبارتند از:

۱. توده بدون درد در پستان
۲. تغییر در اندازه و شکل پستان
۳. تغییرات یا ترشح نوک پستان
۴. تورم زیر بغل
۵. درد در پستان (به ندرت)

**علت سرطان پستان** متفاوت است. مهم ترین علل افزایشنده خطر

ابتلا به سرطان پستان عبارتند از:

۱. وراثت
۲. چاقی
۳. مصرف سیگار و الکل
۴. افزایش سن
۵. سابقه سرطان پستان در خود فرد و سابقه خانوادگی
۶. پستان های متراکم
۷. سن اولیه حاملی بعد از ۳۰ سالگی
۸. عدم شیردهی
۹. هورمون درمانی بیش از ۵ سال بعد از یائسگی
۱۰. پرتودرمانی به قفسه سینه
۱۱. شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی و یائسگی بعد از ۵۵ سالگی

### عوامل کاهنده خطر ابتلا به سرطان پستان عبارتند از:

۱. مصرف میوه ها و سبزی ها
۲. عدم مصرف الکل و سیگار
۳. فعالیت فیزیکی
۴. وزن مناسب
۵. شیردهی
۶. محدودیت دوز هورمون درمانی

**قطعی ترین روش تشخیص سرطان پستان، بیوپسی یا**

**نمونه برداری از پستان است** که شامل برداشتن بافت یا نمونه

مایع از ضایعه پستان برای بررسی های تشخیصی است.

### بیوپسی پستان در موارد زیر انجام می شود:

۱. وجود یک توده قابل لمس در پستان

### ارسال مقاله: دکتر آرینا میرچی، پاتوبیولوژیست

سرطان پستان از شایع ترین سرطان ها در زنان است و بیماری است که سلول های بدخیم از منشاء بافت پستان تکثیر پیدا می کنند.

### • کنترل همه جانبه سرطان پستان شامل موارد زیر است:

۱. پیشگیری
۲. شناسایی زودهنگام
۳. تشخیص
۴. درمان
۵. باز توانی و مراقبت های نگهدارنده

### • مهم ترین راه های پیشگیری از سرطان پستان عبارتند از:

۱. رژیم غذایی سالم
۲. فعالیت فیزیکی مناسب
۳. عدم مصرف الکل
۴. کنترل اضافه وزن و چاقی

### • روش های شناسایی و تشخیص زودهنگام شامل موارد زیر است:

۱. معاینه فیزیکی منظم توسط خود فرد
۲. معاینه فیزیکی منظم توسط پزشک
۳. ماموگرافی

در میان سه روش فوق ثابت شده است که ماموگرافی مؤثرترین روش غربالگری است و تمام خانم ها در سن ۴۰ سالگی باید یک ماموگرافی انجام دهند و در صورت وجود مشکل، هر دو سال یک بار ماموگرافی

۳. در مواردی که نتایج آسپیراسیون سوزنی (FNA) تشخیصی نبوده است.

### از فواید بیوپسی سوزنی پستان (CNB) می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. از روش‌های سیتولوژی مانند آسپیراسیون سوزنی قابل اعتمادتر و نسبت به بیوپسی باز کمتر تهاجمی است.
۲. طرح درمان را مشخص می‌کند.

### محدودیت‌های بیوپسی سوزنی عبارتند از:

۱. نسبت به سیتولوژی، تهاجمی‌تر و گران‌تر است.
۲. در بعضی موارد مانند نمونه‌برداری از ضایعات زیر هاله پستان و نزدیک به جدار قفسه سینه روش مناسبی نیست.

### از جمله فواید بیوپسی سوزنی این است که اطلاعات جامعی در مورد نوع ضایعه می‌دهد که با نمونه جراحی بعدی مطابقت می‌کند.

### • بیوپسی سوزنی به ندرت ممکن است عوارضی داشته باشد از جمله:

۱. هماتوم
۲. عفونت
۳. خونریزی
۴. پنوموتوراکس ( وجود هوا در پرده جنب که مانع باز شدن کامل ریه می‌شود )

### بیوپسی باز یا جراحی پستان

دو نوع دارد:

۱. Incisional Biopsy که گاهی جراح بخشی از توده را بر می‌دارد.
۲. Excisional biopsy که گاهی تمام توده با حاشیه‌ای از بافت طبیعی اطراف آن برداشته می‌شود که به آن لامپکتومی می‌گویند.

در بعضی موارد توده ممکن است کوچک و عمقی و پیدا کردن آن سخت باشد که برای پیدا کردن آن، محل نمونه را با یک سیم (Wire) مشخص می‌کنند و یک سوزن بسیار نازک با یک سیم خیلی باریک با کمک اشعه X در محل توده گذاشته می‌شود که به جراح کمک می‌کند توده را پیدا کند. در این روش مقدار اشعه X استفاده شده کم و ریسک عوارض ناشی از آن بسیار پایین است.

### انجام کلیه اقدامات فوق در خانم‌هایی که شیر می‌دهند و مشکوک به توده‌های پستانی هستند بی‌خطر (Safe) می‌باشد.

۲. وجود ضایعه مشکوک در ماموگرافی

۳. بررسی ضایعات نوک پستان یا ترشحات خونی از نوک پستان بیوپسی، نوع ضایعه و در صورت بدخیم بودن ضایعه، نوع تومور و درجه یا گرید آن را مشخص می‌کند و بر اساس اطلاعات دریافتی از پزشک پاتولوژیست روش درمانی تعیین می‌شود. از این رو نقش آزمایشگاه در تشخیص درست و موفقیت درمان بیماران بسیار کلیدی و مهم است.

### نحوه درمان و پیش آگهی سرطان پستان به عوامل متعددی بستگی دارد که عبارتند از:

۱. نوع تومور
  ۲. گرید یا درجه تومور
  ۳. اندازه تومور
  ۴. درگیری غدد لنفاوی زیر بغل
  ۵. وضعیت مارکرهای هورمونی و غیرهورمونی
- روش‌های مختلفی از بیوپسی پستان وجود دارد که با توجه به محل ضایعه و اندازه توده پستان یا ناحیه درگیر به کار می‌رود. نمونه برداری ممکن است تحت بی‌حسی موضعی یا بیهوشی عمومی انجام شود.

### • انواع روش‌های بیوپسی پستان عبارتند از:

۱. آسپیراسیون سوزنی (FNA)
۲. بیوپسی سوزنی (Core needle Biopsy)
۳. بیوپسی باز (جراحی)

### آسپیراسیون سوزنی پستان (FNA):

دقت تشخیصی این روش از سایر روش‌های نمونه‌برداری کمتر است و محدودیت‌هایی برای روش‌های تشخیصی اختصاصی‌تر بر روی این نمونه وجود دارد. در این روش با یک سوزن نازک از توده داخل پستان، مایع سلول‌ها کمی کشیده می‌شود سپس بعد از طی مراحل تکنیکال مورد بررسی میکروسکوپی قرار می‌گیرد.

### بیوپسی سوزنی پستان (CNB):

اغلب موارد به شکل سرپایی و با بی‌حسی موضعی انجام می‌شود. بیوپسی سوزنی قادر است ضایعات خوش خیم را از بدخیم در بیش از ۹۰٪ موارد به درستی تشخیص دهد. در این روش گاهی پزشک سوزن را در محلی که توده لمس می‌شود وارد می‌کند ولی در بیشتر موارد سوزن با استفاده از روش‌های تصویربرداری مانند سونوگرافی و ماموگرافی در محل ضایعه وارد می‌شود.

### موارد استفاده:

۱. در ضایعات بزرگ که تصویربرداری به نفع بدخیمی است.
۲. در مواردی که رسوبات کوچک کلسیم بدون این که توده واضحی دیده شود، در تصویربرداری مشهود است.