

Breastfeeding in Special Condition

เจษฎา โทณัฐสิน พ.บ.*

บทคัดย่อ

นมแม่เป็นสารอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะกับทารกมากที่สุด ในขณะที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังต่ำมาก สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น คลอดก่อนกำหนดทารกที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกที่ตัวเหลือง ทารกเหล่านี้มักจะถูกแยกจากมารดาทำให้ไม่ได้รับนมแม่ วิธีแก้ไข คือ การให้ทารกให้ดูดนมแม่เร็วที่สุด ดูดบ่อย และให้ถูกวิธีเพื่อให้นมแม่มีการสร้างและหลังได้ดี และพยายามงดนมทารกให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกระตุ้นให้แม่รู้วิธีการบีบเก็บนํ้านมระหว่างที่ไม่สามารถให้นมลูกได้อย่างถูกวิธีเพื่อให้แม้อย่างคงมีนํ้านมเมื่อลูกพร้อมที่จะรับนมแม่รวมถึงสามารถเลี้ยงภาวะบางอย่าง เช่น ทารกถ่ายบ่อยหลังกินนมแม่หากสามารถแนะนำแม่ในการให้นมลูกอย่างถูกต้อง ตลอดจนให้ความมั่นใจแม่ที่ติดเชื่อบางชนิด เช่น วัณโรค ดับอักเสบปี่ รวมถึงแม่ที่ดื่มสุรา กาแฟหรือสูบบุหรี่ ในปริมาณที่ไม่มากก็สามารถให้นมตนเองแก่ลูกได้

บทนำ

เป็นที่ทราบกันว่านมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์ที่สุด และเหมาะสำหรับลูกที่สุด แต่จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน ในปี 2538, 2540 และ 2542 เท่ากับ ร้อยละ 3.6, 2.1 และ 2.9 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2544) ที่กำหนดไว้ร้อยละ 30 เป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุอาจจะมาจากปัจจัยบางอย่างของแม่ หรือตัวลูกเองทำให้แม่ไม่สามารถให้นมบุตรได้ด้วยตนเองตั้งแต่แรก หรือไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ภาวะที่พบได้ คือ

1. ทารกที่เกิดก่อนกำหนด และ ทารกป่วย

ทารกที่เกิดก่อนกำหนด จะมีปัญหาเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะและระบบต่างๆ เช่น ปอด ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ตลอดจนระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ทารกจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน มีปัญหาการติดเชื้อลำไส้ตายเฉาะส่วน (necrotizing enterocolitis) รวมถึงปัญหาการดูด และการกลืน ทำให้ทารกมักถูกงดนมอยู่เสมอ ในปี ค.ศ.1997 American Academy of Pediatrics⁽²⁾ แนะนำการให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดจะทำให้ทารกมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ลดโอกาสติดเชื้อลง ทารกสามารถรับสารอาหารทางลำไส้ได้เร็วเนื่องจากนมแม่ย่อยและดูดซึมง่ายขณะนั้น ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Methods of feeding premature infants (modified table)⁽³⁾

Method	Indications	Management
Oral (nipple)	Premature > 1500 g, > 35 wk Normal sucking , swallow breathing	Maximal nipple time per feeding : 20 min Give remainder of feeding by tube
Intermittent gastric (gavage)	Inadequate sucking , swallowing, breathing : Premature < 1500 g < 35 wk Neurological disorders Respiratory distress (respiratory Rate > 60 - 80 breaths / min)	Measure gastric residuals before each feeding
Continuous gastric	Delayed gastrointestinal motility Intolerance to intermittent gastric gavage	Measure gastric residuals every 6 - 8 hr
Jejunal (transpyloric)	Intolerance to gastric feedings Gastroesophageal reflux	Sylastic feeding tube only Monitor serum potassium fat absorption Avoid hyperosmolar feeding

ทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม จะจนมในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด หากทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจน มีความดันโลหิตปกติ ไม่มีชัก ท้องอืด หรือ อาเจียน จึงจะเริ่มให้นมทางหลอดให้อาหาร⁽⁴⁾

ส่วนทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม จะให้สารน้ำ คือ สารละลายกลูโคส 10% เพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำใน 24 ชั่วโมงแรก ร่วมกับให้นมภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด หากไม่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงทารกเกิดครบกำหนดที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงสามารถให้นมได้ภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงควรจนม 4-6 วัน ในทารกแรกเกิดที่ไม่สามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้ ควรได้รับนมเท่ากับปริมาณน้ำที่ร่างกายต้องการในวัยทารก คือ 150 - 200 มล./กก./วัน โดยที่ทารกเกิดครบกำหนดควรได้รับปริมาณดังกล่าวภายในหนึ่งสัปดาห์ และภายในสัปดาห์ที่สองในทารกเกิดก่อนกำหนด

สามารถคำนวณปริมาณน้ำนมที่ทารกเกิดครบกำหนดต้องการใน 7 วันแรก ดังนี้

$$\frac{150-200}{7} \times \text{น้ำหนักทารกแรกเกิด} \times \text{อายุหลัง คลอด (วัน)}$$

และสามารถคำนวณปริมาณน้ำนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องการใน 14 วันแรก ดังนี้

$$\frac{150-200}{7} \times \text{น้ำหนักทารกแรกเกิด(กก.)} \times \text{อายุหลังคลอด(วัน)}$$

จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนด หรือ ทารกครบกำหนดที่ป่วยต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ควรสนับสนุนให้มารดาให้นมแก่ทารกเอง หากทารกไม่สามารถดูดนมได้เอง ควรส่งเสริมให้มารดาบีบน้ำนมเก็บไว้ให้ทารกเมื่อสามารถรับนมได้ แนะนำว่าในช่วง 2 สัปดาห์แรก มารดาควรบีบน้ำนมประมาณ 8-10 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 15 นาที และควรบีบจนน้ำนมหยุดไหลแล้ว 2-3 นาที ให้น้ำนมออกหมด เพื่อกระตุ้นการหลั่งของ prolactin และ oxytocin⁽⁵⁾ น้ำนมที่บีบออกสามารถเก็บไว้ได้ ดังตารางที่ 2 โดยมีคำแนะนำให้มารดาดังนี้⁽⁶⁾

- ล้างมือให้สะอาดก่อนเก็บน้ำนม บีบนมทิ้งใน 2-3 ครั้งแรกที่บีบออกมา
- เก็บนมในภาชนะสะอาดหรือถุงพลาสติกที่สะอาดโดยกะให้พอดีแต่ละมือของทารก
- แช่เย็นในตู้เย็นทันทีหลังเก็บนม พร้อมเขียนวันที่ เวลาที่เก็บที่ข้างขวด
- นมที่ไม่ใช้ใน 2 วัน ควรเก็บในช่องแช่แข็ง
- การละลายนมให้ใช้วิธีวางไว้นอกตู้เย็นหรือน้ำอุ่นให้ละลาย ไม่ใช้การอุ่นบนเตาหรือไมโครเวฟ
- การส่งนมจากบ้านมาโรงพยาบาลต้องแช่ในกระติกน้ำแข็ง

ตารางที่ 2 คำแนะนำสำหรับการเก็บถนอมและการใช้นมแม่⁽⁶⁾

นมแม่	อุณหภูมิห้อง	ตู้เย็น (ช่องใต้ช่องแช่แข็ง)	ในช่องแช่แข็ง
นมแม่ที่บีบเก็บ ใหม่ๆ ในภาชนะที่ปิด	4-6 ชั่วโมง	1-2 วัน	- 2 สัปดาห์ สำหรับตู้เย็น ประตูเดียว - 3 เดือน สำหรับตู้เย็น 2 ประตู
นมที่ละลายหลังแช่ (ที่ได้ช่องแช่แข็ง) แต่ยังไม่อุ่นหรือใช้	≤ 4 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	ไม่ควรนำกลับไปแช่แข็งอีก
นมที่ละลายนอกตู้เย็น หรือในน้ำอุ่น	ชั่วเวลากิน 1 มื้อ	≤ 4 ชั่วโมง	ไม่ควรนำกลับไปแช่แข็งอีก
นมที่ทารกกินบ้างแล้ว	ชั่วเวลากิน 1 มื้อ เหลือให้ทิ้ง	ทิ้ง	ทิ้ง

กรณีที่ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวขึ้นน้อย หากตรวจไม่พบสาเหตุอื่น อาจช่วยได้โดยให้มารดาบีบนมส่วนหน้า (fore milk) ทิ้ง 10-15 ซีซี แล้วจึงให้ทารกดูดนมแม่ซึ่งเป็นนมส่วนปลาย (hind milk) จะให้พลังงาน 22 กิโลแคลอรี / ออนซ์ หรืออาจผสม human milk fortifier ในนมแม่ก่อน⁽⁷⁾ หากมารดาไม่ได้ให้นมบุตรจนน้ำนมแห้ง หรือน้ำนมน้อยมากเมื่อทารกที่ป่วยกลับบ้าน สิ่งสำคัญที่ต้องช่วยมารดา คือ ช่วยมารดาให้มี

น้ำนมมากพอที่จะให้ทารก โดยการกระตุ้นให้ทารกดูดบ่อยๆ อาจรวมกับการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม (galactagogues) ซึ่งจะพิจารณาใช้เป็นอันดับสุดท้าย และการช่วยให้ทารกยอมดูดนมแม่อย่างถูกวิธี

ยาที่ช่วยกระตุ้นการสร้างนมแม่ที่ใช้ในประเทศไทย ดังตารางที่ 3⁽⁸⁾ นอกจากยาแผนปัจจุบันยังมีสมุนไพรของไทย เช่น หัวปลี กุยช่าย ผักโขม ผักทอง บวบ ผักชีลาว กะเพรา เป็นต้น⁽¹⁾

ตารางที่ 3 ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม

ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม (mode of action)	วิธีการทำงาน	ขนาดยา	ผลข้างเคียงของยา
Metoclopramide	เพิ่มการหลั่ง prolactin โดยการยับยั้ง dopamine และ prolactin inhibitory factor	10 มก. tid-qid	Extrapyramidal side effect
Domperidone	เพิ่ม prolactin โดยทำหน้าที่เป็น dopamine antagonist	20 มก. qid	ปากแห้ง, ปวดศีรษะ ปวดท้อง

2. ทารกที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ในทารกเกิดครบกำหนดที่แข็งแรง และได้รับ early and exclusive breast feeding จะได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วน จะไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการ⁽⁹⁾ (symptomatic hypoglycemia) จึงไม่จำเป็นต้องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดของทารกกลุ่มนี้ แต่ในทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำดังนี้^{(9), (10)}

ปัจจัยเสี่ยงในลูก : ทารกที่คลอดก่อนกำหนด, ครรภ์เกินกำหนด, น้ำหนักน้อยหรือมากกว่าอายุครรภ์ (small หรือ large for gestational age) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ภาวะขาดออกซิเจน (perinatal asphyxia) ภาวะตัวเย็น, ภาวะเลือดข้น (polycythemia), การติดเชื้อในเลือด (sepsis), การหายใจลำบาก (respiratory distress) และภาวะความผิดปกติบางอย่างในทารก เช่น erythroblastosis fetalis หัวเล็ก (microceph-

alus) หรือมี midline defect และ Beckwith-Wiedemann syndrome

ปัจจัยเสี่ยงในแม่ : การคลอดยาก, เบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ทารกกกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยความถี่ห่างของการตรวจขึ้นกับสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงในทารกคนดังกล่าว ทารกกกลุ่มนี้ควรให้เริ่มดูดนมแม่เร็วภายใน 30-60 นาทีหลังเกิด และตามที่ทารกต้องการ การให้ early mother-infant skin-to-skin contact จะช่วยให้ทารกมีอุณหภูมิกายปกติ และส่งเสริมการดูดนมแม่ได้ดียิ่งขึ้น จะช่วยลดโอกาสเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกกลุ่มนี้

ทารกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (< 40 มก./ดล.) โดยไม่มีอาการ (asymptomatic hypoglycemia) และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดภายใน 2 ชั่วโมง หากน้ำตาลในเลือดยังต่ำให้สารละลายน้ำตาล 10% เด็กซ์โตรอสในปริมาณ 50-65 มล./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำทันที

ร่วมกับให้ดูนมแม่ต่อ

หากทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการ หรือทารกที่ไม่สามารถรับนมได้ควรให้สารละลายน้ำตาลทางหลอดเลือดดำทันที ในกรณีที่แม่เป็นเบาหวานควรให้แม่ใช้ human insulin ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อที่จะสามารถให้ลูกกินนมแม่ได้

3. ทารกที่ถ่ายบ่อยหลังกินนมแม่

ปกติทารกที่กินนมแม่จะถ่ายบ่อยโดยเฉพาะช่วงที่ได้รับหัวน้ำนม (colostrum) ใน 2-3 วันแรก เนื่องจากในหัวน้ำนมจะมีเวย์โปรตีนเป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 90 ร่วมกับในนมแม่มีน้ำตาลแลคโตสและน้ำตาลโอลิโกแซคคาไรด์ในปริมาณมาก (ร้อยละ 7) ซึ่งจะส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียชนิดดี (bifidobacteria และ lactobacillus) ทำให้เกิดการย่อยสลายน้ำตาลและไขมัน เกิดกรดอินทรีย์ที่จะช่วยดึงน้ำเข้าลำไส้ใหญ่ นอกจากนั้นในหัวน้ำนมแม่มักรวมโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ซึ่งช่วยให้ลำไส้บีบตัวเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ จากปัจจัยทั้งหมดนี้จะทำให้ทารกมีอุจจาระที่นิ่มและถ่ายบ่อย ข้อดี คือ ทำให้ขี้เทาถูกขับถ่ายออกมาได้เร็ว ช่วยลดปัญหาตัวเหลือง แต่หากทารกบางรายถ่ายบ่อยมาก ถ่ายเป็นน้ำ บางรายถ่ายจนก้นแดง แต่ทารกดูคนได้ดี ไม่ซึม ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อและน้ำหนักขึ้นดี ซึ่งจะสร้างความกังวลให้กับพ่อแม่มาก ภาวะเช่นนี้มักเกิดการที่ทารกดูคนแม่ไม่ถูกต้อง (mal-feeding practice)

โดยแม่มักจะมีน้ำนมมาก และมักจะให้ทารกดูคนบ่อย เปลี่ยนข้างบ่อยๆ การดูดเช่นนี้จะทำให้ทารกได้นมส่วนหน้า (fore milk) มากกว่านมส่วนหลัง ปกติในนมส่วนหน้าจะมีปริมาณไขมันน้อยกว่านมส่วนหลัง (ร้อยละ 1.7 ต่อ 5.5 ตามลำดับ) ซึ่งอาหารไขมันจะเป็นตัวช่วย delayed intestinal motility จึงเกิดปัญหา relatively lactose overload ทารกจึงมีอาการคล้าย lactose intolerance ได้ การแก้ไขทำได้โดยการแนะนำการให้นมลูกที่ถูกต้อง ให้ลูกดูคนนานเพียงพอ และดูดจนเกลี้ยงเต้าและหากมีอาการมากควรบีบนมส่วนหน้าทิ้งไปก่อนจึงให้ทารกดูคน

4. ทารกตัวเหลือง

ทารกที่ได้รับนมแม่มีโอกาสเกิดภาวะตัวเหลืองได้ 2 ลักษณะ คือ⁽¹¹⁾ Breastfeeding jaundice เกิดจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอในช่วง 2-4 วัน แรกหลังเกิด แก้ไขได้โดยการช่วยแม่ให้ลูกได้ดูคนเร็วภายใน 30-60 นาทีหลังเกิด ช่วยให้ลูกดูคนแม่อย่างถูกวิธีให้ลูกดูคนแม่บ่อย (8-10 ครั้ง/วัน) การป้องกันภาวะนี้ คือ การให้ทารกอยู่กับแมตลอดเวลา และไม่ให้น้ำเปล่าหรือกลูโคส หากลูกดูคนแม่เร็ว ดูบ่อย และถูกต้อง นมแม่จะมาภายใน 24 ชั่วโมง และ 6-8 ชั่วโมง ในครรภ์แรกและครรภ์หลังตามลำดับ⁽¹⁾ Breastmilk jaundice อาการเหลืองจะเริ่มปลายสัปดาห์แรก (4-7 วัน) บิลิรูบินสูงสุดได้ถึง 20-30 มก./ดล. ภายในสัปดาห์ที่สองหลังเกิด และระดับจะค่อยๆ ลดลงสู่เกณฑ์ปกติเมื่ออายุ 3-

16 สัปดาห์ American Academic of Pediatric⁽¹²⁾ แนะนำว่าหากbilirubinไม่เกิน 20 มก./ดล. ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ แต่ต้องติดตามระดับbilirubinอย่างใกล้ชิด หากสูงถึง 20 มก./ดล. ให้ส่องไฟและให้นมแม่ต่อ หากbilirubinสูงถึง 25 มก./ดล. หรือมีแนวโน้มจะสูงขึ้นถึงระดับนั้น ให้หยุดนมแม่ช่วงสั้นๆ ให้นมผสมและส่องไฟ เมื่อbilirubinต่ำกว่า 25 มก./ดล.ให้กลับมาดุนมแม่ต่อ และที่สำคัญคือทำให้คำอธิบายแก่แม่เพื่อให้แม่ไม่เข้าใจผิดว่า breastmilk jaundice เป็นโรคที่เกิดจากนมแม่และอาจงดการให้นมแม่ไปเลย

5. ทารกที่มารดาติดเชื้อวัณโรคหรือดื้อยาต้านวัณโรค

วัณโรคเกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ตัวเชื้อผ่านมาน้ำนมแม่ได้น้อยมาก และพบได้น้อยมากที่จะเกิดเต้านมอักเสบ (mastitis) รวมถึงฝีจากเชื้อวัณโรค แต่ถ้าหากแม่มีฝีที่เต้านมจากเชื้อวัณโรคก็ควรงดการให้นม⁽¹⁴⁾ หากแม่เป็นวัณโรคปอดและมีเชื้อในเสมหะ (active tuberculosis) ควรงดให้นมแม่เพราะสามารถแพร่เชื้อสู่ลูกจากการไอ จามรดทารก แต่ถ้าแม่ได้รับยารักษาวัณโรคตั้งแต่ 2 สัปดาห์ และตรวจไม่พบเชื้อแล้ว สามารถให้นมแม่ต่อได้ และทารกแรกคลอดขณะอยู่โรงพยาบาลควรฉีดวัคซีน BCG และให้กินยา Isoniazid 5 มก./กก./วัน เพื่อป้องกันวัณโรคนาน 3-6 เดือน^{(13), (14)}

สำหรับมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งที่ active, เรื้อรัง หรือเป็นพาหะแม้ว่าจะพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในน้ำนมแม่ แต่ทารกกลุ่ม

นี้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีและอิมมูโนโกลบูลิน (hepatitis B immunoglobulin) ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่าอัตราการติดเชื้อของทารกที่กินนมแม่และทารกที่กินนมผสมไม่แตกต่างกัน^{(13), (14)}

โรคที่เป็นข้อห้ามในการให้นมแม่ คือแม่ที่ติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus)^{(13), (14)} เชื้อไวรัสเอดส์ สามารถผ่านสู่น้ำนมแม่ได้ การติดต่อเกิดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สายพันธุ์ของเชื้อ HIV, สถานะภูมิคุ้มกันของแม่, จำนวนไวรัส (viral load), ระยะเวลาของการให้นมแม่, การให้เฉพาะนมแม่หรือนมผสมร่วมด้วย, แม่มีเต้านมอักเสบ, แม่ได้ยาด้านไวรัส และแม่ติดเชื้อครั้งแรกขณะให้นมลูก (primary infection of mother during breastfeeding) จากรายงานต่างๆ จะพบว่าอัตราการติดเชื้อจะแตกต่างกันโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5-20 และอาจพบมากถึงร้อยละ 29 (ร้อยละ 15-53) ถ้าหากแม่เพิ่งได้รับเชื้อขณะให้นมลูก อีกโรคที่เป็นข้อห้ามในการให้นมแม่ คือ^{(13), (15)} แม่ที่ติดเชื้อ Human T-Cell Lymphotropic virus (HTLV) การติดเชื้อจะคล้ายกับเชื้อ HIV แม้จะมีรายงานว่าเชื้อ HTLV จะถูก inactivate โดยการแช่แข็ง แต่ Center for Disease Control and Prevention (CDC) ก็ไม่แนะนำให้ใช้นมแม่แช่แข็งก่อนที่จะละลายให้ลูกดื่ม

6. แม่ที่ดื่มเหล้า, ดื่มกาแฟ และสูบบุหรี่

ในหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเหล้าโดยเฉพาะช่วง

ไทรมาสสุดท้ายจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกหลังเกิดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง 6 เดือนแรก⁽¹⁶⁾ แต่ถ้าหากแม่ดื่มเหล้าในช่วง 2-10 สัปดาห์แรก อาจทำให้ทารกพิการ น้ำหนักน้อย สรีระเล็ก รูปร่างหน้าผิดปกติเรียกกลุ่มอาการพิษเหล้าต่อทารกในครรภ์ (fetal alcoholic syndrome) สำหรับปริมาณเหล้าเท่าไรที่จะปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจน^{(13), (17)} ส่วนในแม่ที่ให้นมบุตรสารอะเซตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ไม่ผ่านออกทางน้ำนมแม่ แต่อาจทำให้การสร้างน้ำนมลดลง จึงแนะนำว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรงดเหล้า หรือไม่ควรดื่มเหล้ามาก⁽¹⁸⁾

สารคาเฟอีน พบในกาแฟ, ชา, โคลา ในหญิงที่ตั้งครรภ์หากได้รับคาเฟอีนมากกว่า 300 มก./วัน (กาแฟ 3-4 แก้ว) จะมีผลให้ทารกเติบโตช้าในครรภ์⁽¹³⁾ (intrauterine growth retardation) ส่วนในแม่ที่ให้นมบุตรพบว่าคาเฟอีนผ่านออกทางนมแม่ได้เพียงร้อยละ 1 ของคาเฟอีนที่แม่ได้รับ⁽¹⁸⁾ แต่ถ้าหากแม่ได้รับคาเฟอีนจำนวนมาก ลูกอาจมีอาการกระวนกระวาย หลับยาก มือเท้าสั่น นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณธาตุเหล็กในน้ำนมแม่ที่ดื่มกาแฟตั้งแต่ 3 ถ้วย/วัน จะลดลงรวมถึงแม่มีการสร้างน้ำนมลดลงจึงควรแนะนำแม่ที่ให้นมลูกลดการดื่มกาแฟ ชา หรือ โคลา

ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่พบว่าน้ำหนักของทารกโดยเฉลี่ยจะลดลง 165 กรัม/ต่อจำนวนบุหรี่ 1 ซองที่แม่สูบบุหรี่ในวัน⁽¹⁷⁾ แต่การสูบบุหรี่ไม่ได้ทำให้ทารกพิการ ในแม่ที่ให้นมบุตร

พบว่าแม่ที่สูบบุหรี่ทารกจะมีอัตราการเกิด sudden infant death syndrome (SIDS), หอบหืด, หูชั้นกลางอักเสบได้มากกว่าทารกที่ไม่ได้สัมผัสควันบุหรี่⁽¹⁷⁾ นิโคตินยังมีผลลดการหลั่งของ prolactin และ oxytocin ทำให้การสร้างน้ำมน้อยลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้นแม่ที่ให้นมบุตรจึงควรงดสูบบุหรี่ หรือควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ 2½ ชั่วโมงก่อนให้ลูกดูดนมจะทำให้ลูกได้รับนิโคตินลดลง

สรุป

การที่จะช่วยมารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะที่ลูกป่วยหรือต้องแยกจากมารดา บุคลากรทางการแพทย์จะมีบทบาทมากโดยการให้ทารกงดนมให้น้อยที่สุดตามความจำเป็น กระตุ้นให้มารดามาให้นมบุตรด้วยตนเอง หรือบีบน้ำนมตนเองเก็บไว้กรณีไม่สามารถให้ได้ เพื่อให้มารดายังมีน้ำนมอยู่เพียงพอเมื่อทารกกลับบ้าน รวมถึงแนะนำกระตุ้นให้มารดาช่วยบุตรของตนดูดนมเร็วภายใน 30-60 นาทีหลังคลอด ดูแลบอຍ และให้ถูกวิธี เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกที่มีปัจจัยเสี่ยง และลดภาวะตัวเหลือง ตลอดจนแนะนำวิธีดูนมให้ถูกต้องเพื่อป้องกันท้องเสีย จากมี relatively lactose overload รวมถึงการช่วยมารดาที่ติดเชื่อไวรัสตับอักเสบบี หรือวัณโรคในระยะไม่แพร่เชื้อสามารถให้นมแม่ได้อย่างมั่นใจ และกรณีที่มาลดดื่มกาแฟ, เหล้า, สูบบุหรี่ ควรแนะนำให้งด หากทำไม่ได้ให้ลดลงให้น้อยที่สุด

และแนะนำให้มารดาดื่มหรือสูบล้างให้นมลูกทันที เพื่อให้ในน้ำนมมี metabolite จากคาเฟอีน, เหล้า และบุหรี่ให้น้อยที่สุดเมื่อจะให้นมลูกในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยาการแกนนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5-9 กรกฎาคม 2547 โรงแรม เดอะแกรนด์ กรุงเทพฯ.
2. American Academy of Pediatrics, Work group on breastfeeding : Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997 ; 100 : 1035.
3. Pereira GR. Feeding the Newborn Infant. In : Polin RA, Yoder MC , Burg FD, eds, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2001 : P.91-121.
4. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. วิธีการให้น้ำนมแม่ ในทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกป่วย. ใน : สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้...สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ; 2546. หน้า 251-66.
5. สมพร โชตินฤมล. The use of human milk fortifier in LBW infant ในสรา ยุทธ สุภาพรรณชาติ บรรณาธิการ. Workshop on Neonatal Mechanical Ventilation and LBW Infants : How to Improve Outcome. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : บริษัทธนาเพลส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด ; 2544. หน้า 46-64
6. สมพร โชตินฤมล. Enteral Feeding in Neonatal Care in The Year 2000 : The Prevention of Morbidities. สาธิต โหตระกิตย์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพลส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด ; 2544. หน้า 42-4
7. พรพัฒน์ รัศมีมารีย์ ทารกเกิดก่อนกำหนด ใน : สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้...สู่ปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ; 2546. หน้า 267-72 .
8. Wight NE. Management of Common Breastfeeding Issue. In : Schanler RJ, editor. The Pediatric Clinics of North America : Breastfeeding 2001, Part II : The Management of Breastfeeding. Philadelphia : W.B saunders Company ; 2001. P 321-44

9. Eidelman AI. Hypoglycemia and The Breastfed Neonate In : Schanler RJ, editor. The Pediatric Clinics of North America : Breastfeeding 2001 Part II : The Management of Breastfeeding. Philadelphia : W.B saunders Company ; 2001. P 377-87.
10. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ ลูกที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใน : สาหรี จิตตินันท์ วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิร, บรรณาธิการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้...สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ; 2546. หน้า 273-5
11. Cloherty JP. Neonatal Hyperbilirubinemia. In : Cloherty JP, Stark AR, editors . Manual of Neonatal Care. 3 rd.ed. Boston : Little, Brown and Company : 1993. P 298-334.
12. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Perinatal 4 th ed. Elk Grove lillige . IL ; 1997. P 157
13. Committee on Infectious Disease American Academy of Pediatrics. Transmission of Infectious Agents Via Human Milk. Red Book : Report of the committee on Infectiou Diseases 2003 ; P118-21
- 14 . Lawrence RM. Host resistance Factors and Immunologic Significant of Human Milk. In : Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Berastfeeding : A Guide for Medical Profession 5 th .ed. St Louis : CV. Mosby, 1999. P 159-95
15. Lawrence RM, Lawrence RA. Given The Benefits of Breastfeeding, What Contraindications Exist? In : Schanler RJ, editor. The Pediatric Clinics of North America : Breastfeeding 2001, Part I : The evidence for Breastfeeding. Philadelphia : WB Saunders Company ; 2001 . P 235-51
16. Creasy RK , Resnile R. Chapter 11 : Social and Illicit Drug Use in Pregnancy. In : Maternal-Fetal Medicine 4 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company. P 146 - 59
17. Flanagan-Everett M. Drug Abuse and withdrawal. In : Cloherty JP. , Stark AR, editors. Manual of Neonatal Care. 3 rd ed. Boston : Little , Brown and Company ; 1993. P 22- 33
18. พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์. สารเสพติดและการให้นมแม่. ใน สาหรี จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้...สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ; 2546. หน้า 305 -11