

รายงานการเดินทางประชุมวิชาการ

The 16th Annual International Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine

“Breastfeeding: A Bridge to the Gold Standard”
at Miami, Florida, USA on November 3-6, 2011

อรพรรณ อัสวกุล, พ.บ.*

รายงานการเดินทาง

1 พฤศจิกายน 2554

- เดินทางโดยสายการบิน China Airline จาก
กรุงเทพฯ ถึง New York จากนั้น

- เดินทางโดย สายการบิน Delta Airline จาก New
York ถึง Miami

2 พฤศจิกายน 2554

- พักที่ LaQuinta Resort and Suite

3 พฤศจิกายน 2554

- ประชุม The Academy of Breastfeeding Medicine
(ABM) โดยเข้า Pre-Conference Course Program
“What Every Physician Needs to Know About
Breastfeeding”

4-6 พฤศจิกายน 2554

- ประชุม ABM

7 พฤศจิกายน 2554

- เดินทางกลับกรุงเทพฯ โดยสายการบิน Delta
Airline

สรุปสาระสำคัญในการประชุม Pre-Conference Course Program ABM “What Every Physician Needs to Know About Breastfeeding”

มีการนำเสนอแบบโปสเตอร์จำนวน 50 เรื่อง ใน
ที่ประชุมนี้มีตัวแทนจากประเทศไทยไปเสนอ 3 เรื่อง
เช่น Sup-port program increase exclusive breast feeding
rate in health personal at Queen Sirikit National Institute
of Child Health

หัวข้อเรื่องที่น่าสนใจใน Pre-conference course นี้

1. Why breast feeding? by Professor Miriam H. Labbok

กล่าวถึงความสำคัญในการให้นมแม่อย่างเดียวก่อน 6
เดือน (Exclusive breast feeding) และให้นมแม่ต่อจนถึง
2 ปี (และให้อาหารเสริม) ซึ่งการให้นมแม่สามารถลดค่า
ใช้จ่ายในสหรัฐอเมริกาได้เฉลี่ย 10-13 ล้านดอลลาร์
สหรัฐ การให้นมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือนสามารถป้องกันการ
เสียชีวิตของทารกได้ถึงร้อยละ 13 นอกจากนี้
ป้องกันการท้องเสีย ภูมิแพ้ หอบหืด การติดเชื้อใน
หู มะเร็งในทารก สามารถลดความดันโลหิต ทำให้ระยะ

* หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

ห้วงการตั้งครรภ์มากขึ้น ป้องกันมะเร็งเต้านม เบาหวาน ในแม่

2. The Nuts & Bolts of Breastfeeding: Anatomy & Physiology of Lactation by Assistant Professor Natasha K. Sriraman, M.D., MPH, IBCLC, FAAP

เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานที่ควรรู้ในเรื่องหลัง นำนม โดยกล่าวถึงโครงสร้างของเต้านมจะพัฒนาเต็มที่ เมื่อคลอด แต่การพัฒนาของต่อมน้ำนม จะพัฒนาเมื่อ เข้าสู่วัยรุ่น โดยการพัฒนาต่อมน้ำนม มี 5 ระยะ ดังนี้

1) Embryogenesis 2) Mammogenesis, or mammary growth 3) Lactogenesis, or initiation of milk secretion 4) Lactation (Stage III lactogenesis), or full milk secretion 5) Involution โดยการพัฒนาการผลิตน้ำนมจะ เริ่ม (lactogenesis) เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 16 สัปดาห์ โดย ถ้าสตรีตั้งครรภ์คลอดหลังอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จะ สามารถผลิตน้ำนมได้

3. Normal Management of Breastfeeding by Associate Professor Joan Younger Meek, MD, MS, FAAP, FABM, IBCLC

กล่าวถึงความสำคัญในการทำ skin-to-skin contact 15-20 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทำให้ทารกได้รับความ

อบอุ่น กระตุ้นทารกเรื่องการดูดนม และการทำงานของ ร่างกาย และเพิ่มความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 58 เทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการให้นมเสริม ใน ทารกครบกำหนด

- Severe hypoglycemia not responsive to breastfeeding
 - Severe maternal illness or maternal separate
 - Inborn errors or metabolism (galactocemia)
 - Infant unable to feed due to congenital malformation or illness
 - Maternal medication use incompatible with breastfeeding
 - Mother who is HIV positive
 - Maternal infection e.g. active tuberculosis, active Varicella, active herpes simplex virus breast lesion
- การให้นมบุตรควรให้ 8-12 ครั้งต่อวัน ในช่วง 3-4 วันแรกน้ำหนักทารกจะลดประมาณร้อยละ 5-6 $\pm$ 2.5 ถ้าน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ควรต้องสำรวจการอม หัวนมและลานนมของเด็ก (latch), ตำแหน่ง, ความถี่และ ระยะเวลาของการให้นม น้ำหนักทารกจะขึ้น 15-13 กรัม



ภาพบรรยากาศการ present poster

ต่อวันในช่วง 2-3 เดือน การขับถ่ายในวันแรกจะมีอุจจาระแบบ meconium 1 ครั้ง ปัสสาวะ 1 ครั้ง เมื่อน้ำนมแม่มาใน 2-5 วันแรก ทารกจะปัสสาวะ 3-5 ครั้ง อุจจาระ 3-4 ครั้ง ต่อวัน ใน 5-7 วันแรก ปัสสาวะ 4-6 ครั้ง อุจจาระ 3-6 ครั้ง ต่อวัน โดยอุจจาระจะเป็นตัวที่บอกว่าทารกได้รับพลังงานเพียงพอมากกว่าปัสสาวะ น้ำนมที่ปั๊มจากเต้านมแม่ ในอุณหภูมิต่ำสามารถเก็บได้นาน 6-8 ชั่วโมง แช่ตู้เย็น เก็บได้นาน 5 วัน แช่ในช่องแข็งเก็บได้นาน 3-12 เดือน

4. The Ten Steps to Exclusive Breastmilk Feeding: How and Why to Avoid Supplementation with Infant Formula by Ann L. Kellams

กล่าวถึงความสำคัญเรื่องบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน และพูดถึงการให้คะแนนการอมหัวนมและลานนมของเด็ก (LATCH scoring) การตรวจติดตามทารกเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและขาดอาหาร (starvation) ในทารกแรกเกิด

ข้อบ่งชี้ในการให้นมผสมเสริม

- ภาวะน้ำตาลต่ำที่ไม่รุนแรงและให้กินนมแม่บ่อยขึ้นแล้วไม่ดีขึ้น
- ภาวะขาดน้ำอย่างมาก (อาการและอาการแสดงเหนื่อย, เพื่อย, นอนไม่หลับ, น้ำหนักลดลงร้อยละ 10, โซเดียมสูง) ให้กินนมแม่บ่อยขึ้นแล้วไม่ดีขึ้น
- Delayed lactogenesis II ที่น้ำหนักลดลงร้อยละ 8-10 ตั้งแต่วันที่ 5 (120 ชั่วโมง) หลังคลอดขึ้นไป [Delayed lactogenesis II หมายถึง วันที่ 3-5 หลังคลอดแล้วน้ำนมไม่พอ สาเหตุอาจเกิดจาก 1) ภาวะรกก้าง 2) Sheehan's syndrome 3) primary glandular insufficiency 4) พยาธิสภาพของเต้านมหรือได้รับการผ่าตัดเต้านม]
- ภาวะถ่ายช้ากว่าปกติหรือมีอุจจาระแบบ meconium ตลอดตั้งแต่วันที่ 5 (120 ชั่วโมง) หลังคลอดขึ้นไป
- Poor milk transfer
- Hyperbilirubinemia

5. Babyled Breastfeeding: A neurobehavioral model for understanding how infants learn to feed by Christina M. Smillie



ตัวแทนประเทศไทยที่ไป present poster

แสดงวิถีโคลิกที่น่าสนใจมากเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกแรกเกิดและแม่หลังคลอดในกรณีที่ให้นมแม่และกล่าวถึง rooting reflex, crawling reflex ในทารกหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกมีรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกและแม่ ตั้งแต่ พ.ศ.2520 การมี skin-to-skin จะกระตุ้นการสร้าง colostrum ทำให้ทารกสงบ ตื่นตัวต่อการสื่อสารกับแม่ โดยกระตุ้นสมองด้านขวาแม่และทารก ที่ hypothalamus กระตุ้น coordinates nerves และ hormonal communication ที่ Amygdala กระตุ้น อารมณ์และความจำซึ่ง Oxytocin ที่หลั่งในแม่มีผลต่อพฤติกรรมของแม่ต่อทารก

6. Breast feeding in late preterm infants by Eyla Boies and Lisa Stellwagen

Late preterm infants หมายถึง ทารกที่เกิดอายุครรภ์ 34-36⁺ สัปดาห์ (239-259 วัน) พบอุบัติการณ์ในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6-12.8 ในปี พ.ศ.2538-2549 โดยพบว่าทารกที่เกิดในช่วงอายุครรภ์นี้จะมีสามารถในการสะสมพลังงานต่ำ (ทำให้เกิดน้ำตาลต่ำ), ความผิดปกติในการควบคุมอุณหภูมิกาย, มีปัญหาการรับนม, ปอดเจริญไม่เต็มที่, ผิดปกติใน bilirubin metabolism, โอกาสการติดเชื้อสูงขึ้น, สมองเจริญไม่เต็มที่ การป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ อุณหภูมิต่ำโดยเช็ดตัวให้แห้ง, skin-to-skin เมื่อทารกมีอาการคงที่, ป้องกัน cold stress, ให้พลังงานให้เพียงพอ, อาบน้ำให้เด็กช้าออกไป, ใส่หมวก, ฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกัน Hyperbilirubinemia 1) ลด enterohepatic circulation (improve meconium clearance, maximize milk transfer) 2) ป้องกันไม่ให้ทารกกลดมาก ๆ (early feeding, advance feeding volumes) 3) ฝ้าระวัง bilirubin conjugation (ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก, Asian ethnicity, G6PD), bilirubin screening

ทารกกลุ่มนี้มีปัญหาในการให้กินนมแม่ซึ่งเกิดจาก immature, hypotonic, poor stamina, weak suction pressure, flow sensitive, poor coordination, poor state

control, missed feedings, hard to position, short feedings, poor latch, low milk transfer, choking/gagging ซึ่งภาวะเหล่านี้จะดีขึ้นเป็นสัปดาห์จนกระทั่ง 40 สัปดาห์

การดูแลทารกในเรื่องการให้นมแม่โดยให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยเมื่อคลอดตรวจดูอายุครรภ์ เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมีภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะ 12 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเฉพาะการฝ้าระวังระดับออกซิเจนน้ำตาลในเลือด อุณหภูมิกายของเด็ก ระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดและให้อาหาร ทุก 3 ชั่วโมง เมื่อครบ 12 ชั่วโมงทารกมีอาการคงที่ให้อยู่กับแม่ได้แต่ก็ต้องดูแลทารกอย่างใกล้ชิดโดย ชั่งน้ำหนักทุกวัน สำรวจปริมาณน้ำนมแม่ สำรวจวิธีการให้นมแม่ ทำและการดูแลนมทารก อาจต้องใช้ nipple shield สอนแม่ในเรื่องการให้นมบุตร การเก็บน้ำนม การดูแลบุตร เมื่อจะกลับบ้านมีข้อบ่งชี้ในการให้กลับบ้านชัดเจนและมีการสอนแม่ในเรื่องต่างๆ และการวางแผนการติดตามทารกเป็นระยะเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งทารกกลุ่มนี้อาจเกิดการเจริญเติบโตช้า ขาดสารน้ำร่วมกับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (อาจเกิด kernicterus) ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ไม่ได้รับนมมารดาอย่างเต็มที่ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในวัยทารก

7. Breastfeeding and Maternal Medications by Amy E. Evans

กล่าวถึงยาที่ใช้ในสตรีที่ให้นมบุตร ซึ่งยาที่สามารถผ่านน้ำนมได้มักจะละลายในไขมัน, ปริมาณยาในกระแสเลือดแม่สูง, ยามีน้ำหนักน้อย, ยามีความสามารถในการจับกับโปรตีนต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 90), pH ของยามากกว่า 7.2 (เพราะปกติ น้ำนม มี pH 7-7.2 แต่หาก pH มากกว่า 7.2 จะเป็น ionic ในน้ำนมและจะพบยาในน้ำนม, ยาที่มี pH milk/plasma ratio > 1 จะผ่านน้ำนมได้มาก) กลไกของยาผ่านน้ำนมในวิธีต่าง ๆ Lactation Risk score L1-5 (Pregnancy risk Categories A-X)

โดย L1 ใช้ได้ปลอดภัย โดยมีการศึกษารายงานว่าปลอดภัย, L2 ใช้ได้ปลอดภัยมีรายงานน้อย, L3 ปลอดภัยปานกลางแต่เมื่อใช้มีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงเนื่องจากมีการศึกษาแบบ case control น้อย, L4 มีรายงานที่ใช้ยาแล้วมีผลต่อทารกแต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาก็อาจยอมรับความเสี่ยงได้ L5 ยาที่ห้ามใช้ในสตรีให้นมบุตรเนื่องจากยามีผลต่อบุตร

8. Managing Maternal Complications of Breastfeeding by Lauren Hanley

กล่าวถึงปัญหาที่เต้านมที่บวมบ่ง

หัวนมบอด (Inverted nipples) มีรายงานว่าการเตรียมหัวนม (Breast shells, Hoffman exercises) ตั้งแต่ตั้งครรภ์มีประโยชน์ แต่อาจเกิดการบีบตัวของมดลูกทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ โดยเฉพาะกระตุ้นในไตรมาส 3 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันมีรายงานว่าการเตรียมหัวนมตั้งแต่ตั้งครรภ์อาจมีประโยชน์น้อยและ

ยังเพิ่มการคลอดก่อนกำหนดถ้าเทียบกับการดูแลแม่หลังคลอดในการให้นมบุตร และการเตรียมหัวนมก่อนให้นมบุตร (Breast shells, Hoffman exercises, pump or syringe)

เต้านมคัดตึง (Engorgement) การดูแลแม่หลังคลอดอย่างใกล้ชิดให้ทารกดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธีจะสามารถป้องกันการเกิดเต้านมคัดตึง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของเต้านมอักเสบได้ การดูแลนอกจากจะสอนให้แม่ให้นมทารก ดูดบ่อย ดูดถูกวิธีแล้ว ให้แม่ปวดเต้านมทั้งก่อนให้นมและขณะให้นมบุตร ใช้น้ำเย็นประคบหลังให้นมบุตร อาจต้องให้ยาแก้ปวดหรือใส่เสื้อชั้นในหลวม ๆ มีรายงาน Cochrane review (พ.ศ.2544) พบว่าให้ยา danzen หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) จะช่วยให้อาการเจ็บคัดเต้านมดีขึ้น (OR 3.6) การให้ oxytocin, ประคบเย็นหรือประคบด้วยใบกะหล่ำปลี พบว่าไม่มีประโยชน์

ท่อน้ำนมอุดตันหรือการคั่งของน้ำนม (Plugged Ducts/Milk Stasis) อาการและอาการแสดง มีอาการปวดเฉพาะที่ อาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คลำได้ก้อนและก้อนอาจยุบลงเมื่อน้ำนมหลัง สาเหตุนั้นอาจเกิดได้จาก ไม่ได้ให้นมบุตรตามเวลา ลานนมไม่ดี การให้นมบุตรไม่มาก



ภาพบรรยากาศในห้องประชุมและผู้เข้าร่วมประชุม

พอทำให้น้ำนมค้างในเต้านมมากเกินไป โครงสร้างของเต้านมผิดปกติ ใส่เสื้อชั้นในคับเกินไป การรักษาทำได้โดยให้บุตรกินนมแม่บ่อยขึ้น นวดเต้านมในขณะที่ให้นมบุตร อย่าใส่เสื้อผ้าคับเกินไป เปลี่ยนท่าในการให้นมบุตร ควรตรวจเต้านมอีกครั้งหลัง 72 ชั่วโมง

เต้านมอักเสบ (Mastitis) พบได้ร้อยละ 10 ในสตรีที่ให้นมบุตร เชื้อส่วนใหญ่ *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Streptococcal spp.* สาเหตุเกิดจากมารดาอ่อนเพลีย บาดเจ็บเล็กน้อยของหัวนม, ท่อน้ำนมอุดตันหรือการคั่งของน้ำนม, การเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันของความถี่ในการให้นมบุตร พบในครรภ์แรก เต้านมมีแผล ให้นมเสริมบ่อย อาการและอาการแสดงนั้นมักเกิดขึ้นทันทีที่เหนื่อย เพลีย มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตรวจร่างกายอาจพบเต้านมแดง มักเป็นข้างเดียว มักพบ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด การรักษาทำได้โดยการให้สารน้ำ พักผ่อน หลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดให้ทารกดูดนมบ่อยขึ้น ถ้าทารกไม่ดูดจากเต้าให้ปั๊มนมออกแล้วป้อนทารกแทน ให้ยาปฏิชีวนะเช่น dicloxacillin 500mg วันละ 4 เวลา เป็นเวลา 10-14 วัน หรือยาในกลุ่ม cephalosporin ถ้าไม่ตอบสนองต่อการรักษา ไม่มีไข้ ให้สงสัยภาวะมะเร็ง

เต้านมอักเสบซ้ำซากหรือเรื้อรัง (Recurrent/Chronic Mastitis) ปัจจัยเสี่ยงนั้นพบในเต้านมอักเสบที่รักษาไม่ดีพอ ได้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม ยังมีเต้านมเป็นแผลและติดเชื้ออยู่ มีก้อนที่เต้านม การรักษาที่ควรได้แก่ เพาะเชื้อร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะนาน 2-3 สัปดาห์ พักผ่อนและให้สารน้ำ อาจต้องรักษาเชื้อราลดปัจจัยเสี่ยง กรณีที่พบก้อนให้หาสาเหตุของก้อน

ฝีเต้านม (Breast Abscess) พบได้ร้อยละ 5-14 ในสตรีที่เป็นเต้านมอักเสบ เกิดจากการรักษาช้าหรือรักษาเต้านมอักเสบไม่ดีพอ มักพบในกลุ่มที่เคยเป็นมาก่อน อาการ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว คลำได้ก้อน (fluctuant mass) ที่เต้านม การรักษานั้นอาจต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อเชื้อ *S. aureus* ที่คือยา (MRSA) และยังสามารถให้นม

บุตรได้ มีหลายรายงานพบว่าการใช้เข็มเจาะดูดหนองออก และให้ยาปฏิชีวนะสามารถรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 82-95 รายงานจาก Christensen และคณะในปี พ.ศ.2548 ได้แนะนำการรักษาโดยการระบายหนองผ่านอัลตราซาวด์นำทาง พบว่าร้อยละ 97 หายจากการใช้เข็มดูดหนองออก 1 ครั้งและให้ยา Dicloxacillin 1 gm รับประทาน 3 เวลา หรืออาจทำผ่าตัดระบายหนอง โดยบริเวณที่กรีดหนองออกควรให้ขนานกับขอบลานนม (areola) และไกลจากลานนม ร่วมกับเทคนิค blunt separation ระวังอย่าให้ลึกเกินไป

การติดเชื้อราของเต้านม (Candida infection of the Breast) อาจเรียกว่า Superficial candidiasis, *Candidial mastitis* บางครั้งเชื้อราอาจเข้าไปถึงท่อน้ำนม การวินิจฉัยแยกโรคได้แก่ Improper latch/positioning, Trauma/biting, Plugged duct, Bacterial mastitis, Herpes, Dermatitis, Vasospasm (Raynaud's phenomenon) การรักษาที่ควรให้ทานยา nystatin สำหรับมารดาให้ทาครีม nystatin หรือให้ทานยา fluconazole

การผ่าตัดเต้านม (Maternal Breast Surgery) การผ่าตัดอาจมีผลต่อ ท่อน้ำนมและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงเต้านมซึ่งมีผลต่อการหลั่งน้ำนม ดังนั้นก่อนผ่าตัดควรให้ข้อมูลกับแม่ว่าอาจมีผลต่อการหลั่งน้ำนม

การผ่าตัดเสริมหรือลดขนาดเต้านม (Breast Augmentation/Reduction) มีผลต่อการหลั่งน้ำนมโดยมีผลต่อท่อน้ำนมและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงเต้านม ทั้งนี้ขึ้นกับแผลผ่าตัด ถ้าแผลผ่าตัดอยู่บริเวณรอบ ๆ ลานนมจะมีผลมาก มีรายงานของ Brozowski D และคณะ พบว่า ในรายเคยผ่าตัดลดขนาดเต้านม สามารถกระตุ้นให้มารดาให้นมบุตรสำเร็จร้อยละ 73 เทียบกับไม่ได้รับการกระตุ้น มารดาจะให้ให้นมบุตรสำเร็จร้อยละ 29 ฉะนั้นในกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดลดขนาดเต้านมมา ควรติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเจริญเติบโตของทารก

ก้อนที่เต้านม (Breast Masses) การตรวจเพิ่มเติมในกลุ่มที่ตรวจพบก้อนจาก Mammography ได้แก่

อัลตราซาวด์เต้านมหรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, การเจาะดูดหรือเจาะตัดชิ้นเนื้อของเต้านม (Fine needle aspiration or Core needle biopsy; FNA or CNB), การตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ (Excisional biopsy) การทำ FNA หรือ CNB สามารถทำได้ง่ายและไม่มีผลต่อการให้นมบุตร ส่วนการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ ทำได้ยากกว่าและอาจเกิด milk fistula ได้ง่าย (ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถหายได้เอง)

มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) พบ 1:3,000 ถึง 1:10,000 ของการตั้งครรภ์หรือการให้นมบุตร และร้อยละ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร อายุเฉลี่ย 32 ปี การตั้งครรภ์หรือการให้นมบุตรไม่ได้เพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านม แต่ทำให้การตรวจยากขึ้น

เลือดออกจากหัวนม (Bloody Nipple Discharge) สามารถพบได้เป็นปกติในช่วงไตรมาส 3 ของการตั้งครรภ์ เกิดจากการเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดและเซลล์เยื่อบุผิวที่น้ำนม และพบได้ในช่วงแรกของการให้นมบุตรมักเกิดจากการได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อยของหัวนม ซึ่งหายได้เองภายใน 5-7 วัน ในกลุ่มนี้ควรตรวจลานนมและทำที่ให้นมบุตร ถ้าไม่หายให้ตรวจเพิ่มเติมโดยเฉพาะเรื่องก้อน ซึ่งต้องระวังมะเร็งเต้านม

9. Managing Infant Complications by Nancy E. Wight, M.D. (Neonatologist)

เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการดูแลทารกหลังคลอด การตรวจติดตามน้ำหนัก อุจจาระ ปัสสาวะของทารก การตรวจติดตามทารกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ ดิซ่าน มีน้ำหนักขึ้นช้า และการให้น้ำนมเสริมที่ไม่ถูกต้อง ในช่วงเวลา 15.00-16.30 น. เป็นเข้ากลุ่มอภิปรายผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้นมบุตร แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 25-30 คน หมุนเวียนเข้าพบผู้บรรยายให้เวลากลุ่มละ 30 นาที ให้มีการซักถามโต้ตอบได้ เรื่องที่น่าสนใจคือ การติดตามเยี่ยมมารดาและบุตรที่มีการวางแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การติดตามทารกที่มีปัญหาตัวเหลือง

น้ำหนักน้อย ที่อายุ 5 วัน และทุกสัปดาห์ หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามโรคแทรกซ้อนของทารก และสอนการให้นมแม่อย่างถูกต้อง ซึ่งมีประโยชน์แก่มารดาและทำให้มารดาสามารถให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้

Physician Meeting

4-6 พฤศจิกายน 2554 มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 300-400 คนต่อวัน จากนานาชาติ แบ่งเป็นเนื้อหาบรรยายและการนำเสนอผลงานของผู้เข้าประชุม เนื้อหาบางส่วนอาจคล้ายกับวันแรกแต่ละเอียดมากขึ้น ข้อมูลใหม่ที่น่าสนใจคือ

การใช้ยาฆ่าเชื้อในเต้านมอักเสบ (Mastitis)

อุบัติการณ์พบร้อยละ 10-18 ในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังคลอด เต้านมที่อักเสบ จะมีการปวด บวม แดง ร้อน อาจมีการติดเชื้อมาก่อนหรือไม่ก็ได้ อาการมีตั้งแต่เป็นนอยอักเสบเฉพาะที่ จนกระทั่ง เป็นฝีหรือติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการเฉพาะที่เต้านมอย่างน้อยสองอย่าง (เจ็บ บวม แดงที่เต้านม) และมีอาการทั่วไป (systemic symptom) อย่างน้อยหนึ่งอย่าง (ไข้ ปวดเนื้อปวดตัวหรือปวดศีรษะ, หนาวสั่น, คลื่นไส้ หรือ วิงเวียนศีรษะ)

การรักษาควรให้ยาแก้ปวด โดยที่ากลุ่ม NSAIDs สามารถใช้ได้ก่อนข้างปลอดภัย (Ibuprofen: L2) และให้ยาปฏิชีวนะ 10-14 วัน หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นภายใน 12-24 ชั่วโมง ควรเลือก dicloxacillin 500mg 3 ครั้งต่อวันเป็นลำดับแรก (หรือ flucloxacillin) กรณีที่แพ้ยาเพนนิซิลิน หากแพ้ยาไม่รุนแรงควรให้ cephalexin กรณีที่แพ้ยาชนิดรุนแรง ควรให้ clindamycin กรณีที่ติดเชื้อ MRSA ให้ co-trimoxazole, rifampicin, vancomycin (ถ้าอาการรุนแรง ควรพิจารณาให้ vancomycin เป็นลำดับแรก) กรณีได้ยาปฏิชีวนะแล้วไม่ดีขึ้น ควรทำการเพาะเชื้อจากน้ำนม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ฝีที่เต้านม หรือการติดเชื้อราที่เต้านม

ฝีเต้านม (Breast abscess)

ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจาก *S. aureus* (สามารถเพาะเชื้อจากหนองขึ้นเพียงร้อยละ 30-45) เชื้ออื่น ๆ ได้แก่ *Streptococcus spp.*, *E. coli* พบได้ร้อยละ 3 ในสตรีที่มีเต้านมอักเสบมาก่อน และพบร้อยละ 0.4 ในสตรีที่ให้นมบุตร ภาวะนี้สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการทำอัลตราซาวด์ เต้านม การรักษา ควรให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับเจาะระบายหนองออก ซึ่งบางครั้งอาจต้องทำหลายครั้ง การผ่าตัดออกอาจไม่จำเป็น ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยยังสามารถให้นมบุตรได้

การให้นมบุตรหลังการทำผ่าตัดเต้านม

กรณีที่ 1 กลุ่มมารดาที่กำลังให้นมบุตรแล้วต้องผ่าตัดเต้านม ต้องพิจารณาว่าความปวดจะทำให้ให้นมหลังลดลงหรือไม่ การเลือกยาแก้ปวดและยาสลบให้เหมาะสมหรือไม่ ควรเลือกยาชนิดที่ไม่ผ่านน้ำนม โดยเฉพาะยาพาราเซตามอลและ NSAIDs ซึ่งปลอดภัยในสตรีที่ให้นมบุตร นอกจากนั้นควรคำนึงถึง การปั๊มนมและการเก็บนม ในบางรายอาจเลือกใช้ขวดนมในการเลี้ยงบุตรแทนไปก่อน ตำแหน่งที่ผ่าตัดโดยถ้าแผลผ่าตัดอยู่ตำแหน่งรอบลานนม (periareolar) อาจมีผลต่อการหลั่งน้ำนมได้มาก

กรณีที่ 2 กลุ่มมารดาที่มีประวัติเคยผ่าตัดเต้านมมาก่อน ปัจจัยที่มีผลต่อการให้นมคือ จำนวนเนื้อเต้านมที่ตัดออกไป การทำลายท่อน้ำนม การทำ nipple transplantation ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อโครงสร้างการผลิตน้ำนม นอกจากนั้นการผ่าตัดมีผลต่อเส้นเลือดและระบบประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณลานนม หากมีผลมาก จะทำให้ฮอร์โมนที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนมจะทำงานได้ลดลง เช่น oxytocin, prolactin reflex เป็นต้น ฉะนั้นการผ่าตัดขณะให้นมบุตรควรทำในรายที่มีความจำเป็นและกรณีมารดาเคยผ่าตัดเต้านมมาก่อนควรระวังในเรื่องน้ำนมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในรายที่ถูกตัดเนื้อเต้านมออก

เต้านมและโรคที่เกี่ยวข้อง (Dermatology of the breast)

ธรรมชาติหัวนมมีเยื่อผิวหนังชนิด stratified squamous มี 15-25 lactiferous ducts มี sebaceous glands ไปรวมต่อกันในหัวนม

ผิวหนังอักเสบ พบได้ร้อยละ 2 ในมารดาที่ให้นมบุตร พบบ่อยได้แก่

o Contact dermatitis เป็นภูมิแพ้ของผิวหนัง เกิดจากปฏิกิริยาของ T-cell ชนิดที่ 1 ส่วนใหญ่มักเกิดจากครีมทาผิว สบู่ สารเพิ่มความชุ่มชื้น (ลาโนลิน, mycostatin preservatives, ซีฟี่ง, ครีมคาโมมาย, อโรเวร่า, ครีมนิโอสเตออยด์, น้ำหอม) รอยเกาจากเล็บ เกิดผื่นอักเสบจากทารกที่ได้รับอาหารแข็งแล้วคุณนม หรืออาจเกิดจากการใช้สเตียรอยด์ทาเฉพาะที่ การรักษาควรต้องหาสาเหตุและให้หยุดสารกระตุ้น ใช้สเตียรอยด์หรือวาสลีนทาเฉพาะที่

o Irritant dermatitis ไม่ใช่ภาวะแพ้ เป็นการระคายเคือง การทดสอบ Patch test เป็นลบ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดสารระคายเคืองเช่น สบู่ เสื้อผ้า แผ่นปิดหัวนม ครีมที่ใช้สำหรับผื่นนี้ ได้แก่ LacHydrin หรือ Amlactin, ผลิตภัณฑ์ที่มียูเรีย

o Atopic dermatitis พบในคนที่มีผิวหนังตอบสนองต่อการกระตุ้น ตั้งแต่เกิดซึ่งต่างจากผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสหรือแพ้สารระคายเคือง มักมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหอบหืด, ภูมิแพ้หรือผิวหนังอักเสบ สิ่งกระตุ้นคือ อากาศหนาว เสื้อผ้าขนสัตว์ สบู่ ตำแหน่งที่พบบ่อยหลังเข้าหรือหลังเท้า ภาวะนี้มักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาควรใช้สเตียรอยด์ทาเฉพาะที่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น อาจต้องให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ *Staphylococcus spp.* แพรกซ์อน ซึ่งเป็นเชื้อที่พบบ่อยใน atopic eczema

Lichen Simplex Chronicus เกิดจากการเสียดสีที่ผิวหนังนาน ๆ พบลักษณะผื่นแบบนูนหนาสีเข้มหรือชมพู ขอบเขตชัดเจนและมีรอยเกา วินิจฉัยได้ด้วยการทำ scratching หรือตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา การ

รักษาด้วยการใช้สเตียรอยด์ทาเฉพาะที่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นคือ การเสียดสี

Paget's disease เป็นมะเร็งของท่อน้ำนม มักพบในสตรีที่หมดประจำเดือน แต่อาจพบในผู้ป่วยที่อายุน้อยได้ ลักษณะที่พบเริ่มด้วยผื่นแดง ขยายตัวช้า ไม่ได้ผลต่อการรักษาที่ให้ ตรวจเต้านมพบก้อนในเต้านมร่วมกับต่อมน้ำเหลืองโต วินิจฉัยได้ด้วยการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

Tinea versicolor เกิดจากเชื้อรา *Malassezia* ลักษณะรอยปื้นที่มีขุย สีขาว ชมพูหรือน้ำตาล รักษาด้วยการทายาฆ่าเชื้อราเฉพาะที่ หรือโลชั่น 2% Selenium ร่วมกับหลีกเลี่ยงความชื้น การป้องกันทำได้ด้วยการใช้ซิงค์ไพริไทโอน

Pityriasis Rosea อาจเกิดจาก human herpes virus 6 หรือ 7 ซึ่งไม่ติดต่อ ลักษณะผื่นที่เรียกว่า Herald patch แบบกลมรี ขอบเขตชัดและมีขุยเล็กน้อย มักกระจายตรงกลางลำตัว สามารถหายได้เองภายใน 6 สัปดาห์ การรักษาด้วยสเตียรอยด์ทาเฉพาะที่ ฉายแสงยูวีบี หรือยา acyclovir

โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis) ลักษณะผื่นแดง มีขุยสีเงิน ในบริเวณข้อศอก เข่า หนังศีรษะ red plaques, silver scale on elbows, knees, scalp, หรือด้านหลังของผิวหนังบริเวณข้อต่าง ๆ ส่วนเต้านมจะมีลักษณะผื่นขอบเขตชัดเจน ที่หัวนมจะมีลักษณะผื่นอักเสบ การรักษาด้วยสเตียรอยด์ทาเฉพาะที่ ฉายแสงยูวีบี ทาวิตามินดี calcitriol

ผิวหนังพบได้บ่อยในสตรีที่ให้นมบุตร ระหว่างที่ให้ยารักษานั้น ส่วนใหญ่ยังให้นมบุตรได้ เช่น Benzoyl peroxides, salicylic acid cleanser, topical clindamycin, erythromycin, retinoic acid

ผื่น Intertrigos

o Seborrheic dermatitis มักพบได้ราวนม อาจเกิดจาก *Malassezia* การรักษา มักให้ยาฆ่าเชื้อราแบบแชมพูหรือครีม อาจใช้สเตียรอยด์ทาเฉพาะที่

o Candidal intertrigos ลักษณะเป็นตุ่มหรือหัวหนองสีแดงในบริเวณที่ชื้นของรอยเสียดสี ยืนยันการวินิจฉัยโดย KOH หรือเพาะเชื้อรา การรักษาด้วยการให้ยาฆ่าเชื้อรา

o Erythrasma เกิดจากเชื้อ *Corynebacterium* มักพบบริเวณรักแร้และบริเวณที่มีการเสียดสี วินิจฉัยด้วยลักษณะผื่นมีสีแดงปะการังเมื่อมองภายใต้แสงฟลูออเรสเซนซ์ รักษาด้วยการให้ยา erythromycin ชนิดทาหรือรับประทาน

เจ็บหัวนม (Nipple pain)

Bacterial infection ถ้าเป็นการติดเชื้อชั้นผิวหนังเป็น impetigo แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อชั้นลึกกว่าชั้นผิวหนังเป็นเต้านมอักเสบหรือฝีเต้านม เชื้อส่วนใหญ่เกิดจาก *S. aureus* ซึ่งมาจากทารกเป็นส่วนใหญ่ หรืออาจเกิดจากผิวหนังหรือผื่นอักเสบ เชื้อที่พบไม่บ่อยได้แก่ *Streptococcus spp.*, *E. coli* ลักษณะผิวหนังที่พบเป็นรอยแผลเล็ก ๆ ตื้น ๆ และ ๆ และสะเก็ดสีเหลือง การรักษาที่แนะนำด้วย dicloxacillin หรือ cephalexin หากสงสัยเชื้อ MRSA ควรให้ clindamycin, co-trimoxazole, tetracyclines (ให้ระยะสั้นเท่านั้น) หรือยาทาเฉพาะที่ mupirocin, retapamulin

Raynaud's of the nipple พบได้ไม่บ่อยเท่าที่เกิดที่นิ้วมือ เกิดจากเส้นเลือดเล็ก ๆ มีการหดตัวเมื่อมีอุณหภูมิต่ำหรือความเครียด ซึ่งจะมีอาการปวดหรือตื้อ ๆ ร่วมกับหัวนมจะมีสีเปลี่ยน (เริ่มด้วยซีด ต่อมาขาวหรือเขียวและต่อมาสีน้ำเงินปนแดง) บางครั้งแยกจากจากเต้านมอักเสบ รักษาด้วยการให้ยา nifedipine 5 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง หรือ nifedipine SR 30 mg รับประทานวันละครั้ง นาน 2 สัปดาห์ ร่วมกับหลีกเลี่ยงสารที่ทำให้เกิดเส้นเลือดหดตัวเช่น นิโคตินหรือคาเฟอีน

การติดเชื้อรา *Candida* มีลักษณะการปวดแบบแสบร้อนร้าว ๆ การวินิจฉัยควรทำการเพาะเชื้อราแต่อาจตรวจไม่พบเชื้อได้

โรคอ้วน ภาวะเมตาบอลิกผิดปกติและการตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์อ้วนจะทำให้มีกลุ่มอาการ polycystic ovarian, การแท้งบุตร, การตายคลอด, คลอดก่อนกำหนด, ภาวะดื้อต่ออินซูลิน, สอร์โมน androgen เพิ่มขึ้นซึ่งมีผลทำให้เพิ่มโอกาสเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนั้นทำให้โอกาสเกิดความดันโลหิตสูง, เพิ่มโอกาสการถูกผ่าตัดคลอดบุตร

สตรีที่อ้วนกับการให้นมบุตร เนื่องจากทารกมักเกิดก่อนกำหนดจากแม่ต้องรักษาภาวะแทรกซ้อน, เพิ่มโอกาสการทำผ่าตัดคลอดบุตร จะทำให้เริ่มให้นมบุตรได้ช้าลดการตอบสนองต่อสอร์โมน prolactin มีความเครียดเกิดขึ้นได้ง่าย

การดูแลสตรีกลุ่มนี้ ก่อนตั้งครรภ์ ควรแนะนำถึงประโยชน์การให้นมบุตร รักษาภาวะดื้อต่ออินซูลิน (ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ให้ยา metformin) หลังคลอดเฝ้าติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เน้นการโอบกอดขณะให้นมบุตร (skin-to-skin contact) สอนการบีบและกระตุ้นเต้านม

HIV and Breastfeeding by Caroline Chantry, M.D.

ช่วงต้นปี พ.ศ.2533 แนะนำห้ามให้นมบุตรในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับให้ใช้ donor milk สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีปัจจุบันได้มีความพยายามทำนมแม่ฆ่าเชื้อ (pasteurization), ธนาคารนมแม่ หรือนมสัตว์ประยุกต์สำหรับมนุษย์

การดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรให้ยาต้านไวรัสตลอดชีวิต โดยดูจาก CD4 count ถ้า ≤ 350 ให้ยาสูตร HAART, CD4 count > 350 ให้ยาต้านไวรัสสูตรป้องกัน โดยมี 2 สูตรได้แก่ AZT/nevirapine หรือ HAART หลังคลอดให้ nevirapine ทารกต่อ 6 สัปดาห์ และในมารดาให้ยาสูตร HAART ต่อถ้า CD4 ≤ 350 แต่กรณีให้นมบุตร ให้มารดาทานยาสูตร HAART จนกระทั่งหยุดให้นมบุตรและทานต่ออีกอีก 1 สัปดาห์ ส่วนทารกให้ nevirapine ทารกต่ออีก 1 สัปดาห์หลังหยุดให้นมแม่

การประชุมครั้งนี้ต้องขอบคุณมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยที่ให้โอกาสให้ทุนผู้สนับสนุนไปประชุมในครั้งนี้ โดยมีตัวแทนของประเทศไทยเข้าร่วมประชุมทั้งหมด 7 ราย นับว่าได้ความรู้และแนวคิดในการพัฒนางานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล เรื่องการตรวจติดตามทารกหลังคลอดและหลังกลับบ้าน เพื่อสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ให้นมบุตรอย่างเดียว 6 เดือน และให้นมบุตรบวกกับอาหารเสริม 2 ปี ยังช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำ น้ำตาลในเลือดต่ำภาวะดิซ่านเป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่ม late preterm ซึ่งหลังจากกลับจากการประชุมวิชาการครั้งนี้ ผู้สนับสนุนได้นำเสนอข้อมูลเหล่านี้แก่แพทย์ นักศึกษาแพทย์และพยาบาล ได้ร่วมประชุมวางแผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลและศูนย์แพทย์ชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา และจัดตั้งโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล วางแผนการประชุมวิชาการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 เป็นต้น