



اولویت‌های مراقبت

از نوزادان مبتلا

به شکاف لب و کام

مرد آوری: کلثوم فداکار*

داروهای ضد تشنج مانند فنی‌توئین و اسیدوالپریک، تالیدومید، دیگوکسین، مصرف الکل و در سیگار و عدم مصرف اسیدفولیک و ویتامین B طول بارداری خطر بروز شکاف لب و کام را افزایش می‌دهند. (۳) و (۴) و (۸)

اولویت در مراقبت‌های روانی

پس از تولد، والدین این کودکان با مشکلات عاطفی عدیده‌ای مانند ترس، گیجی، اضطراب و ناامیدی روبرو می‌شوند، خصوصاً اگر کودک فرزند اول خانواده بوده و یا پس

از زایمان، مادر و نوزاد از هم جدا شوند مشکلات عاطفی خانواده شدیدتر خواهد شد زیرا هنگام در آغوش گرفتن نوزاد و لمس وی توسط مادر احساسات گرم مادری ایجاد می‌شود. (۵)، (۶)

به منظور کاهش یا برطرف نمودن این مشکلات باید به خانواده گفته شود که احساسات آنها طبیعی و قابل درک بوده، اما دلیلی برای مقصر دانستن آنان وجود ندارد، و

شکاف لب و کام یکی از شایعترین نقایص آناتومیکی هنگام تولد می‌باشد، که در حدود ۴۰-۳۵ درصد از ناهنجاریهای صورت را تشکیل می‌دهد.

میزان شیوع شکاف لب و کام بدون وجود سندرم میزانی، ۱ به ۷۰۰ تولد زنده می‌باشد و شیوع آن بر حسب نژاد، منطقه جغرافیایی، جنس جنین و وضعیت اجتماعی - اقتصادی متفاوت است. شیوع شکاف لب همراه یا بدون شکاف کام در پسرها و شکاف کام به تنهایی در دخترها زیادتر بوده و کلاً در کشورهای آسیایی بیشتر و در سیاهپوستان کمتر می‌باشد. (۵) و (۸).

شکاف لب و کام به دنبال نقص تکاملی در دوره ارگانوژنز جنینی، در ارتباط با عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی بروز می‌نماید، حد ۳۰ ژن در بروز انواع مختلف شکاف لب و کام دخالت دارند. عوامل محیطی خطر بروز شکاف لب و کام را افزایش می‌دهند که به چهار دسته تقسیم می‌شوند و شامل: محیط داخل رحمی، محیط خارج رحمی، تغذیه و داروها می‌باشند،

* کارشناس ارشد پرستاری اطفال عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

زائده پدید می‌آید که بعدها در حلق باز شده و سوراخ‌های بینی را تشکیل می‌دهد. بینی، دیواره بینی، سوراخ‌های بینی، قسمت وسط لب فوقانی^۴ و قسمت وسط فک فوقانی^۵ از زائده فروتوناژال بوجود می‌آیند.

۲- زاویه فک فوقانی^۶، از دو طرف صورت پیش می‌آید و پس از پیوستن به زائده فروتوناژال، گونه‌ها، لب فوقانی (به استثنای فیلتروم)، فک فوقانی و کام (به استثنای پره ماگزایلا) را بوجود می‌آورند.

۳- زاویه فک تحتانی^۷ که بر روی خط وسط به یکدیگر می‌پیوندند و فک تحتانی را بوجود می‌آورند. از آنجایی که شکاف لب بدلیل عدم اتصال کامل زوائد مرکزی با یک یا هر دو زائده خارجی که منشاء رشد فک فوقانی، لب و بینی می‌باشد، پدید می‌آید لذا عدم اتصال در هفته ۸-۶ حاملگی موجب شکاف لب یک طرفه یا دو طرفه می‌گردد. (۱)(۳)(۶)

شکاف کام غالباً از زائده آلوئولی شروع شده و تا

دیواره جانبی بینی امتداد یافته و آنرا به یک طرف جابجا می‌نماید. کف سوراخ‌های بینی و لثه فوقانی نیز ممکن است معیوب باشند. شکاف کام به علت عدم جوش خوردن زائده‌های کام در هفته ۱۲-۷ حاملگی ایجاد می‌شود و ممکن است صرفاً کام نرم و یا کام سخت را هم گرفتار نماید. شکاف معمولاً طولی و در مرکز کام نرم بوده، ولی ممکن است در یک طرف یا در طرفین کام سخت هم ایجاد شود. شکاف مسیری را بین نازوفارنکس و بینی می‌سازد که سبب اشکال در تنفس شده و زمینه را برای کسب عفونت فراهم می‌نماید. نوزاد مبتلا به علت عدم توانایی در ایجاد خلاء در حفره دهانی قادر به مکیدن مؤثر نخواهد بود و در صورت انجام تلاش، بخشی از غذا از طریق بینی خارج خواهد شد. (۱)(۸)

مهمترین اقدام پرستاری در این نوزادان استفاده از

همچنین با جراحی صحیح و به موقع و مراقبت مناسب این کودکان بهبود یافته و نقص جسمی مهمی به جا نخواهد ماند. پرستار با متوجه ساختن والدین به خصایص طبیعی نوزاد و نشان دادن تصاویر قبل و بعد از عمل شیرخوارانی که نقص مشابه داشته و بهبود یافته‌اند و نیز با اختصاص دادن زمانی برای صحبت جراح با والدین در مورد درمان نوزاد، می‌تواند به ایجاد دل‌بستگی بین والدین و کودک کمک نماید. (۵)، (۶) و (۸)

همچنین والدین باید تشویق شوند که در مورد ترس‌ها و نگرانی‌های خود صحبت کرده، با نوزاد تماس چشمی و جسمی برقرار نموده و از طریق بازی، تحریکات جسمی و عاطفی مناسب تبادلات لازم بین کودک و والدین برقرار گردد. (۱)

اولویت در مراقبت‌های جسمانی

در مراقبت از این نوزادان تغذیه اهمیت ویژه‌ای دارد. کمبود آگاهی پرستاران از نحوه صحیح روش‌های تغذیه و ندادن آموزش مناسب به خانواده، موجب عدم موفقیت والدین در امر تغذیه و در نتیجه ایجاد احساس بی‌کفایتی در آنان می‌گردد، بعلاوه نوزاد هم به وزن مناسب نرسیده و تیم درمان در امر مراقبت این نوزادان با شکست روبرو خواهد شد. (۲)(۸)

تغذیه کودکان مبتلا به شکاف لب و کام بیشترین دلیل دلواپسی در بین والدین جوان می‌باشد

وجود اطلاعات نامناسب و ناقص در مورد تغذیه نوزادان مبتلا به شکاف لب و کام به دلیل عدم درک از آناتومی طبیعی لب و کام و پاتوفیزیولوژی این نقص می‌باشد برای درک این ناهنجاریها لازم است چگونگی رشد صورت و کام مورد بررسی قرار گیرد:

در دوره جنینی در اطراف دهان اولیه سه زائده نمو می‌کند:

۱- زائده فروتوناژال^۲ یا زائده پیشانی - بینی، از جمجمه به طرف پایین پیش آمده و دو فرورفتگی شامه‌ای^۳ بر روی این

1 - Stomodaeum

2 - Frontonasal Prominence

3 - Olfactory Pits

4 - Philtrum

5 - Premaxilla

6 - Maxillary Prominence

7 - Mandibular

در استفاده از روش «ESSR» بایستی ابتدا سرپستانک را از چهارطرف گشاد کرده، سپس نوزاد را در وضعیت مناسب در آغوش مادر قرار داد، در مرحله بعد با تحریک لب پائینی نوزاد، رفلکس مکیدن تحریک شده و عمل بلع نوزاد کنترل شود، در مرحله آخر با رویت نیاز به استراحت در نوزاد، که با بالا بردن ابرو و ایجاد چین در پیشانی مشخص می‌شود زمانی را برای استراحت نوزاد و بلع شیر باقیمانده در دهان وی اختصاص داد. در این زمان می‌توان با ماساژ بین دو کتف، نوزاد را وادار به آروغ زدن و خروج « هوای بلعیده شده نمود و دوباره روش تغذیه‌ای «ESSR» را ادامه داد. (۱)(۷).

طی تحقیق انجام شده توسط مک دونالد^۶ در سال ۲۰۰۰، بر روی گروهی از مادرانی که دارای نوزاد مبتلا به « شکاف لب و کام بوده و از تکنیک تغذیه «ESSR» استفاده می‌کردند، نتایج زیر بدست آمد:

اکثریت مادران مشکل خاصی در زمینه تغذیه نوزادان نداشته و اظهار نمودند که پس از گذشت چند ماه اول بعد از تولد، مشکلات آنان بطور قابل توجه‌ای کاهش یافته است. مهمترین مشکل والدین این بود که تغذیه این نوزادان بسیار وقت‌گیر است، بطوری که در مقایسه با تغذیه یک نوزاد سالم که معمولاً ۳۰-۱۰ دقیقه طول می‌کشد، تغذیه این نوزادان به زمانی بیش از ۱/۵-۱ ساعت وقت نیاز دارد و هیچ راهی برای حل این مشکل بجز تطابق با آن وجود ندارد. اما این والدین نباید تصور کنند که تنها آنان می‌توانند به نوزاد خود شیر دهند، بلکه بایستی با آموزش به مادر بزرگ‌ها، دوستان، آشنایان، خواهر و برادر نوزاد از آنان نیز کمک بگیرند. این کار به نوزاد کمک میکند تا برای تغذیه در بیمارستان و احیاناً توسط پرستاران آماده شود. مشکل دیگر این والدین بلع مکرر هوا توسط نوزاد بوده به طوری که با خوردن هر

روش صحیح تغذیه با شیر مادر است. شکاف لب و کام توانایی مکیدن نوزاد را کاهش داده و بر تجمع شیر در آلئول‌ها و تغذیه از طریق پستان مادر^۱ و بطری^۲ تأثیر می‌گذارد. بهترین وضعیت برای تغذیه نوزاد وضعیت عمودی^۳ است به طوری که کودک در وضعیت گهواره‌ای^۴ با زاویه ۸۰-۶۰ درجه در آغوش مادر و سر کودک در چین آرنج مادر قرار گیرد. همچنین با گذاشتن یک دستمال تمیز زیر گردن نوزاد از ریختن شیر بر روی پوست ناحیه جلوگیری شود. (۲)(۴)(۶)(۸)

در صورتی که مادر علاقمند به تغذیه با شیر خود باشد بایستی به او کمک کرد تا لته‌های نوزاد را دو طرف آرئول پستان قرار داده و با استفاده از انگشت شست و نشانه، سینه را حمایت نماید، و سپس گاهگاهی با فشردن پستان باعث خروج شیر گردد. هنگام تغذیه باید از بلع شیر توسط نوزاد مطمئن شد زیرا خطر آسپیراسیون وجود دارد. در صورت وجود مشکلات شدید در لب و کام نوزاد، یا عدم موفقیت در تغذیه از طریق پستان، مادر می‌تواند با دوشیدن پستان خود و ریختن شیر در بطری به طرق مختلف نوزاد خود را تغذیه کند به طور مثال ممکن است با پستانک‌های نرم و بلند با سوراخ بزرگتر از حد معمول تغذیه شوند. در جدول شماره ۱ روش تغذیه‌ای «ESSR» عنوان شده است:

جدول شماره ۱: روش تغذیه‌ای ESSR

اقدام	تأثیر
E	
گشاد کردن سوراخ سرشیه با استفاده از فیچی کوچک آرایشی که از چهار طرف، سرشیه را برش می‌دهد.	این عمل به نوزاد اجازه می‌دهد که بدون مکیدن مؤثر شیر راه پشت گلو هدایت نماید
S	
تحریک رفلکس مکیدن با مالش سرشیه به لب پایینی و سیراروه کردن شیشه شیر.	هدف آماده نمودن نوزاد برای تغذیه است، تا زمانی که شیر وارد دهان کودک می‌شود باعث خنگی و با هدر رفتن شیر نگردد.
S	
بلع طبیعی مایع.	هدف رساندن میزان کافی شیر به کودک بدون صرف انرژی و دستیابی به وزن مناسب است
R	
در فواصل شیردهی، استراحت کوتاه برای نوزاد در نظر گرفته می‌شود.	به نوزاد اجازه داده می‌شود تا شیر جمع شده در پشت گلو را فوراً داده و از رگشت شیر جلوگیری نماید.

1 - Breast - Feeding

2 - Buttle - Feeding

3 - Upright Position

4 - Cradle Position

5 - Enlarge - Stimulate - Swallow - Rest

6 - Mac Donald

صبر و حوصله دارد. یکی دیگر از دلایل دلواپسی والدین، اختلال در شنوایی است. نوزاد مبتلا به شکاف لب و کام معمولاً با شنوایی طبیعی بدنیا می آید، اما مطالعات نشان داده است که در سالهای اولیه زندگی و دوران قبل از مدرسه، مستعد ابتلا به عفونت گوش میانی به دلیل تجمع مایع در گوش است. در این کودکان، لوله استاش که محل اتصال گوش به بینی است، عملکرد طبیعی خود را از دست داده و قادر به تخلیه کامل گوش نمی باشد. بنابراین مایع در فضای گوش میانی جمع شده و از ارتعاش طبیعی دهلیز گوش جلوگیری نموده و شنوایی کاهش می یابد.

مطلب مهم این است که این مشکل موقتی است و با افزایش سن از بین می رود اما چون کودک نیاز به شنیدن دارد تا از نظر گفتاری به تکامل برسد، بایستی در دوران اولیه کودکی، با اتولوژیست مشورت شود. (۲) (۶)

۱/۵-۱ آنس شیر، اقدام به خارج نمودن هوای معده نوزاد می نمودند. یافته دیگر این تحقیق آن است که این نوزادان خوردن شیر گرم را ترجیح داده و بنظر می رسد که گرما حرکت هوا را جهت تخلیه آسان تر می نماید. (۶)

گروهی از والدین استفاده از قطره چکان با انتهای لاستیکی، فنجان یا قاشق را ترجیح می دهند. در هر صورت تغذیه بایستی به آرامی و ملایمت انجام شود، زیرا جریان سریع شیر، موجب خروج آن از شکاف کام می گردد، و پس از تغذیه، دهان نوزاد باید با آب تمیز شده و کودک در طول تغذیه از نظر آسپیراسیون و اختلال تنفسی کنترل گردد. (۶) (۸)

سایر دلایل دلواپسی والدین می تواند احتمال اختلال در تکلم و تکامل زبان کودک باشد. معمولاً اکثر کودکانی که با شکاف لب و کام بدنیا می آیند پس از عمل جراحی با اندکی گفتار درمانی بسیار خوب صحبت می کنند، اما نیاز به زمان و

منابع:

- Ashwill, J.W. Droske, s.c. *Nursing Care of children. Principles and Practice*. Philadelphia: W.B.Saunders Co. 1997.
- Behrman, R,E and Kliegman, R, M. *Nelson TextBook of Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders Co 2000.
- Bender, Particia, L. "Genetics of cleft Lip and Palate. *Journal of Pediatric Nursing*. August 2000, Vol: 15, No:4 PP:242 - 248.
- Betz, C, And sowden, L. *Mosby's pediatric Nursing Reference*. S.t Louis: The C.U.Mosbco, 2000.
- Davis Health system, "parental guide to cleft lip and cleft palate". Internet site Google 1999.
- MacDonald S,K," Caring your *Newborn with cleft Lip and cleft Lip and cleft Palate for Parents*, from parents". Internet site Google 2000.
- Richard, Margaret E. "Feeding The Newborn with cleft lip and palate: The Enlargement, Stimulate, swallow, Rest (ESSR) method". *Journal of pediatric Nursing* Vol:6, No:5,1991 PP:317 - 321.
- Whaley. L. Fand wong, D,L. *Nursing Care Of Infant and children*. St Louis.The.c.v. Mosby Co.1997.