

ترشح شیر و جلوگیری از آن

LACTATION

استفاده از ویتامین B₆ و مقایسه آن با سایر داروها بررسی بر روی ۱۶۵ مورد .

دکتر مهدی رضائی زاده

شده فوق به نسبت بیشتری ترشح شده بزرگی و آمادگی پستان جهت تغذیه نوزاد کمک میکند البته رل تغذیه مادر را نایستی نادیده گرفت . (۱۰۸ و ۲)

از عوامل دیگری چون تیروکسین و انسولین در فعالیت پستانی نیز یاد شده ولی بهر صورت این هورمونها بیشتر زمینه ساز بوده و اثر مستقیم ندارند . (۹۳)

در مورد ترشح شیر این مهم نیست که پستان در ضمن حاملگی چه مقدار بزرگ میشود بلکه بایستی توجه داشت تا زمانی که جفت در بدن وجود دارد ترشح شیر ممکن نیست چون این عمل بعلت تاثیر استروژن بر روی هیپوتالاموس و هیپوفیز قدامی مهار شده است و بلافاصله بعد از زایمان و خروج جفت اثر ممانعت کننده از بین رفته با ایجاد پرولاکتین ترشح شیر از پستان را تحریک میکند و مهمتر از همه ادامه ترشح شیر بوسیله تحریک نوک پستان از طریق مکیدن است و بوسیله یک مکانیسم عصبی از طریق هیپوتالاموس باعث ترشح پرولاکتین میشود . (۴ و ۵ و ۶)

نکته دیگر اینکه تخلیه کامل پستان خود به ترشح شیر کمک میکند (نکته ای که در مورد خشکانیدن شیر با بستن پستانها مهم است) البته عمل تخلیه پستانها در اثر انقباض سلولهای میوایی تلیال اطراف مجاری و آسینی ها صورت میگیرد که تحت تاثیر اوکسی توسین هیپوفیز ضمن تحریک نوک پستان طبق مکانیسم فوق ایجاد میشود و میتواند دلیلی باشد برای انقباضات دردناک رحمی بعد از زایمان ضمن مکیدن یا دستکاری پستان . (۱۰)

اختلالات ترشح شیر

مقدار شیر نه تنها بسلامت و قدرت جسمانی مادر بستگی

دستگاه ترشح شیر در ساختمان بدن انسان و سایر حیوانات پستاندار وجود دارد ولی تنها در جنس مونث فعال است اما بطور استثنائی در برخی از حیوانات نظیر خفاش عمل ترشح شیر در جنس نر نیز فعال است و میتواند به جفت خود کمک کند . (۱)

مکانیسم ترشح شیر . واحد ترشحي شیر در پستان آلوتول است و هر آلوتول دارای ساختمانی بشرح زیر است .

۱ - مامبران بازال - ۲ - سلولهای میوایی تلیال - سلولهای ترشحي مطبق (ایپی تلیوم ترشحي) این ساختمان ترشحي وسیله یک سیستم عصبی هورمونی کنترل میگردد . (۳ و ۹)

فعالیت پستانها را میتوان در دورانهای بلوغ ، سیکل ، ماهانه ، حاملگی و پس از زایمان بررسی کرد . در مورد رشد و نمو پستان (JEFFCOATE ۱۰) عقیده دارد معتقد است که حتی در یک نوزاد مونث نوک پستان درشت تر از جنس مذکر است و شروع واقعی رشد و نمو پستان در قبل از بلوغ و بیشتر تحت تاثیر استروژن تخمدانی است ولی هورمون STH هیپوفیزی و کورتیکوئید فوق کلیوی هم موثر هستند ولی بعد از بلوغ ادامه رشد و نمو پستانها علاوه بر هورمونهای فوق تحت تاثیر پرژسترون و پرولاکتین نیز شدت مییابد . بطور کلی استروژن - هورمون سوماتوتروپ و کورتیزون باعث رشد و نمو مجاری شیری میشوند در حالیکه پرژسترون و پرولاکتین و کلیکوکورتیکوئیدها باعث رشد و نمو غدد شیری میشوند . علاوه بر رشد و نمو مجاری و غدد این هورمونها باعث تجمع چربی در نسج پستان شده و بزرگی آن کمک میکنند . در ضمن حاملگی تمام عوامل یاد

مورد دادن استیل بسترول روش کاهنده را بشرح زیرکار میبرند .
 ابتدا ۱۵ میلی گرم سه بار در روز برای روز ۱ و ۲
 سپس ۱۰ " " " ۳ و ۴
 " ۵ " " ۵
 " ۵ " " ۶
 و بعد ۲/۵ " " ۷
 که باروش فوق در ۸۵ در صد موارد ترشح شیر متوقف میشود .
 ولی در ۳۰ در صد موارد امکان برگشت ترشح شح شیر مجدد
 وجود دارد .

روش دیگری که آقای WARMACH در سال ۱۹۶۲
 از روی تجربه بر روی ۹۰۰ بیمار پیدا کرده است مصرف توام
 فرآورده های هورمونی است و بهترین نوع را Testosterone
 و ESTRADIOL میدانند که در این فرم معمولا
 برگشت کمتر است ولی باز هم وجود دارد .
 با در نظر گرفتن این موضوع که استروژن گاهی باعث خون-
 ریزیهای رحمی با برگشت ترشح شیر بعد از قطع درمان یاریسک
 اختلالات ترومبوآمبولیک میشود لذا همیشه مورد انتقاد بوده
 و از این رو تحقیق روی مواد دیگری انجام شد .

در سال ۱۹۷۰ آقای KAMBERI متوجه شد که
 پرولاکتین که عامل ترشح شیر است از راه افزایش غلظت دو
 پامین را افزایش واز ترشح شیر بکاهند و این فکر پیش آمد که
 شاید اثر مشابهی نیز در انسان وجود داشته باشد تا اینکه در
 بیال ۱۹۷۲ آقای TYSON موفق شد با تجویز
 L. DOPA از ترشح پرولاکتین انسانی جلوگیری کند
 و او حتی از این عامل برای درمان برخی از گالاکتوره ها نیز
 استفاده کرد . ولی بخاطر عوارضی که ال دوپا در انسان دارد
 ب فکر افتادند که دوپامین را از راه دیگری بدست آورند و نتایج
 آزمایش در مورد پیریدوکسین و یا ویتامین B6 مثبت بود
 بخصوص که پیریدوکسین فسفات ایجاد کوآنزیم Dopa.
 DECARBOXYLASE را میکند و با مهار پرولاکتین مانع
 از ترشح شیر میشود و این نتایج از روی تجربه بر روی ۲۵۴
 بیمار بدست آمد .

برای انجام آزمایش ۳ قرص مشابه یکی حاوی ۵ میلی گرم
 استیل بسترول - دیگری حاوی ۲۰۰ میلی گرم پیریدوکسین و
 سومی Placebo بود تهیه کردند . درمان شامل تجویز یک

در نتیجه درمان بر حسب یافته های بالینی بشرح فوق و بر حسب
 عوامل ایجاد کننده متفاوت خواهد بود .

خشکانیدن شیر SUPPRESS OF LACTATION

امروزه بععلل مختلف بچه را از شیر میگیرند و یکی از شایعترین
 عللی که در سالهای اخیر جلب توجه میکند تمایل مادران به
 تغذیه نوزاد با شیر خشک و امتناع از شیر دادن بعلت کار در
 خارج از منزل و یا زیبایی است . البته سقط جنین در ماههای
 آخر حاملگی و یا مرگ جنین و نوزاد از مواردی است که خشکانیدن
 شیر را الزامی میسازد و بهمین دلیل مسئله Ablation
 امروزه بسیار مهم جلوه کرده است .

مطابق آماری که از آمریکا داده شده است (۱۲۰۸) —
 زنان از ابتدا و حدود ۲۰ در صد یا بیشتر در عرض یک تا دو
 ماه پس از زایمان اقدام بقطع شیر میکنند بهمین دلیل تعجب
 آور نیست که راههای مختلفی برای کوتاه کردن و راحت کردن
 فاصله زمانی بین قطع شیر دادن تا قطع کامل شیر که اصلا"
 بنام Drying up the milk گفته میشود پیشنهاد
 شده باشد .

با توجه بنحوه ترشح شیر همانطور که در فوق بیان شد
 میتوان راههای خشکانیدن شیر را بشرح زیر خلاصه کرد .
 ۱ - بستن پستانها . از یک طرف عدم تخلیه و از طرف دیگر
 جلوگیری از تحریک نوک پستان ضمن بستن یا از کار افتادن
 راه عصبی باعث کم شدن و بالاخره خشک شدن پستانها میشود .
 ۲ - گذاشتن کیسه یخ روی پستانها که با کاهش عروق پستانی
 از فعالیت غدد ترشحاتی کاسته و آنها را از کار میاندازد .
 ۳ - کم نمودن مایعات . دادن دیورتیک و آنالژزیک در صورت
 لزوم .

۴ - و بالاخره جدیدترین و مهمترین راه خشک نمودن شیر
 درمانهای هورمونی است که عقاید چندی در این مورد وجود
 دارد .

(10) JEFFCOATE معتقد است که با جلوگیری
 از ترشح پرولاکتین با بکار بردن استروژن بفاصله ۲۴ ساعت از
 خروج جفت میتوان مانع از ترشح شیر شد و حداقل دوز را ۴۵
 میلی گرم استیل بسترول یا ۱/۵ میلی گرم اتی نیل استرادیول
 خوراکی بین ۷ تا ۱۴ روز موثر میدانند . ولی عده دیگری در

بیماران فوق‌بسه‌گروه غیرمستقیم و درمان‌های زیر صورت گرفت. گروه اول. فقط با استیل بسترون بشکل دوز ۳ قرص ۵ میلی گرم از روز دوم زایمان بمدت ۶ روز استفاده شد و در صورتی که ترشح شیر باقی‌بود این درمان با دوز ۱۰ میلی‌گرم در هفته بعد نیز تکرار شد.

گروه دوم. درمان توام استیل بسترون ۱۰ میلی‌گرم و تستوسترون ۲۵ میلی‌گرم یک روز در میان تا ۶ روز بکار برده شد و در موارد ادامه ترشح شیر درمان دارویی با استیل بسترون به تنهایی (بخاطر جلوگیری از عوارض تستوسترون) در هفته بعد نیز ادامه یافت.

گروه سوم. فقط از پیروودوکسین بمقدار ۲۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز در هفته اول بعد از زایمان استفاده شد و در مواردی اثر بودن درمان در هفته بعد درمان با دوز ۳۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز ادامه یافت و نتیجه درمانی آن بهتر از سایر روشها بوده است.

قرص سه بار در روز بمدت ۶ روز از روز دوم یاسوم زایمان بود تا بتوان مواردی را که خود بخود نقص ترشحات وجود دارد جدا ساخت و در مدت ۶ روز مقدار شیر ترشح شده و وضع پستانها را بررسی میکردند در صورت درد و ناراحتی آنالژزیک تجویز میشد - در صورت عدم موفقیت یک دوز درمانی دیگر تکرار میشد.

و بدین ترتیب اثر قاطع و سریع پیروودوکسین در قطع ترشح شیر بدون ناراحتی دیده میشود. گرچه مکانیسم اصلی ویتامین B6 شناخته نشده است ولی همانطور که آقای (3) Kamberi نشان داد احتمالاً افزایش دوپامین هیپوتالاموس باعث مهار پرولاکتین از راه تحریک فاکتور مهار کننده پرولاکتین میشود. با توجه باطلاعات داده شده و مطالعه مقالات فوق که به آنها اشاره شد از ۳ سال قبل بر روی ۱۶۵ مورد در بیمارستانهای خصوصی و عمومی تهران (بنگان حمایت مادران - زایشگاه کورش کبیر) مطالعه ای بشرح زیر انجام گرفت.

این درمان بصورت جدول زیر ارائه میشود.

جدول داروهای داده شده و مقایسه اثر آن

مقدار داروی داده شده در روز	بهبودی نیافته	درصد بهبودی در هفته دوم	درصد بهبودی در هفته اول	تعداد کل بیمار	داروی داده شده
۱۵ m.g. در روز	۶/۱۲	۱۰/۲	۸۳/۶	۴۹	استیل بسترون
۱۰ میلی‌گرم	۱	۱۵	۸۹/۱	۵۵	استیل بسترون
۲۵ میلی‌گرم	-	۷	۹۳	۶۱	تستوسترون
۶۰۰ میلی‌گرم	-	-	-	-	پیروودوکسین

گردید. البته بایستی توجه داشت که نتیجه گیری از این مطالعه و مطالعات مشابه در ایران احتیاج به پیگیری بیشتری دارد.

در این بیماران از سایر روش درمانی که سابقاً استفاده میشد و بصورت بستن پستانها و دادن دیورتیک بود استفاده نشد و در صورت شناختن درد در پستانها از مسکن‌های معمولی استفاده

REFERENCES

- 1) Arthur Guyton Text book of medical physiology 1966
- 2) Gambrell. M.D. AM. J. OB. Gyne. 1971. 110: 838
- 3) Kamberi M.D. Endocrinology 1970 88:1012
- 4) Kase. M.D. AM. J. Ob. gyn 1972 114:3
- 5) Macleod M.D. AM. J. Ob. gym 1970 106:359
- 6) Sherman M.D.AM. J. Ob. gyn 1970 106:818
- 7) Sherman M.D. British Common Wealth 1972 79:654
- 8) Talbert L.M. AM.J.Ob. gyn 1971 110:847
- 9) Traking tor M.D. Journal of Clinical endo crinology 1972 34:306
- 10) T.N.A. Jeffcoate M.D. Principles of gyn. Third edition 1972
- 11) Tyson M.D. AM. J. Ob. gyn 1972 113:14
- 12) Weir M.D. AM. J. Ob. gyn 1971 111:1