

اثر بیماری های عفونی و غیر عفونی و داروهای مادر در شیردهی



در اکثر موارد بیماری های عفونی مادران منعی برای شیردهی ندارند.

در مورد عفونتهای رایج اکثراً نوزاد در دوره پرودرومال در تماس با مادر بوده است و قطع شیردهی در زمان تشکیل آنتی بادیها و مواد ضد التهابی غیر منطقی است، شیردهی باعث کاهش شدت بیماری در نوزاد می شود.

در **سرما خوردگی** مادر ادامه شیردهی عاقلانه ترین روش است.
در **عفونتهای ادراری تناسلی و گوارشی** مادر شیر دهی خطری ایجاد نمی کند مگر در صورت سپتی سمی که باکتری ها میتوانند از شیر عبور کنند اما در این حالت نیز در صورت شروع انتی بیوتیک های مناسب در مادر ادامه شیر دهی بهترین کار است.

در صورت بروز عفونت با عوامل عفونی بسیار مسری یا مهاجم مثل **استرپتوکوک گروه ا** که در مادر ایجاد عفونت شدید کرده است بعد از قطع موقت در 24 ساعت اول درمان مادر شیر دهی ادامه می یابد در این موارد گاهی درمان پیشگیری در نوزاد بر علیه همان میکروارگانیزم ضرورت دارد.

HIV ویروس نقص ایمنی انسانی

ویروس تیپ 1 از طریق شیر مادر میتواند منتقل شود.

میزان انتقال ویروس بستگی به گونه ویروس ایدز ، بیماری مادر ، وضعیت ایمنی و بار ویروس ، مدت زمان شیردهی ، عفونت اولیه مادر در شیردهی ، تغذیه انحصاری با شیر مادر ، ماستیت و دسترسی یا عدم دسترسی به درمان ضد ویروسی دارد.

در مجموع 5-20% احتمال انتقال هست (بدون در نظر گرفتن سایر عوامل)

در صورت ابتلا مادر در ضمن یا درست قبل از شیر دهی به ایدز این احتمال به 29% افزایش مییابد

در کشورهای که جانشین مناسبی برای تغذیه سالم در دسترس عموم است و منابع پزشکی کافی برای جلوگیری از مرگ و میر و ابتلای نوزاد به سایر بیماری های عفونی هست **در زنان الوده به ویروس ایدز شیردهی اکیدا ممنوع است.**

در تمام زنان باردار انجام تست ایدز توصیه میشود.
در کشورهای در حال توسعه: در صورت اطمینان از جانشینی مناسب و کافی برای شیر مادر عدم شیر دهی مناسب تر است
اما اگر این شرایط فراهم نباشد تغذیه مصنوعی خطر ابتلا و مرگ نوزاد را افزایش می دهد.

- ▶ منجمد کردن یا حرارت دادن شیر مادر برای غیر فعال کردن ویروس ؟
- ▶ اثر درمان ضد ویروس در مادر در کاهش بار ویروس ؟

ویروس هپاتیت

در صورت بروز هپاتیت حاد در مادر حوالی زایمان یا پس از آن تا زمان مشخص شدن علت هپاتیت توقف تغذیه با شیر مادر ضروری است .

برای استفاده احتمالی بعدی شیر مادر باید دوشیده و منجمد شود.

ویروس هیپاتیت ا

یک بیماری حاد و خودبخود محدود شونده و بندرت کشنده
احتمال مزمن شدن یا ناقل شدن وجود ندارد
انتقال مدفوعی - دهانی و از طریق اب و غذای الوده است
انتقال حین زایمان یا انتقال عمودی نادر است
عفونت مادر در سه ماهه سوم یا ضمن شیر دهی مانعی برای شیر دهی نیست.

در صورت تشخیص در طی سه هفته اول بیماری فقط شستن دست توسط
مادر کافی است و نوزاد ایمونوگلوبولین و واکسن هیپاتیت ا را در طی
6 ماه دریافت میکند(در سه دوز)؟

ویروس هپاتیت بی

عفونت مادر با ویروس هپاتیت بی (فعال، مزمن، ناقل) مانعی برای شیر دهی نیست

تغذیه با شیر مادر را میتوان از بدو تولد شروع کرد.

نوزاد مادر با انتی ژن هپاتیت بی مثبت باید در طی 12 ساعت اول

عمر ایمونوگلوبولین هپاتیت بی دریافت کنند و قبل از ترخیص از

بیمارستان واکسن هپاتیت بی بگیرند و دوزهای بعدی واکسن را تا 6 ماهگی دریافت کنند.

ویروس هپاتیت سی

در 70-80% موارد مزمن میشود.

انتقال توسط خون و فراورده های خونی و تزریق داروهای وریدی میباشد.

احتمال انتقال 0-42% در مادران بدون ایدز و 4-100% در مادران ایدز مثبت

میزان انتقال از شیر مادر مشخص نیست .

خطر سرایت در موارد بیماری کبدی بالینی مادر ، عفونت همزمان با ایدز ، بار بالای ویروس و بعضی انواع ژنوتیپی خاص بالا میباشد

عفونت با ویروس هپاتیت سی مانعی برای شیردهی نیست بجز موارد نارسایی شدید کبدی و یا عفونت همزمان ایدز

ویروس سیتومگالوویروس

در نوزادان سالم و ترم ابتلا به سیتومگالوویروس از طریق شیر مادر به بیماری بالینی واضحی منجر نمیشود و این حالت را واکسیناسیون طبیعی نامیده اند بنابراین ابتلای قبلی مادر به این بیماری و وجود آنتی بادی ممنوعیتی برای شیر دهی ندارد

انتقال ویروس از شیر مادران سیتومگالوویروس مثبت به نوزادان نارس و یا دچار نقص سیستم ایمنی نگران کننده است (انتقال در این حالت 95% است)

نوزادان نارس و یا نوزادان سیتومگالوویروس منفی نباید شیر انسان سیتومگالوویروس مثبت دریافت کنند

ویروس سیتومگالوویروس

پاستوریزه و منجمد کردن شیر ویروس سیتومگالوویروس را از بین می برد.

منجمد کردن شیر در دمای -20 درجه به مدت 7 روز خطر انتقال ویروس را کاهش می دهد.

عفونت با سیتومگالوویروس به انتشار بیماری در نوزادان مادران الوده به تیپ 1 ویروس ایدز می انجامد.

ویروس هرپس سیمپلکس

در زمان ابتلای فعال مادر به هرپس چنانچه ضایعات هرپسی فعال بر روی پستان وجود نداشته باشد شیردهی ممنوعیتی ندارد.

در صورت ضایعات فعال روی سینه تا زمان پاک شدن ضایعات شیردهی متوقف و شیر مادر به دور ریخته می شود.

ویروس واریسلا زوستر

عفونت واریسلا در حوالی زایمان به جدا کردن موقت مادر از نوزاد نیاز دارد و بدون در نظر گرفتن نوع تغذیه باید به نوزاد ایمونوگلوبولین واریسلا زوستر تزریق شود

در صورت عدم وجود ضایعات روی پستان به محض دریافت ایمونوگلوبولین در نوزاد میتوان شیر دوشیده به نوزاد داده شود چنانچه در طی 72 ساعت ضایعه جدیدی ظاهر نشده و ضایعات موجود خشک شوند تغذیه با پستان دوباره شروع میشود (اغلب 6-10 روز پس از بثورات)

ویروس واریسلا زوستر

عفونت واریسلا زوستر بعد از گذشت یک ماه از زایمان به توقف شیردهی نیاز ندارد به ویژه اگر نوزاد ایمونوگلوبولین را دریافت کرده باشد

سرخک

در مادران مبتلا به سرخک دوره کوتاه جدایی مادر از نوزاد (72 ساعت بعد از بثورات) توصیه میشود بعد از دریافت ایمونوگلوبولین نوزاد میتواند شیر دوشیده شده مادر را دریافت کند

سل د رمادر

چنانچه تستهای پوستی سل از قبل مثبت بوده و شواهدی به نفع بیماری فعال وجود ندارد شیردهی بلامانع است.

در صورت سل فعال در مادر بدون در نظر گرفتن نحوه تغذیه تماس مادر و نوزاد باید قطع شود.

در شیر مادر باسیل سل وجود ندارد پس نوزاد میتواند از شیر دوشیده مادر استفاده کند (فقط تماس مادر و نوزاد باید قطع شود)

در صورت تست پوستی مثبت مادر اما رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی مادر شیردهی ممنوعیتی ندارد .

سل در مادر

سل فعال اندیکاسیون جدا سازی مادر از نوزاد دارد تا وقتی درمان ضد سل موثر دریافت کرده علایم بهبودی بالینی را نشان داده و گستره خلط منفی باشد (اغلب حدود 2 هفته)

در صورت عدم وجود ضایعه سلی فعال روی پستان طی این دوره میتوان از شیر دوشیده مادر استفاده کرد

در صورت ضایعه سلی فعال روی پستان تا زمان بهبود کامل باید شیر دوشیده و دور ریخته شود

ویروس لنفوتروپیک سلول تی انسانی

از انواع رتروویروس ها هستند.

انتقال از طریق تماس جنسی ،تماس با خون و فراورده های خونی شیر انسان و کمتر جفت و تماس خانگی است

لنفوسیت های الوده در شیر مادران الوده وجود داشته و در شیر مادر خواران در مقایسه با شیر خشک خواران میزان عفونت بیشتر دیده میشود

عفونت مادر با نوع 1 ویروس منع شیردهی محسوب میشود

منجمد کردن و حرارت دادن شیر به نظر نمیرسد باعث از بین رفتن ویروس شود

بیماری لایم

توسط اسپیروکت بورلیا ایجاد و توسط کنه منتقل میشود
در صورت گرفتاری مادر پس از زایمان مادر باید سریعاً درمان شود
بعثت انتقال اسپیروکت از شیر مادر نوزاد نیز باید درمان شود
تا قبل از شروع درمان شیردهی باید قطع شود

نتیجه گیری نهایی در مورد بیماری های عفونی و شیر دهی

تنها بیماری های عفونی که مانع مطلق شیر دهی
هستند

HIV و HTLV1

می باشد

موارد منع شیردهی

بیماری/دارو	ایا شیردهی مجاز است	شرایط
بیماری حاد عفونی	بلی	تنفسی، امیزشی، گوارشی
ایدز	خیر	
سل فعال	بلی	پس از 2 ماه درمان مادر
هپاتیت آ	بلی	به دریافت گاماگلوبولین
هپاتیت بی	بلی	واکسن- ایمونوگلوبین
هپاتیت سی	بلی	نبودن عفونت همراه ایدز
زگیل امیزشی	بلی	
سیتومگالوویروس	بلی	
هرپس سیمپلکس	بلی	مگر ضایعه روی پستان باشد
ابله مرغان	بلی	به محض غیر مسری شدن مادر

توکسوپلازما	بلی	
ماستیت	بلی	
لایم	بلی	به محض شروع درمان مادر
HTLV1	خیر	
انتهی متابولیتها	خیر	
دوز تشخیصی مواد رادیواکتیو	بلی	پس از پاک شدن از پلاسمای مادر
دوز درمانی	خیر	
داروهای غیر مجاز	خیر	بجز سیگار و الکل
علف کشها	بلی	در تماس کم
DDT,DDE	بلی	در تماس کم

مگر سطح ماده باشد $40 < \text{mg/dl}$	بلی	سرب
مگر در صورت علامت دار بودن مادر	بلی	جیوه
در تماس کم	بلی	کادمیوم
در شیرخواران بیشتر خطرناک است	بلی	رادیو ایزوتوپها

دارو و شیردهی

یک دلیل قطع نابجای شیرهی توسط مادران شیر ده استفاده از دارو میباشد و این اغلب به دلیل اطلاع ناکافی مادران از لیست داروهای مجاز شیردهی میباشد

اصول فارماکولوژیک

چندین عامل باعث افزایش انتقال دارو به شیر انسان میگردد شامل: وزن مولکولی پایین، حلالیت چربی بالا، نیمه عمر طولانی، مشخصات اسد و باز (باز ضعیف)

دستگاه گوارشی نوزاد نفوذپذیری بالا تری داشته و ممکن است میزان جذب روده ای بالاتری داشته باشد

فعالیت گلوکوروئیدازهای روده‌ای باعث افزایش رلیز داروی آزاد و افزایش جذب روده‌ای میشود

اصول فارماکولوژیک

در نوزادان باندینگ پروتئینی کمتر دارو، نفوذپذیری سد خونی مغزی بالاتر و چربی بدنی پایینتر برای ذخیره دارو وجود دارد سیستمهای متابولیسمی کبدی و کلیوی نارس وجود دارد نتیجه وقتی مادر از داروهای با متابولیت‌های فعال استفاده کند نوزاد در معرض اثرات بیشتری از دارو قرار میگیرد داروهایی که اخیراً در نوزاد استفاده شده اند ممکن است اثرات اضافه شونده ای به سطوح دارویی اکتسابی جفتی داشته باشند

اصول فارماکولوژیک

جهت به حداقل رساندن تماس نوزاد به داروها در شیردهی میتوان از تمهیداتی استفاده کرد:

چون دارو از سیرکولیشن مادر با یک نیمه عمر مشخصی دفع میگردد میتوان میزان انتقال به نوزاد را با توصیه به مصرف دارو در مادر درست در زمان تغذیه شیرخوار به حداقل رساند
در صورت امکان از داروی جانشین با خطر کمتر و یا تاخیر در درمان توصیه میشود
اجتناب از شیردهی در غلظتهای حداکثر پلاسمایی دارو مفید است

دسته بندی دارویی

- 1- داروهای social
- 2- داروهای ضد انعقاد
- 3- داروهای اسم
- 4- داروهای دیرشن مادر
- 5- داروهای دیابت
- 6- داروهای گوارشی
- 7- داروهای فشار خون
- 8- انتی بیوتیکها
- 9- داروهای میگرن
- 10- داروهای ضد درد
- 11- داروهای ضد تشنج
- 12- هورمون تیروئید
- 13- ایزوتوپهای رادیواکتیو
- 14- گیاهان سنتی
- 15- داروهای شیرافزا
- 16- مواد محیطی

داروهای social

1-سیگار کشیدن:باعث کاهش تولید شیر،اختلال لت داون و تغییرات رفتاری در نوزاد میشود

علیرغم مشکلات فوق بایستی تشویق به ادامه شیردهی شود به علت اثر حمایتی شیر مادر در مقابل بیماریهای تنفسی که در نوزادانی که در منزلشان سیگاری وجود دارد با شیوع بالاتر مشاهده میشود حاملگی و شیر دهی فرصت مناسبی برای مادر جهت قطع سیگار کشیدن میباشد(برای حفظ سلامتی خود و نوزادش)

داروهای social

الکل: (اتانول): انتقال سریعی به داخل شیر دارد به حلالیت چربی و وزن مولکولی پایین. غلظت در شیر به غلظت پلاسمایی مادر خیلی نزدیک است

مصرف الکل بایستی به 0.5 گرم یا کمتر الکل در هر کیلوگرم وزن مادر محدود شود

مصرف الکل در مادر باعث کاهش جذب شیر در نوزاد میشود و در تولید شیر موثر است

بعضی توصیه به اجتناب از شیر دهی برای 2 ساعت پس از مصرف الکل میکنند و بعضی توصیه میکنند تا وقتی مادر احساس اثرات الکل را میکند شیر ندهد

داروهای social

کافئین: مقدار در شیر اغلب کمتر از 1% خورده شده توسط مادر است
در مصرف تا 3 فنجان کافئین در روز در ادرار نوزاد کافئین یافت نشده
است

مقدار کافئین در عصاره کربونه اغلب خیلی کم است (soft drink)

social داروهای

Drug of abuse

برای شیر دادن مادران کنتراندیکاسیون دارد

داروهای ضد انعقاد

هیپارین با وزن مولکولی کم از شیر عبور نمیکند
وارفارین کاملاً بیخطر است (به علت وزن مولکولی کم و باندینگ
پروتئینی بالا)
PT نوزادان شیرخوار از مادران وارفارینی تغییری در ندارد

داروهای ضد اسم

- 1 - **استروئیدها**: به مقدار بی نهایت کم وارد شیر میشوند، استفاده از آنها در حاملگی بی خطر میباشد
- 2 - **بتا اگونیستها**: مثل البوترول، همراه با انتقال خیلی کم در شیر مادر هستند، استفاده از آنها در شیردهی بیخطر میباشد
- 3 - **تئوفیلین**: باعث تحریک پذیری در نوزاد میشود
- 4 - **مهار کننده های لوکوترین ها**: اطلاعات کافی از غلظت آنها در شیر مادر وجود ندارد

افسردگی در مادر

اغلب همراه با اضطراب است که ریسک بالایی در تکامل نوزاد دارد

اگر درمان موفقیت آمیزی برای افسردگی قبل از زایمان صورت گیرد همه موافق ادامه درمان پس از زایمان هستند

داروهای ضد افسردگی باعث تغییر غلظت نروترانس میتر در سیستم عصبی مرکزی میشوند

و بعضی از این داروها اثر درمانی طولانی دارند

داروهای قدیمی تر مثل امی تریپتیلین در بررسی های طولانی تکاملی شیرخوار کاملاً بیخطر هستند (به علت عوارض مادری کمتر استفاده میشوند)

افسردگی در مادر

داروهای جدیدتر مثل مهار کننده های سروتونین بیشتر در حاملگی و شیردهی مصرف میشوند

در شیرخواران بزرگتر از 4 ماه سطوح سرمی قابل توجهی پس از شیردهی وجود نداشته است

در شیرخواران کمتر از 4 ماه بعضی بخصوص فلوکستین سطح خونی معادل مادر داشته و باعث بیقراری تحریک پذیری ،کولیک و وزن نگرفتن و اختلالات خواب در بچه میشود

سرتالین و فلوکستین به علت نیمه عمرهای طولانی چند روزه و متابولیت های فعال در شیرخواران کوچک بیخطر نیستند

افسردگی در مادر

دiazepam بخصوص در مصرف طولانی باعث لتارژی ، خواب الودگی و مکیدن ضعیف میشود

بنزودیازپامها کوتاه اثرتر مثل اکسازپام، لورازپام و میدازولام کم خطرتر هستند

داروهای ضد دیابت در مادر

درمان دیابت هیچگونه مشکلی در شیردهی ایجاد نمیکند

گاهی اوقات شیردهی باعث کاهش نیاز به انسولین در مادر میشود

انسولین به داخل شیر مادر عبور نمیکند

ضد دیابتهای خوراکی:تولبوتامید اغلب بیخطر است،سایر داروها بایستی در مادران شیرده با احتیاط مصرف شوند

بر حسب تجارب استفاده در بارداری این داروها باعث هیپوگلیسمی طولانی در نوزاد میشوند

بهترین پیشنهاد برای استفاده از آنها در شیردهی این است که تا تثبیت شیردهی خوب و وزن گیری کافی نوزاد استفاده از آنها اجتناب شود و در طی مصرف قند خون نوزاد کنترل شود

مطالعات روی گلیبوراید امیدوار کننده تر است

داروهای دستگاه گوارشی

بلوک کننده های رسپتور هیدروژن: رانیتیدین، فاموتیدین، سیمتیدین)

در شیر دهی بیخطر هستند (مستقیماً هم به نوزادان در موارد ریفلاکس و یا مشکلات گوارشی داده میشود)

مهار کننده های پمپ پروتونی: بیخطر هستند

داروهای بیماری های التهابی روده (کرون، کولیت اولسروز): کورتون، سولفا سالازین....: بیخطر هستند

انتی متابولیتها: 6-merkaptopurine، متوترکسات گاهی در بیماریهای التهابی روده استفاده میشوند: اثر روی رشد و سایزشن ایمنی شیرخوار. در صورت استفاده بایستی از لحاظ نوتروپنی مانیتور شود (قبلاً کمتر اندیکه معرفی شده بود)

داروهای فشار خون

اغلب در فشار خون بالغین از داروهای ترکیبی استفاده میشود
-دیورتیکها: بیخطر هستند. هیدروکلروتیازیدها و تیازیدها برای چند
دهه استفاده شده و خطری نداشته اند

بلوک کننده های بتا: بیخطر ترین انها در

حاملگی: ایندراول، سوتالول، و متوپرولول هستند. **اتنولول** و **اسبوتولول**

میتواند در شیرخواران ایجاد مشکل کند (یک گزارش از سیانوز

و برادیکادیدر نوزاد 5 روزه از اتنولول مادر شده) غلظت شیر 2-3

برابر پلاسمای مادر است در صورت استفاده از بتا بلوکرها ضربان

قلب، مشکلات تغذیه، پترن تنفسی و اکتیویته نوزاد باید چک شود

داروهای ضد فشار خون

3- مهار کننده های تبدیل انژیوتانسین: بیخطر هستند

4- بلوک کننده های کانال کلسیمی: جدید ترین داروهای ضد فشار خون هستند، اطلاعات کمی در ترشح آنها در شیر وجود دارد اما بنظر میرسد **نیفدیپین** در شیر دهی بیخطر باشند **وراپامیل و دیلتیازم** نیز بیخطر هستند

انتهی بیوتیک ها

بیشترین مصرف داروهای شیر دهی را شامل میشوند
تمام انتهی بیوتیک ها به شیر میرسند
بسیاری از آنها در درمان عفونتهای شیرخوارگی نیز استفاده میشوند
دوزهای دریافت شده از طریق شیر اغلب کمتر از دوزهای مستقیماً
مصرف شده در شیرخوار میباشد

انتهی بیوتیکها

سولفونامیدها: در صورت وجود زردی در نوزاد و یا سن خطرناک بروز زردی نوزادی از سولفونامیدها در مادر نباید استفاده کرد: (افزایش خطر کرنیکتروس و همولیز در موارد فاویسم ایجاد میکند)

تتراسیکلین: بر عکس گزارشات قبلی مقدار تتراسیکلین در شیر بینهایت کم است و گزارشی از عوارض جانبی در دستگاه گوارش شیرخوار و یا بافتهای کلسیفیه مثل استخوان و دندان وجود ندارد

مترونیدازول: در مطالعات آزمایشگاهی توانایی ایجاد آسیب کروموزومی دارد (در انسانها ثابت نشده است)، به نظر میرسد در شیردهی بی خطر باشد.

انتهی بیوتیکها

کوئینولونها (نالیدیکسیک اسید) و
فلوروکینولونها (سیپروفلوکساسین، اوفلوکساسین): هیچگونه عارضه
جانبی در رشد شیرخواران گزارش نشده است
مقدار منتقل شده به داخل شیر بینهایت کم است و چنانچه انتخاب
دارویی دیگری وجود ندارد یک دوره کوتاه 1-2 هفتهای از
کوئینولونها در شیردهی مجاز است
داروهای ضد قارچ: فلوکونازول) بیخطر است

داروهای ضد درد

استامینوفن و ضد التهابات غیر استروئیدی بی خطر هستند.
مورفین جهت کنترل درد پس از زایمان بی خطر است.

داروهای میگرن

درمان پروفیلاکسی: وراپامیل، امی تریپتیلین (ضد افسردگی)، ایندروال، سرتالین (ضد افسردگی)، سیپروهپتادین، والپروئیک اسید و گاباپنتین. بجز دو داروی ضد افسرده بقیه داروها خطر هستند اولین درمان حاد: استامینوفن و NCAID اسید ضعیف و باندینگ پروتئینی ضعیف دارند و بی خطر هستند. درمان با خانواده تریپتان (سوماتریپتان، ناراتریپتان.. بی خطر هستند. ارگوته: متیل ارگونووین در زمان زایمان برای انقباضات رحمی و کاهش خونریزی به علت نیمه عمر کوتاه مشکلی در شیردهی ندارد. اشکال وریدی نیمه عمر طولانی داشته و اشکال خوراکی باعث مهار رلیز پرولاکتین و تداخل با شیردهی می شود. استفاده از ارگوتامین در شیردهی معقول نمی باشد.

کنترل تشنج

فنوباربیتال باندینگ پروتئینی ضعیف داشته و باعث خواب الودگی در شیرخوار میشود

کاربامازپین، والپروئیک اسید، لاموتریزین اکثراً در بالغین استفاده میشود (فقط یک مورد از عوارض در نوزاد گزارش شده است)

کلستاز با مصرف کاربامازپین در مادر و ترومبوسیتوپنی و انمی در مصرف والپروئیک اسید گزارش شده است

مت هموگلوبینمی در مصرف فنی تویین گزارش شده است
لاموتریزین در شیردهی باعث سطوح درمانی در نوزاد می شود

کنترل تشنج

بدون توجه به نوع دارو یا داروهایی که توسط مادر استفاده میشود این معقول است که نه فقط به مشاهدات کلینیکی نوزاد اکتفا کنیم بلکه غلظت پلاسمایی دارو بطور منظم بخصوص در شیرخواران با سن کمتر از 2 ماهگی چک شود.

(لووتیروکسین) هورمون تیروئید

لووتیروکسین با مقادیر بینهایت کم در شیر منتقل میشود و باعث تغییر فانکشن تیروئید شیرخوار نمیشود

در پرکاری تیروئید پروپیل تیوراسیل داروی ارجح است (75% به پروتئینهای مادر باند میشود در مقابل متی مازول که باندینگ پروتئینی ندارد)

فانکشن تیروئید شیرخوار با پروپیل تیوراسیل تغییر نمیکند)
مصرف مزمن ید در مادر به علت وزن مولکولی پایین به شیر منتقل میشود و با فانکشن تیروئید شیرخوار تداخل مییابد
از مصرف مزمن داروهای ضد سرفه و سرماخوردگی یددار باید اجتناب شود

ایزوتوپهای رادیواکتیو

بر حسب نیمه عمر داروی ایزوتوپ تشخیصی مصرفی شیردهی باید محدود شود (از قبل از اسکن باید دوشیدن و فریز کردن شیر انجام شود)

در طی دوره محدودیت شیردهی شیر مادر باید دوشیده و بیرون ریخته شود

در مصرف ایزوتوپهای درمانی رادیواکتیو احتمالاً مادر قادر به شیردهی نخواهد بود چون دوزهای رادیشن برای یک دوره طولانی بالا میماند

داروهای شیرافزا

متوکلوپیرامید: استفاده کوتاه مدت (کمتر از 14 روز) بیخطر به نظر می رسد

مطالعات نتایج متفاوتی از اثر بخشی متوکلوپیرامید در افزایش شیردهی نشان داده است، و میتواند اثرات جانبی روی دستگاه عصبی مرکزی مادر از جمله خواب الودگی، دیرشن و علائم اکستراپیرامیدال داشته باشد

استفاده کوتاه مدت از متوکلوپیرامید به نظر میرسد بیخطر باشد به علت اینکه بندرت بیش از 14 روز استفاده می شود.

داروهای شیرافزا

هورمون آزاد کننده تیروتروپین و هورمون رشد انسانی با افزایش ترشح پرولاکتین و یا کار اضافی با پرولاکتین جهت شیردهی طبیعی مداوم در افزایش تولید شیر موثر هستند

مطالعات کمی در مصرف این داروها وجود داشته و به علت گرانی استفاده روتین آنها در شیردهی توصیه نمیشود

قبلا اسپری اکسی توسین در دسترس بود (40 واحد/میلی لیتر) که باعث افزایش ترشح شیر میشد (امروزه ساخته نمیشود)، بعضی از اکسی توسین رقیق شده وریدی (10 واحد/میلی لیتر) به صورت قطره بینی و یا اسپری (چهار قطره) استفاده میکنند

گیاهان سنتی

در بسیاری از فرهنگها از گیاهان سنتی برای افزایش تولید شیر استفاده میکنند

مطالعات علمی کمی جهت اثبات یا رد اثربخشی این داروها در شیردهی انجام شده است

خانم های شیردهی که از این داروها سوال میکنند بایستی بدانند که ترکیب، خالص بودن و اثربخشی این مواد و همچنین اثرات روی شیردهی و فیزیولوژی نوزادشان شناخته نشده است.

مواد محیطی

شواهد کافی وجود ندارد که سیلیکونهای استفاده شده در پستان
تداخلاتی با شیردهی داشته باشند

