

آیا مکمل یاری ویتامین D در مادران شیرده برای شیرخواران هم مؤثر است؟



ترجمه: نسرين بلير،
کارشناس مامایی
فرستنده مقاله: دکتر ملیحه کدیور
فوق تخصص نوزادان

مطالعه، عوامل مخدوش‌کننده زیادی داشت از جمله: عرض جغرافیایی، فصل، رنگ پوست مادر، BMI و رژیم غذایی او. همچنین مشکل جدی دیگری هم داشت که آن عدم ادامه تغذیه انحصاری با شیرمادر توسط برخی مادران بود به‌گونه‌ای که تنها ۱۴۸ نفر از ۳۸۹ نفر توانستند مطالعه را به اتمام برسانند (۳۸٪) ولی پس از رفع متغیرهای فوق معلوم شد **دادن روزانه ۶۴۰۰ واحد ویتامین D۳ به مادر به مدت شش ماه، به خوبی ویتامین D مادر را تأمین می‌کند و این مقدار برای ایجاد سطح مناسبی از ویتامین D در شیرمادر که نیاز شیرخوار را برطرف کند، کافی است** و به شکل مطمئنی ویتامین D و (OH) D ۲۵ را در مادران افزایش می‌دهد. همچنین مقایسه (OH) D ۲۵ در شیرخواران در گروهی که ۴۰۰ واحد ویتامین D دریافت می‌کردند با شیرخواران مادرانی که ۶۴۰۰ واحد دریافت کرده‌اند تفاوتی نداشت.

شیرخوارانی که منحصراً از شیرمادر استفاده می‌کنند بسیار خوش شانس‌اند ولی در معرض خطر کمبود ویتامین D هم هستند که در این صورت در خطر ابتلاء به راشیتیس‌م خواهند بود (کمبود ویتامین D به شکل $D < 50 \text{ nmol/L}$ (OH) D ۲۵).
علیرغم توصیه آکادمی طب کودکان امریکا به مصرف ۴۰۰ واحد ویتامین D روزانه برای شیرخواران، مطالعات ملی نشان داده تنها یک پنجم شیرخواران امریکایی این میزان را دریافت می‌کنند لذا همکاری والدین و تهیه‌کنندگان هر دو، در انجام این توصیه‌ها نقش مهمی دارند و همیشه توصیه‌ها باید پیگیری شوند.
برای رفع این مشکل یک مطالعه دوسوکور (آینده‌نگر) برای چندین سال توسط هالیس و همکارانش انجام شد و **مکمل یاری برای مادران را به عنوان انتخاب جایگزین بررسی کرد که دادن ویتامین D به مادران به جای شیرخواران بود.**

نتایج، ارزشمند است ولی سؤالات همچنان باقی است. چه کسی دارو را برای مادران تجویز کند و چه کسی هزینه آن را پرداخت نماید؟ و آیا این استراتژی مشکل همکاری والدین را برطرف می‌کند؟

ویتامین D، بدون نسخه در دسترس است ولی توصیه به مادران برای تهیه آن توسط خودشان و بدون نظارت پزشک منطقی نیست و بخشی از مطالعه فوق که در آن مادران، ۲۴۰۰ واحد ویتامین D دریافت می‌کردند پس از ویزیت چهارم متوقف شد چرا که کمیته نظارت بر امنیت تحقیق نشان داد که سطح سرمی ویتامین D در شیرخواران به شدت کمبود دارد بنابراین دوز ناکافی و غیر مطمئن، خطرپذیر است. از طرف دیگر وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد هم فاکتور مهم دیگری است و این سؤال را مطرح می‌کند که آیا توصیه به مصرف مکمل، برای این‌گونه مادران می‌تواند مانع شیردهی آنان شود؟

مکمل یاری مادر، پتانسیل بهبود سلامت مادر را نیز افزایش می‌دهد و ممکن است از نظر اقتصادی برای برخی خانواده‌ها ارجح باشد. این دیدگاه باید ما را در استراتژی‌های جدید برای مکمل یاری شیرخواران ترغیب کند و به فکر وا دارد. جالب آن که همکاران ما در شمال، موفقیتی برابر با ۷۴٪ تا ۸۰٪ را در مکمل یاری ویتامین به مادران گزارش کرده‌اند که خود دلیل مناسبی برای حفظ این استراتژی است.



استراتژی بالقوه دیگر شامل شروع ویتامین D³ برای نوزاد تازه متولدشده و گنجاندن آن در سایر برنامه‌های عمومی مانند واکسیناسیون هیپاتیت B، غربالگری نوزاد و تست شنوایی است.

نکته‌ای که هالیس و همکارانش به آن اشاره دارند این است که می‌گویند منطقی نیست، برای شیرخوارانی که از تغذیه مناسب برخوردار هستند اصرار به مصرف مکمل‌یاری شود ولی دیده شده **حتی شیرخوارانی که از همان ابتدا فقط از شیرخشک استفاده کرده‌اند در روزهای اولیه تولد، حجم شیری که دریافت می‌کنند ویتامین D کافی و مورد نیاز را تأمین نمی‌کند.** لذا ایمن بودن یک توصیه جهانی برای همه نوزادان همراه با آموزش‌های مختصر باید مورد بحث قرار گیرد. استراتژی‌هایی که بر موانع مالی غلبه کند نیز مورد نیاز است. در آمریکا سازمان‌های بیمه سلامت تا چند هفته کارت بیمه شیرخواران را صادر نمی‌کنند و

قیمت قطره مولتی‌ویتامین ممکن است برای خانواده‌های کم درآمد یا با درآمد متوسط قابل قبول نباشد.

داروی رایگان نیز به‌تنهایی علاج کار نیست. یک برنامه تجویز رایگان در مونترال، پیشرفتی در نسبت دریافت ویتامین D شیرخواران نشان نداد و با کاهش دریافت نسخه و افزایش راشیتیسیم در یک دوره زمانی چهار ساله همراه بود.

WIC (برنامه مکمل یاری تغذیه ای برای زنان، شیرخواران و کودکان) بیش از ۵۰٪ شیرخواران ایالات متحده را پوشش می‌دهد و متخصصان تغذیه آن، مرتباً منابع خود را جهت آموزش و حمایت از مکمل یاری ویتامین D تقویت می‌کنند.

سایر استراتژی‌های ممکن عبارتند از:

ارسال پیام به عموم مردم، **اضافه کردن ویتامین D برای شیرخواران در دستگاه‌های الکترونیک دارویی و تقویت آموزش دانشجویان.**

نهایتاً ما نیازمند پیدا کردن راهی برای کاهش جدی میزان راشیتیسیم ناشی از کمبود ویتامین D هستیم تا این که منتظر گزارش وجود آن باشیم و یک استراتژی ملی می‌تواند این کار را تسهیل کند.

مطالعات ارزشمند مانند مطالعه هالیس و همکارانش پرسش‌ها و پاسخ‌های بسیاری را مطرح می‌کند و این انگیزه و انرژی را به ما می‌دهد تا با سؤالات کلینیکی جدی و سخت، دست و پنجه نرم کنیم.

