

شیردهی و مصرف داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک

مطالعات نشان داده است که ۹۰-۹۹ درصد مادران در هفته اول بعد از زایمان دارو دریافت می کنند که همین مصرف داروها مهم ترین دلیلی است که مادران نابهنگام شیردهی شان را قطع می کنند. شایع ترین سوالاتی که پزشکان و داروسازان با آن مواجه می شوند مرتبط با نگرانی مادران در مورد مصرف داروها در زمان شیردهی است.

❖ انتقال داروها به شیر مادر

بیشتر داروها به شیر مادر انتقال می یابند با این حال درجه انتقال، بستگی به فاکتورهای متعدد دارد. به طوری که داروها با وزن مولکولی پایین، اتصال پروتئینی پایین و حلالیت بالا در چربی، احتمال انتقال به شیر مادر بیشتری دارند. در ضمن هفته اول شیردهی، زمانی که کلاستروم تولید می شود شکاف بزرگی بین سلول های آلئولار ایجاد می شود و در نتیجه انتقال داروها به شیر مادر افزایش می یابد. اما با توجه به اینکه حجم شیر تولیدی کم است دوز واقعی انتقال یافته حداقل است. بعد از هفته اول حضور پرولاکتین این شکاف را مسدود می کند و انتقال داروهای مادر و دیگر ترکیبات به شیر مادر را کاهش می دهد.

برخلاف بارداری که در آن برای داروها گروه های مختلف از نظر سلامت مطرح است، مصرف داروها در شیردهی فاقد چنین گروه های استاندارد خطر می باشد. توصیه های کلی برای مصرف داروها در ضمن شیردهی شامل انتخاب داروها با نیمه عمر پایین، اتصال پروتئینی بالا، فراهمی زیستی خوراکی کم، یا وزن مولکولی بالاست. راه دیگر برای کاهش تماس نوزاد با دارو، مصرف آن بلافاصله بعد از شیردهی و عدم مصرف داروهای طولانی اثر می باشد.

❖ داروهای ضد درد:

انتخاب های متعددی به صورت بدون نیاز به نسخه پزشک به عنوان ضد درد موجود است. استامینوفن رایج ترین داروی ضد تب و ضد درد در اطفال است و اعتقاد بر این است که سطوحی از آن که به شیر ترشح می شود کمتر از دوزی است که معمولا به اطفال تجویز می گردد.

از بین داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، ایبوپروفن داروی انتخابی برای تجویز در مادران شیرده است و نیز به صورت معمول در اطفال نیز تجویز می شود. با وجود این که ایبوپروفن به شیر مادر ترشح می شود، غلظت آن در شیر بسیار ناچیز است. در کل مصرف استامینوفن، ایبوپروفن و کدئین با توجه به میزان پایین ترشح به شیر و مشکلات اندک به دنبال مصرف دوز بالای آن در شیردهی بی خطر است. ناپروکسن به خاطر نیمه عمر بالا می بایست با احتیاط در زنان شیرده تجویز شود. مصرف ناپروکسن در مادر شیرده موجب خونریزی طولانی، آنمی و ترومبوسیتوپنی در یک طفل ۷ روزه گردیده است.

آسپرین با غلظت های پایین به شیر ترشح می شود. حذف آن از شیر آهسته تر از پلاسما است. ارتباط بین خطر بروز سندرم ری و ترشح آسپرین به شیر مادر ناشناخته است. توصیه بر این است که از درمان های جایگزین استفاده شود. اگر مادر آسپرین مصرف می کند توصیه می شود که ۱-۲ ساعت بعد از مصرف دارو به طفل خود شیر ندهد.

سوماتریپتان نیمه عمر کوتاهی حدود ۲ ساعت دارد و از تماس طفل حداقل برای ۸ ساعت باید جلوگیری شود. با وجود اینکه ترشح ترامادول به شیر اندک است اما داده ها در زمینه مصرف آن در شیردهی کم می باشد و توصیه می شود استفاده نگردد. مورفین نیز با توجه به ترشح اندک آن به شیر و متابولیسم بالای آن بی خطر است.

❖ فرآورده های ضد حساسیت، ضد سرفه و ضد سرماخوردگی:

آنتی هیستامین ها:

تمام فرآورده های آنتی هیستامینی موجود به شیر ترشح می شوند و اثرات آرامبخشی آنها ممکن است در طفل دیده شود. با اینکه قطعا دیفن هیدرامین به شیر ترشح می شود اما میزان انتقال و غلظت آن در شیر ناشناخته است. همچنین سطوح کلرفنیرامین در شیر ناشناخته است. با این حال دوزهای ۲-۴ میلی گرم آن بی خطر است. کلماستین که یک آنتی هیستامین طولانی اثر است بخاطر اثرات قابل توجه آن روی طفل مثل تحریک پذیری، امتناع از تغذیه و سفتی گردن می بایست با احتیاط مصرف شود. همه آنتی هیستامین های آرام بخش مخصوصا در مصرف همزمان با کونژستانت می توانند باعث سداسیون در اطفال و یا کاهش ترشح شیر گردند. که در این موارد باید با احتیاط مصرف شوند. امروزه تنها آنتی هیستامین غیر سداتیو موجود که بدون نیاز به نسخه پزشک می باشد لوراتادین است که به شیر ترشح می شود اما غلظت آن در اطفال اندک بوده و بی خطر است. با توجه به عدم داشتن اثرات آرامبخشی لوراتادین آنتی هیستامین ارجح در مادران شیرده می باشد. فکسوفنادین نیز احتمالا ایمن است.

❖ دکونژستانت (ضد احتقان):

دکونژستانت های خوراکی بدون نیاز به نسخه پزشک موجود ، سودوافدرین و افدرین است. امروزه بسیاری از فرآورده های ضد سرفه و ضد سرماخوردگی حاوی فنیل افرین می باشند. این ترکیب در فرآورده های ضد سرفه و ضد سرماخوردگی کودکان موجود بوده و بی خطر است. حتی اگر به شیر ترشح شود بخاطر فراهمی زیستی ضعیف در مقادیر بالا نخواهد بود. اثر این ترکیب روی ترشح شیر ناشناخته است. در نتیجه این ترکیب می بایست در زنان با ترشح شیر پایین با احتیاط مصرف گردد. با توجه به اینکه سودوافدرین به شیر ترشح شده و تولید شیر را کاهش می دهد ممکن است باعث تحریک پذیری کودکان شود، مصرف آن در شیردهی به خصوص در زنان با ترشح شیر محدود باید با احتیاط مصرف شود. دکونژستانت های نازل می توانند جایگزین مناسبی برای داروهای دکونژستانت سیستمیک باشند. این ترکیبات معمولا حاوی اکسی متازون یا فنیل افرین هستند. ترشح اکسی متازون به شیر مشخص نیست اما با توجه به اثرات موضعی و حداقل جذب سیستمیک بر دکونژستانت های سیستمیک ارجح اند.

❖ داروهای ضد سرفه:

دکسترومتورفان شایع ترین ترکیب ضد سرفه موجود در فرآورده های ضد سرفه و ضد سرماخوردگی است. اگرچه ترشح آن به شیر بررسی نشده اما غلظت مورد انتظار آن در شیر اندک است. گایافنزین به عنوان ترکیب اکسپکتورانت در بسیاری از فرآورده های ضد سرفه و ضد سرماخوردگی به کار می رود. با توجه به عدم وجود اطلاعات مبنی بر ترشح این دارو در شیر بهتر است فرآورده های فاقد آن توصیه شود.

❖ داروهای مرتبط با درمان رفلاکسی یا سوزش معده:

داروهای موجود برای درمان رفلاکس شامل اچ بلاکر ها و مهارکننده های پمپ پروتون هستند. هر ۴ داروی اچ بلاکر موجود، در زنان شیرده ایمن هستند. اما به خاطر مهار آنزیمی و تداخل دارویی بالای سایمتدین سایر داروهای این خانواده توصیه می شود. فاموتیدین اچ بلاکر ارجح در نوزادان تازه به دنیا آمده است. با وجود اینکه رانیتیدین در شیر تغلیظ می شود اما چون این غلظت کمتر از غلظت درمانی است می تواند به صورت ایمن در مادر شیرده استفاده شود.

امپرازول تنها مهارکننده پمپ موجود است که می تواند بدون نیاز به نسخه پزشک تجویز شود. اطلاعات محدودی در مورد تجویز امپرازول در دوران شیردهی موجود است اما با توجه به تغییر ماهیت امپرازول در محیط اسیدی در کودک هیچ جذب سیستمیکی از شیر مادر صورت نمی گیرد. بنابراین امپرازول باعث بروز عوارض جانبی در اطفال شیرخوار نمی گردد.

با توجه به جذب سالیسیلات ، بیسموت ساب سالیسیلات در دوران شیردهی ایمن نبوده و می بایست با احتیاط مصرف شود. مصرف آنتی اسیدهای خوراکی حاوی کلسیم، منیزیم و آلومینیوم در دوران شیردهی ایمن هستند. اگرچه هیچ مطالعه ای در این زمینه وجود ندارد میزان ترشح شده کمتر از میزان این ترکیبات در غذای کودکان است.

❖ داروهای مرتبط با سیستم گوارشی:

این داروها شامل داروهای مورد استفاده در اسهال، یبوست، نفخ است. لوپرامید که برای درمان اسهال استفاده می شود با حداقل جذب خوراکی با شیردهی سازگار است. داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک در درمان یبوست شامل ملین های محرک شامل بیزاکودیل و سنا و مسهل های حجم دهنده مثل پسیلیوم می باشد. در مورد بیزاکودیل در شیردهی مطالعه نشده است با این حال با توجه به حداقل جذب سیستمیک آن به نظر نمی رسد در شیردهی منجر به عوارض جانبی در طفل شود و بنابراین در شیردهی سازگار است. سنا نیز که یک مسهل قوی است در شیردهی ایمن است. پسیلیوم نیز به دلیل عدم داشتن جذب سیستمیک در شیردهی بی خطر است.

سایمتیکون که یک ترکیب ضد نفخ است به صورت شایع در کودکان استفاده می شود و به دلیل عدم جذب سیستمیک و در نتیجه عدم ورود به شیر در شیردهی ایمن است.

❖ داروهای مرتبط با عفونت های واژینال:

ضد قارچ های اینتراواژینال مورد استفاده به صورت بدون نیاز به نسخه پزشک در درمان کاندیدیازیس واژینال شامل مایکونازول و کلوتریمازول می باشند. این داروها به خاطر جذب سیستمیک پایین از ناحیه واژینال در شیردهی ایمن هستند و هیچ عارضه ای بر مادر شیرده و اطفال ندارد. فلوکونازول و کتوکونازول را نیز می توان در زنان شیرده مورد استفاده قرار داد.

❖ محصولات ترک سیگار:

اگرچه به زنان توصیه می شود قبل از بارداری کشیدن سیگار را قطع کنند ولی برخی ممکن است در دوران بارداری مصرف سیگار را ادامه دهند و بعد از بارداری تصمیم به قطع سیگار بگیرند. محصولات ترک سیگار شامل پیچ پوستی، آدامس و آبنبات های حاوی نیکوتین می باشد. این ترکیبات معمولاً سطح پلاسمایی که از نیکوتین ایجاد می کنند کمتر از کشیدن یک بسته سیگار در روز است. مطالعات نشان داده است که اگر افراد سیگاری یا افرادی که از پیچ های ۲۱ میلی گرمی استفاده می کنند از پیچ های ۷ میلی گرمی استفاده کنند، دوز واقعی نیکوتین و متابولیت آن یعنی کوتینین در اطفال ۷۰ درصد کاهش می یابد. مصرف پیچ های نیکوتینی هیچ اثری بر تغذیه کودک با شیر مادر ندارد. آدامس های نیکوتینی ممکن است که مقادیر متغییری در سطوح نیکوتین ایجاد کنند. بنابراین به مادر توصیه می شود برای ۲-۳ ساعت بعد از مصرف این آدامس ها به طفل شیر ندهد. گایدلاین های موجود هیچ توصیه ای برای مصرف یا عدم مصرف این محصولات در دوران شیردهی ندارد.

❖ ترکیبات متفرقه:

افراد به صورت روزانه از فرآورده های پوستی استفاده می کنند. شایع ترین این ترکیبات موضعی شامل پمادهای آنتی هیستامین، کورتیکواستروئیدها و ترکیبات آنتی باکتریال است. به طور کلی جذب سیستمیک فرمولاسیون های موضعی کمتر از ترکیبات خوراکی است. با اینکه مصرف پماد موضعی هیدروکورتیزون در شیردهی مطالعه نشده است اما بسیار بعید است که مصرف کوتاه مدت آن خطری در طفل ایجاد کند. زنان شیرده می بایست ضعیف ترین گلوکوکورتیکوئید موجود و با حداقل میزان استعمال را به کار ببرند. اگر قرار بر استعمال در ناحیه پستان ها است کرم بر پماد ارجح است و می بایست قبل از شیردهی پستان ها با آب شسته شوند.

شایع ترین آنتی بیوتیک های موضعی نئومایسین، باسیتراسین و پلی میکسین بی است که هر سه در شیردهی سازگارند.