



คู่มือการประเมิน/การแก้ไขห้วนมและลานห้วนม

นางศรุตยา รongเดือน

งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2553

คำนำ

คู่มือการประเมิน/การแก้ไขห้วนมและลานห้วนม จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลในหน่วยงานรวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ปีที่4 นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งผู้ที่มาศึกษาดูงาน ใช้เป็นแนวทางในการประเมิน/แก้ไขห้วนมและลานห้วนม ซึ่ง สรีระของห้วนมและลานห้วนมที่ผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกเหนือจากเจตคติของหญิงตั้งครรภ์ สภาวะเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและครอบครัว คู่มือการประเมิน/การแก้ไขห้วนมและลานห้วนมเล่มนี้ สามารถช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลประเมิน/แก้ไขห้วนมและลานห้วนมได้อย่างถูกต้องวิธี มีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานการพยาบาลเดียวกัน

ผู้จัดทำขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี เลหาพันธ์ หัวหน้าสถานแพทย์แผนไทยประยุกต์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พฤษ หันต์ประภาพ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นางสาวจินดา ลัทธลาภกุล พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ให้สมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาลมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเรื่องห้วนม/ลานห้วนมที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก และบุคลากรของหน่วยฝากครรภ์ทุกท่าน ที่เป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ผู้จัดทำ

มิถุนายน 2553

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	๗
บทนำ	1
วัตถุประสงค์	3
กายวิภาคและสรีระวิทยาของเต้านม	4
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์	8
การประเมินเต้านมและการแก้ไขหัวนม/ลานหัวนม	10
การประเมินหัวนม	
การวัดความยาวของหัวนม	11
การทดสอบการดึงรั้งหัวนม	12
การทดสอบการหดรัดกลับของหัวนม	13
การวัดขนาดของหัวนม	13
การประเมินลานหัวนม	14
วิธีการแก้ไขภาวะหัวนมหรือลานหัวนมผิดปกติ	
การนวดลานหัวนม	15
การสวมปั๊มแก้ว (breast cups)	16
การดึงหัวนมโดยใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller)	17
แผนภูมิแสดงแนวทางการดูแลแก้ไขความผิดปกติของหัวนม/ลานหัวนม	18
กรณีศึกษา	19
สรุป	28
ผู้ทรงคุณวุฒิ	29
บรรณานุกรม	30

บทนำ

นมแม่ถือว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิดจนถึง 2 ปี นอกจากจะมีสารอาหารครบถ้วน สมบูรณ์แล้ว ในน้ำนมแม่ยังประกอบด้วยฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันและสารที่ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย (growth factor) (Mudjajanto & Sukandar, 2007) เด็กที่กินนมแม่มีระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ดีกว่าที่กินนมผสม (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999) เจ็บป่วยน้อยกว่า โดยเฉพาะโรคท้องร่วง ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ เกิดโรคภูมิแพ้ น้อยกว่า (Ladomenou, Moschandreas, Kafatos, Tselentis, & Galanakis, 2010) เนื่องจากนมแม่มีสาร Immunomodulatory ที่ช่วยในการทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทารกแข็งแรง นมแม่มีสาร S IgA และ anti-food antibodies ที่จะช่วยจับสารก่อภูมิแพ้ในอาหาร ทำให้สารเหล่านั้นไม่ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย การได้รับนมแม่ช่วยลดการได้รับสารก่อภูมิแพ้ คือ lacto globulin ที่มีในนมวัว นมแม่มีสารป้องกันการติดเชื้อ หลากหลาย นอกเหนือจาก S IgA ดังกล่าว ทำให้ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคภูมิแพ้ เช่น ภูมิท้องเสีย ทำให้เยื่อทางเดินอาหารอักเสบ มีผลให้ช่องว่างระหว่างเซลล์ถูกทำลาย สารก่อภูมิแพ้สามารถเล็ดลอดเข้าร่างกายได้โดยง่าย ดังนั้น การได้กินนมแม่ช่วยลดการติดเชื้อ จึงช่วยลดการกระตุ้นให้เกิดโรคภูมิแพ้ได้โดยทางอ้อม นมแม่มีสารกระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อทางเดินอาหาร เมื่อทางเดินอาหารถูกทำลายไปก็สามารถฟื้นหายได้อย่างรวดเร็ว (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิตร, 2553)

เด็กที่กินนมแม่จะมีอารมณ์ดี ง่ายง่าย พัฒนาการสมวัย เนื่องจากลูกได้อยู่ใกล้ชิดและสัมผัสกับแม่ในขณะที่แม่อุ้มลูกให้กินนมจากอกเมื่อมีการสัมผัสได้กลิ่นกาย จะกระตุ้นให้ทารก มีปฏิกิริยา อ้าปาก ไขว่คว้าดูด กระตุ้นให้แม่สร้างน้ำนม (physiological-behavioral-hormonal-endocrinological input) การให้ลูกได้กินนมแม่จึงเป็นขบวนการสำคัญในระยะเริ่มต้นของชีวิตที่ส่งผลให้เกิดการดำรงเผ่าพันธุ์มาจนทุกวันนี้ (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิตร, 2553) นมแม่นอกจากจะให้ประโยชน์สูงสุดกับเด็กแล้ว ยังเกิดประโยชน์กับ ตัวของแม่เองด้วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดว่ามารดาควรเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (Shahla, Fahy & Kable, 2010) จากการสำรวจขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของประเทศไทยมีจำนวนเพียงร้อยละ 5.4 ซึ่งเป็นอัตรา ที่ต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมาก และเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก (Pornnapa Tangsuksan, Ameporn Ratinthorn, 2011) สำหรับกรุงเทพมหานครอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.1 ซึ่งต่ำที่สุดในประเทศ (ณัฐฐา กิณะพันธ์, 2551) ซึ่งปัจจัยที่มีผล ทำให้มารดาตัดสินใจและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นระยะเวลาานาน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (intention) 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) 3) ความเชื่อมั่นในตนเองของมารดา (self efficacy) (Shahla, Fahy & Kable, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกจากปัจจัยทั้ง 3 ด้านแล้ว เศรษฐฐานะและพื้นฐานทางสังคมก็มีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เช่นกัน ตัวอย่างเช่น สตรีที่แต่งงานในวัยที่เหมาะสม มีการศึกษาและมีรายได้สูงจะเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้นานกว่าสตรีที่มีบุตรเมื่ออายุน้อย ไม่ได้แต่งงาน และมีรายต่ำ (Shahla,

Fahy & Kable, 2010) นอกจากนี้ประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ (Intrapartum experiences) การได้รับการเตรียมหรือฝึกฝนทักษะในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแต่เนิ่นๆ (Early breast feeding practice) และการรับรู้ว่ามีน้ำนมเพียงพอ (Perceive milk supply) ก็มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเช่นกัน (Shahla, Fahy & Kable, 2010)

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ทัศนคติ ความเชื่อของมารดา การที่มารดามีทัศนคติและความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อตนเองและลูก มารดาก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากกว่ามารดาที่มีทัศนคติทางด้านลบ (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็มีผลเช่นกัน จากการศึกษาขององค์กรยูนิเซฟประเทศไทย (2549) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำแนกตามการศึกษาของมารดาพบว่า มารดาที่ไม่รู้หนังสือจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวเพียงร้อยละ 2 ซึ่งน้อยกว่ามารดาที่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 7 สุขภาพของมารดาก็มีผลเช่นเดียวกันต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มารดาที่มีสุขภาพไม่ดี ไม่แข็งแรง หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเต้านม เช่น หัวนมสั้น แบน บอด บวม ก็ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกเช่นกัน

ความมุ่งมั่นตั้งใจของมารดาเกิดจากทัศนคติของตัวมารดาเองและผู้คนรอบข้าง เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการเลี้ยงลูก (DiGirolamo et al., 2005; J. Scott et al., 2001; J. A. Scott, Shaker, & Reid, 2004; Swanson & Power, 2005) การศึกษาของ DiGirolamo และคณะ ในปี 2005 พบว่ามารดาที่มีทัศนคติเป็นบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้นานถึง 20 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีทัศนคติทางลบ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเช่นกัน การศึกษาในระยะยาวของ Swanson และคณะ ซึ่งศึกษาในมารดา 203 คนพบว่ามารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวนาน 6 สัปดาห์ได้รับการสนับสนุนจากสามี ความเชื่อมั่นในตนเองของมารดา มีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี สภาพหรือสภาวะตลอดจนปัญหาทางสุขภาพ/จิตใจของมารดา หากมารดาไม่ประสบการณที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น จากสามี ญาติ ค่ายายที่ดี มีภาวะสุขภาพจิตใจและร่างกายที่ดีก็จะทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลาที่นานมากขึ้น

สำหรับปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เช่น การเจ็บหัวนม หัวนมสั้นหรือบอด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระยะสั้นเท่านั้นหากได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง ก็จะทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมของตนเองได้ และมารดาก็จะมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (Shahla, Fahy & Kable, 2010) การที่บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่มารดาได้มากขึ้นแค่ไหนหรือให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งเสริมมารดาและครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพนั้นมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องรวมทั้งมีทักษะมากพอในการแก้ไข

ปัญหาหรือไม่ ซึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อถือ และ สร้างความมั่นใจให้แก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2539)

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby friendly hospital initiative) มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ มีหน้าที่ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช ผู้นิพนธ์จึงสังเกตเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และได้ทำการทบทวนปัญหาและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น และวิเคราะห์ว่าปัจจัยด้านมารดาในเรื่องปัญหาของห้วนมและปัจจัยด้านความรู้/ทักษะของบุคลากรประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขให้การช่วยเหลือแก่มารดาตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ เนื่องจากการลักษณะของห้วนมและลานนมที่ปกติเป็นการเตรียมพร้อมที่จะทำ ให้ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ดี ถือเป็น การเตรียมพร้อมขั้นต้นที่สำคัญสำหรับมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้นิพนธ์จึงได้จัดทำคู่มือการประเมินและแก้ไขห้วนม/ลานห้วนมเล่มนี้ขึ้น โดยคาดหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะมี ส่วนช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ได้มีความรู้/ทักษะซึ่งจะสามารถนำไป ปฏิบัติงานเพื่อให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาดังกล่าวที่มารับบริการฝากครรภ์

วัตถุประสงค์

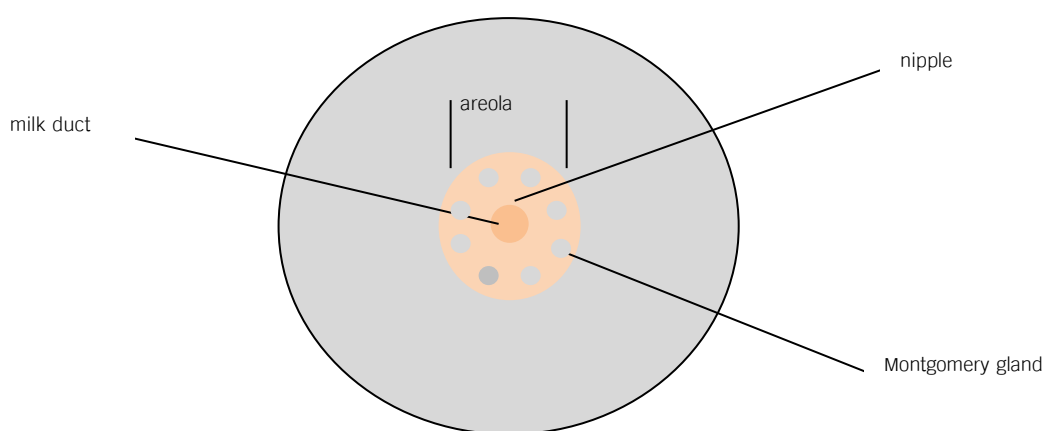
- 1.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ กายวิภาค สรีระวิทยาของเต้านม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด
- 2.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการประเมินและแก้ไขห้วนม/ลานห้วนม ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของห้วนม/ลานห้วนม
- 3.เพื่อให้บุคลากรสามารถให้ความรู้/คำแนะนำในการแก้ไขห้วนมและลานห้วนมแก่หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง

กายวิภาคและสรีระวิทยาของเต้านม

การที่พยาบาลจะให้การดูแลแม่ในการให้นมแม่แก่ลูกอย่างเหมาะสมและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะกายวิภาคของเต้านม หัวนม กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างและหลั่งน้ำนมแม่ ดังต่อไปนี้

กายวิภาคของเต้านม หัวนมและลานนม

เต้านมประกอบด้วยโครงสร้างสำคัญดังนี้



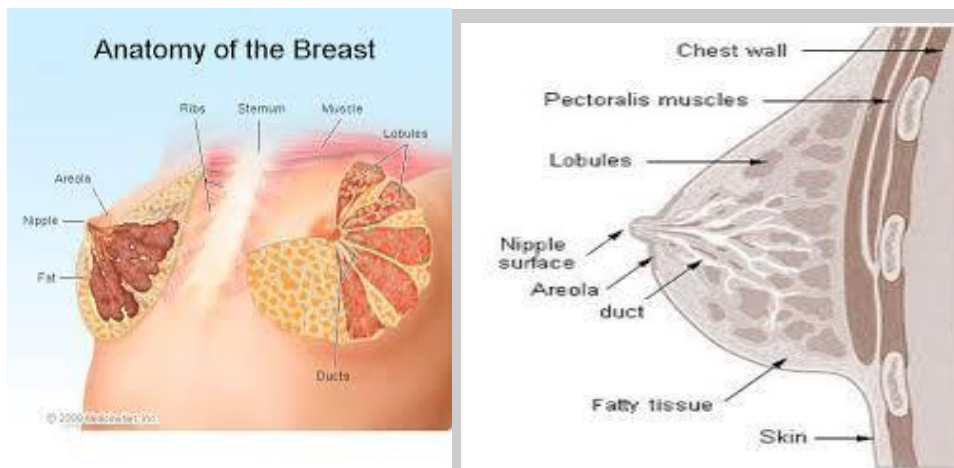
ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกของเต้านม

หัวนม (Nipple) อยู่ส่วนปลายสุดของเต้านม มีสีชมพูหรือน้ำตาล ความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 1.3-1.75 เซนติเมตร มีความนุ่มและยืดหยุ่น จะหดตัวเล็กน้อยและนูนสูงขึ้นเมื่อถูกกระตุ้น สามารถดูไปตามขนาดและรูปร่างของลูกได้ ภายในหัวนมมีท่อน้ำนมทอดมาที่รูเปิดตรงส่วนปลาย เต้านมแต่ละข้างจะมีท่อน้ำนมข้างละ 5-18 ท่อ (Ramsay, Kent, & Hartmann, 2005)

ลานนม (Areola) เป็นผิวหนังสีเข้มกว่าตัวเต้านม อาจมีสีชมพูหรือน้ำตาล เป็นวงล้อมรอบหัวนม รัศมีวัดจากหัวนมขนาดประมาณ 2.2-3.3 เซนติเมตร (Ramsay, et al., 2005) เมื่อตั้งครรภ์สีของลานนมจะเข้มขึ้น และผิวของลานนมจะมีตุ่มนูนเป็นทางเปิดของต่อมไขมัน เรียกว่า Montgomery gland ทำหน้าที่สร้างไขมันมาเคลือบหัวนมและลานนมไม่ให้แห้งและแตกได้ง่าย ได้ลานนมมีท่อน้ำนมใหญ่เรียกว่า large duct ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.0-4.4 มิลลิเมตร จำนวนประมาณ 6-18 ท่อ ทอดอยู่คล้ายรัศมีรอบลานนม ลักษณะของท่อจะอยู่ตื้น ขยายได้เมื่อมีน้ำนมไหลผ่านและง่ายต่อการกดด้วยเหงือกของทารก ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำนมเข้าสู่ท่อน้ำนมในหัวนมขณะที่เด็กดูด (Ramsay, et al., 2005) ในชั้นผิวหนังของหัวนมและลานนม

มีกล้ามเนื้อเรียบเรียงประสานกันเป็นรัศมีออกไปจากหัวนมจำนวน 3 ชั้น ระหว่างชั้นของกล้ามเนื้อเต็มไปด้วยปลายประสาทสัมผัสและเส้นเลือด โดยปกติหัวนมและลานนมจะมีลักษณะยืดยุ่น สามารถยืดขยายได้เมื่อลูกดูดนม ทำให้ลูกสามารถดูดหัวนมและลานนมได้ลึก ลิ้นจะไล่อุบบริเวณใต้ลานนมในขณะที่เหงือกจะกดอยู่ที่ลานนมซึ่งภายในเป็นท่อน้ำนมใหญ่ ทำให้สามารถบีบน้ำนมไหลผ่านท่อน้ำนมเข้าสู่ปากเด็กได้ แต่ถ้าเด็กดูดนมได้ไม่ลึกพอ จะทำให้แม่รู้สึกเจ็บและหัวนมแตกเป็นแผลได้

เต้านม (Corpus mammae) ตั้งอยู่บริเวณช่องระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2-6 วางอยู่บนกล้ามเนื้อ pectoris major, external oblique และ serratus anterior มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 10-12 เซนติเมตร เมื่อโตเต็มที่มีน้ำหนักประมาณ 200 กรัม เมื่อตั้งครรภ์ในระยะสุดท้ายหนัก 400-600 กรัมและขณะให้นมลูกจะมีน้ำหนักประมาณ 600-800 กรัม ภายในเต้านมเป็นเนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยท่อน้ำนม (duct) ต่อม้ำนม(alveoli)และเนื้อเยื่อไขมัน(adipose tissue) ท่อน้ำนมมีการแตกแขนงเป็นฝอยคล้ายกิ่งของต้นไม้รอบเต้านม ส่วนปลายพองออกคล้ายกระเปาะ เรียกว่าต่อม้ำนม (alveoli) ใต้ลานนมเป็นท่อน้ำนมใหญ่ที่ขยายตัวได้เมื่อมีน้ำนมไหลผ่านขณะที่ลูกดูดนม โดยจะขยายขนาดได้ถึง 2-3 มิลลิเมตร(Ramsay, et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้อเยื่อเต้านมและเนื้อเยื่อไขมันจะยึดกันด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันนี้จะเกาะยึดเป็นใยแข็งเรียกว่า Cooper's ligament ช่วยพยุงให้เต้านมคงรูปอยู่ได้ หาก ligament นี้ถูกยืดมากๆเป็นเวลานาน จากน้ำหนักเต้านมที่เพิ่มขึ้น ligament จะเสียความยืดหยุ่น ทำให้เต้านมหย่อนยานได้



ภาพที่ 1 ส่วนประกอบของเต้านม

ที่มา: <http://th.wikipedia.org/wiki>

http://www.samitivejhospitals.com/healtharticle_detail

ต่อมน้ำนมมีเนื้อเยื่ออยู่ 2 ชั้น ชั้นในเรียกว่า alveolar cell ทำหน้าที่สร้างน้ำนมเก็บไว้ภายในกระเปาะ ส่วนชั้นนอกเป็นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบตัวประสานกันรอบต่อมน้ำนมคล้ายตะกร้า เรียกว่า myoepithelial cell ซึ่งจะหดตัวบีบไล่น้ำนมจากกระเปาะลงสู่ ductules จากนั้นจึงไหลไปรวมที่ท่อน้ำนมผ่านไปยัง large duct และในขณะที่ทารกดูดนมและใช้เหงือกกดบริเวณลานนม จะทำให้น้ำนมไหลออกทางปลายเปิดของท่อน้ำนมที่หัวนม

การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เพศหญิงจะเริ่มมีการตกไข่และมีประจำเดือน ฮอโมน estrogen และ progesterone จากรังไข่จะกระตุ้นการเจริญเติบโตของท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมและเพิ่มการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้เต้านมขยายใหญ่และมีรูปร่างสวยงาม ส่วนหัวนมและลานนมจะขยายใหญ่และมีสีเข้มขึ้น แต่จะยังไม่มีการสร้างและหลั่งน้ำนมจนกว่าจะมีการตั้งครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของเต้านมดังต่อไปนี้

Mammogenesis

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ฮอโมนจากรกและรังไข่จะกระตุ้นให้เต้านมมีความพร้อมในการสร้างและหลั่งน้ำนม ฮอโมนดังกล่าวได้แก่ estrogen, progesterone, human placental lactogen และ human chorionic somatomamotropin โดย estrogen จะกระตุ้นต่อมใต้สมองสร้าง prolactin ซึ่งเป็นฮอโมนที่ช่วยในการสร้างน้ำนม ในขณะที่เดียวกัน estrogen, progesterone, human placental lactogen จะยับยั้งฮอโมนที่ทำหน้าที่ยับยั้งการสร้าง prolactin คือ prolactin inhibiting factor (PIF) ทำให้มีการสร้าง prolactin เพิ่มขึ้น prolactin จะกระตุ้นให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมเจริญมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมสร้างน้ำนมต่อไป แต่เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์มี estrogen และ progesterone ในระดับสูงมาก จึงยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนมไว้ (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

Lactogenesis I

เมื่อตั้งครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ เต้านมจะเริ่มสร้างน้ำนมในระยะแรก เป็นน้ำนมที่มีส่วนประกอบของ โปรตีน แลคโตสและอิมมูโนโกลบูลิน สูง เรียกว่าหัวน้ำนม (colostrum) แต่เนื่องจากมีระดับ estrogen และ progesterone ในระดับสูง จึงทำให้สร้างได้ในปริมาณน้อย (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

Lactogenesis II

ภายหลังคลอดระดับของฮอโมน estrogen และ progesterone จะลดลงอย่างรวดเร็วจากการที่รกหลุดตัวออกไป และมีเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้นในเต้านม ในขณะเดียวกันต่อมใต้สมองสร้าง prolactin เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำนม หากมารดาให้ลูกดูดนมจะเป็นการกระตุ้นการสร้าง prolactin ทำให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาประมาณ 3-4 วัน (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

Lactogenesis III

ภายหลังคลอดเมื่อแม่ให้ทารกดูดนมแม่อย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 10 วัน เต้านมจะมีการสร้างน้ำนมแก่เต็มที่ (mature milk) หลังจาก 4 สัปดาห์ของการให้นมแม่ การควบคุมการสร้างน้ำนมจะปรับตามการดูดของทารก ถ้าทารกดูดนมแม่นานน้ำนมจะสร้างมาก หากดูดนมแม่น้อยจะสร้างน้ำมน้อย ถ้าไม่ดูดน้ำนมจะแห้งไป (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมแม่

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสร้างและหลั่งน้ำนม คือสาเหตุใดๆก็ตามที่มีผลทำให้การหลั่งฮอร์โมน prolactin และ oxytocin ลดลง ซึ่งอาจมาจากหลายสาเหตุดังต่อไปนี้

1.ระยะเวลาที่ให้ลูกดูดนมแม่ ควรให้ทารกดูดนมแม่ โดยเร็วที่สุดภายใน ½-1 ชั่วโมงหลังคลอด จะช่วยเพิ่มระดับฮอร์โมน prolactin ที่จะกระตุ้นการสร้างน้ำนม ทำให้นมแม่มาเร็วขึ้น(Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

2.ระยะห่างของการดูดนมแม่ การให้ทารกดูดนมแม่แต่ละครั้งจะเป็นการกระตุ้นให้ระดับ prolactin เพิ่มขึ้น แต่ระดับของ prolactin ในกระแสเลือดจะลดลงสู่ระดับ baseline ในระยะ 3 ชั่วโมงหลังจากที่ลูกดูดนมแม่แล้ว ดังนั้นการให้ทารกดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมงจึงเป็นการกระตุ้นให้ระดับของ prolactin อยู่ในระดับสูงเสมอ ทำให้สร้างน้ำนมได้ดี (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

3.ลักษณะการดูดนมของทารก การดูดนมของทารกเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง เพราะหากดูดนมด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องหรือดูดได้ไม่ดี จะทำให้น้ำนมไม่ไหล แม่เจ็บหัวนม หัวนมอาจแตกเป็นแผล ทำให้เต้านมคัด น้ำนมไม่ได้ระบายออกและจะทำให้เต้านมหยุดการสร้างน้ำนม ดังนั้นพยาบาลควรประเมินลักษณะหัวนมของมารดาว่ามีปัญหาหัวนมบอด สั้น แดง บวม ขาวกินไป หรือมีปัญหาลานนมแข็งหรือไม่ ซึ่งปัญหาของเต้านมและลักษณะหัวนมของมารดาจะมีผลต่อการดูดนมของลูก (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

4.Oxytocin reflex หากมารดามีอาการเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้มีการหลั่ง dopamine จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีฤทธิ์ในการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน oxytocin ทำให้น้ำนมไม่ไหล ออกไม่ดีหรือน้ำนมไม่ไหล (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

5.การที่แม่ได้รับยาหรือสารบางอย่างที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน prolactin เช่น ฮอร์โมน estrogen สารกลุ่ม ergot alkaloid จะเสริมฤทธิ์ dopamine ยับยั้งการหลั่ง prolactin (Ramsay, et al., 2005: Auerbach, G.K,& Riordan, J., 1993)

6.ให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ ทำให้ลูกอึด ไม่ยอมดูดนม การสร้างน้ำนมจะลดน้อยลง

7.ความเจ็บป่วยของแม่หรือลูก ทำให้แม่ไม่สามารถให้นมได้อย่างสม่ำเสมอและแม่อาจมีความเครียด เป็นผลให้การสร้างน้ำนมลดน้อยลง

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์จะเน้นการเตรียมความพร้อมให้กับสตรีตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมไปถึงการประเมินเต้านมและหัวนมและให้การช่วยเหลือและแก้ไขในรายที่มีหัวนมสั้น บอดแบน บุ่ม ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยาของการสร้างและหลั่งน้ำนม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ ลักษณะภายนอกของเต้านม หัวนมและลานนม ส่วนประกอบภายในเต้านม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด กลไกและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การสร้างและการหลั่งน้ำนม (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

2. การเตรียมตัวเพื่อคลอด สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ผลของการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

3. ความสำคัญของการให้ลูกดูดนมเร็ว คุดบ่อยและคุดถูกวิธี เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้นมแม่มาเร็วและเพียงพอต่อความต้องการของลูก ควรให้คำแนะนำมารดาว่าไม่ต้องกังวลที่มีปริมาณน้ำมน้อยในระยะแรก เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ปกติ ปริมาณน้ำนมจะเพียงพอต่อความต้องการของลูก น้ำนมจะถูกสร้างมากขึ้นภายใน 2-3 วันหลังคลอดและควรให้ลูกดูดนมตามความต้องการ(สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

4. ความสำคัญของการมารดาได้สัมผัสลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) โดยเร็วหลังคลอด เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างมารดาและทารก การให้ทารกดูดนมแม่ในช่วงแรกที่เป็นหัวนม จะทำให้ทารกได้รับสารอาหารและภูมิคุ้มกันโรค (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

5. ความสำคัญของการจัดทำในการให้นมและการให้ลูกอมหัวนม เพื่อช่วยให้ทารกดูดนมแม่ได้มีประสิทธิภาพและกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

6. การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องด้วยการให้ทารกอยู่กับมารดาตลอดเวลา (rooming in) เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ช่วยให้มารดาได้เรียนรู้และเข้าใจความต้องการของลูก (สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

7. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในระหว่างตั้งครรภ์ ควรเป็นอาหารที่ดีมีประโยชน์และเพียงพอ เลือกรับประทานอาหารให้ครบหมู่ เพื่อบำรุงร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์และเป็นการสะสมอาหารไว้สำหรับสร้างน้ำนมในระยะหลังคลอด(สุอารีย์ อ้นตระการ, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

8. การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการให้อาหารชนิดอื่นที่ไม่ใช่นมแม่แก่ทารกในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด เช่น นมผสม น้ำ เนื่องจากอาจทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภูมิแพ้และติดเชื้อได้ง่าย (สุอารีย์ อ้นตระกูล, ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

การประเมินเต้านมและการแก้ไขหัวนม/ลานหัวนม

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการซักประวัติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัดเกี่ยวกับเต้านม เพื่อประเมินปัญหาและความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ การผ่าตัดที่ทำให้เต้านมมีขนาดเล็กลงอาจมีผลต่อการสร้างน้ำนมปริมาณน้อยลงได้ การผ่าตัดเสริมเต้านมอาจทำลายท่อน้ำนมและเส้นประสาทที่กระตุ้นสมองให้มีการหลั่งฮอร์โมน prolactin และ oxytocin ได้ ซึ่งมารดากลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินและติดตามเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป การประเมิน/แก้ไขหัวนมและลานหัวนม จะเริ่มต้นด้วยการตรวจเต้านมและหัวนม หลังจากนั้นจึงประเมินความยืดหยุ่นของโคนนมและลานหัวนม ซึ่งคู่มือเล่มนี้ใช้หลักการประเมินหัวนมและลานหัวนมด้วยวิธี Siriraj Areola and Nipple Assessment (SANA) ซึ่งได้มีการปรับปรุงและพัฒนาจากการประเมินหัวนมด้วยวิธี pinch's test และพบว่าการประเมินด้วยวิธี SANA มีความละเอียดและครอบคลุมมากกว่า

การตรวจประเมินหัวนมและลานหัวนมโดย Siriraj Areola and Nipple Assessment (SANA)

การตรวจประเมินหัวนมและลานหัวนมโดย Siriraj Areola and Nipple Assessment เป็นขั้นตอนการตรวจประเมินสภาวะของหัวนมและลานหัวนมของสตรีตั้งครรภ์ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ หากพบความผิดปกติจะช่วยให้การแก้ไขตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้ทารกสามารถดูดได้ในระยะหลังคลอด การตรวจประเมินประกอบด้วย

1. การประเมินหัวนมมารดา เป็นการวัดความยาวและขนาดของหัวนม การทดสอบการตั้งรั้งของหัวนม การทดสอบการหดกลับของหัวนม
2. การประเมินลานหัวนมมารดา เป็นการประเมินความยืดหยุ่นของลานนม

การประเมินห้วนม

สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินห้วนมว่ามีความยาวของห้วนมเท่าไร และพบความผิดปกติของการคั่งรังหรือไม่ จัดให้สตรีตั้งครรภ์ที่จะได้รับการตรวจอยู่ในท่านั่งหลังตรง แล้วทำการตรวจตามลำดับดังนี้

1. การวัดความยาวของห้วนม

- (1) คลึงห้วนม (nipple rolling) เบา ๆ ประมาณ 5 วินาทีก่อนตรวจวัด (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงการคลึงห้วนม (nipple rolling) ก่อนการวัดความยาวของห้วนม

- (2) วัดความยาวห้วนมโดยใช้ไม้บรรทัดขนาดเล็ก(ไม้บรรทัดนมแม่) หน่วยเป็นมิลลิเมตร วัดจากโคนห้วนมจนถึงยอดของห้วนมส่วนที่อยู่ปลายสุด โดยแนวที่วัดให้ตั้งฉากกับลานห้วนม (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงการวัดความยาวของห้วนมด้วยไม้บรรทัดนมแม่ วัดความยาวจากจากโคนห้วนมจนถึงยอดของห้วนมส่วนที่อยู่ปลายสุด โดยแนวที่วัดให้ตั้งฉากกับลานห้วนม

การแปลผล ปกติหัวนมจะมีความยาวระหว่าง 7 – 10 มิลลิเมตร หากมีความยาวน้อยกว่า 7 มิลลิเมตร จัดว่าเป็นหัวนมสั้น แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ

- หัวนมสั้นไม่มาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวเท่ากับหรือมากกว่า 4 มิลลิเมตร แต่ไม่ถึง 7 มิลลิเมตร
- หัวนมสั้นมาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวไม่ถึง 4 มิลลิเมตร
- หัวนมบอด หมายถึง หัวนมที่เรียบเสมอลานหัวนม
- หัวนมบุ๋ม หมายถึง หัวนมบุ๋มลึกลงไปจากลานหัวนม

2. การทดสอบการดึงรั้งหัวนม

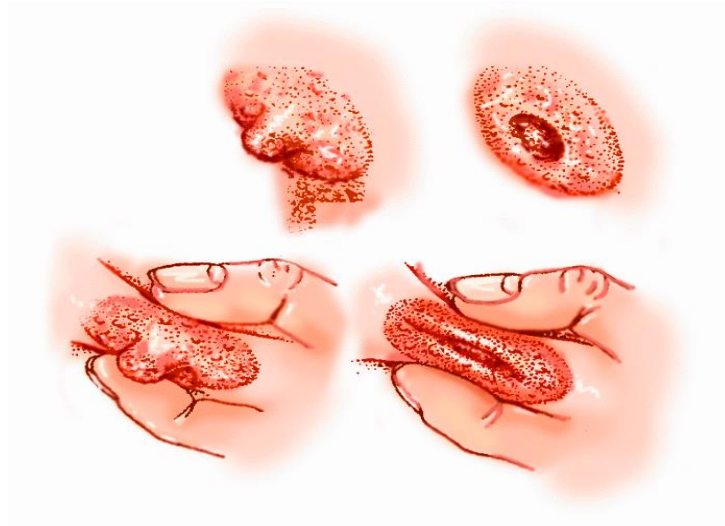
ทดสอบโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณหัวนมแล้วดึงขึ้น (nipple pulling) ดังรูปที่ 3 หากจับไม่ติด ดึงไม่ขึ้นหรือมีแรงต้าน แสดงว่า หัวนมมีการดึงรั้ง (retracted nipple)



รูปที่ 3 แสดงการทดสอบการดึงรั้งของหัวนมด้วยเทคนิค nipple pulling

3. การทดสอบการหดกลับของหัวนม

ทดสอบโดยการบีบบริเวณขอบนอกของลานหัวนมเข้าหากันด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ (pinch's test) ดังรูปที่ 4 หากพบว่าหัวนมที่ยื่นยาวออกมาในสภาพปกติ กลับหดกลับเป็นหัวนมปุ่มเล็กลงจากลานหัวนม คล้ายปล่องภูเขาไฟ เรียกว่า **Pseudo inverted nipple**



รูปที่ 4 แสดงการทดสอบการหดกลับของหัวนมด้วยวิธี Pinch's test เพื่อวินิจฉัยภาวะ pseudo inverted nipple

4. การวัดขนาดของหัวนม วัดขนาดของหัวนมโดยใช้เวอร์เนียคาลิเปอร์หรือไม้บรรทัดนมแม่ หน่วยเป็นมิลลิเมตร โดยวัดเส้นผ่าศูนย์กลางที่กว้างที่สุดของหัวนม

การประเมินลานห้วนม

เป็นการทดสอบดูความยืดหยุ่นของลานห้วนม เพื่อประเมินดูว่าทารกจะสามารถอมลานห้วนมได้หรือไม่ เทคนิคการทดสอบคือการใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานห้วนม แล้วยกขึ้น (areola compression) จากรูปที่ 5



รูปที่ 5 แสดงการประเมินความยืดหยุ่นของลานห้วนม

การแปลผล ผลการทดสอบดูความยืดหยุ่นของลานห้วนมมีดังนี้

1. **ลานห้วนมมีความยืดหยุ่นดี** หมายถึง สามารถใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานห้วนมติด และสามารถดึงลานห้วนมขึ้นมาได้
2. **ลานห้วนมตึง** หมายถึง ไม่สามารถใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานห้วนมติด หรือจับติด แต่ไม่สามารถดึงลานห้วนมขึ้นมาได้

วิธีการแก้ไขภาวะหัวนมหรือลานหัวนมผิดปกติ

หากทดสอบพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะหัวนมและหรือลานหัวนมมีความผิดปกติ แก้ไขได้ด้วยวิธีการดังนี้

1. การนวดลานหัวนม (Hoffman's exercise) หมายถึง การใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ของมือทั้งสองข้างแตะที่รอยต่อระหว่างหัวนมกับลานหัวนมในด้านตรงข้ามกันของหัวนมข้างนั้น จากนั้นกดนิ้วทั้งสองเข้าหาหน้าอกแล้วค่อย ๆ รูดนิ้วแยกห่างจากกันไปบนลานหัวนมข้างละประมาณ 3 เซนติเมตร โดยมีทิศไปในแนวตั้งและแนวนอนนับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำเช่นนี้ให้รอบหัวนม (รูปที่ 6) เพื่อช่วยดึงยึดพังพืดที่ยึดติดฐานหัวนม ใช้เวลาในการนวดลานหัวนมข้างละ 20 รอบต่อวัน ในระหว่างที่นวดลานหัวนมให้สังเกตด้วยว่ามีอาการแข็งตัวของหน้าท้องหรือไม่ ถ้ามีให้หยุดทำ



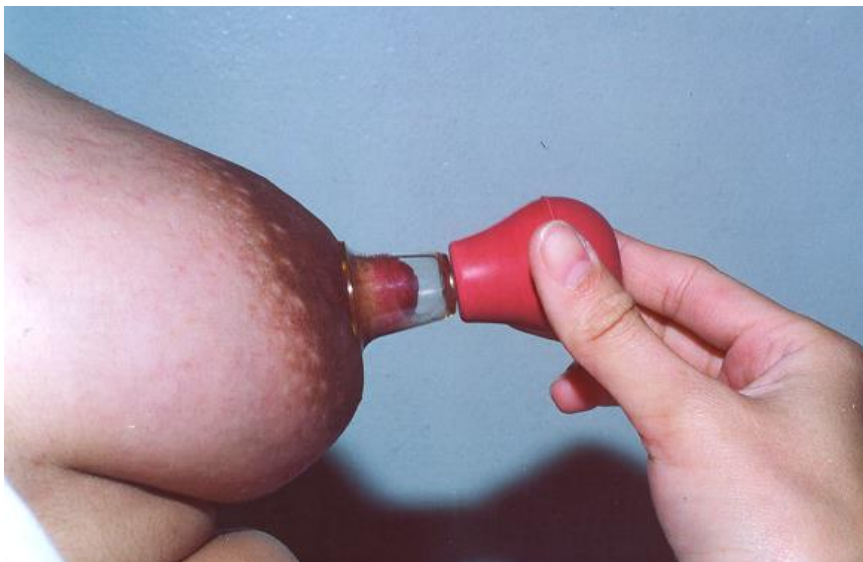
รูปที่ 6 แสดงวิธีการนวดลานหัวนม (Hoffman's exercise)

2. การสวมปทุมแก้ว (Brest cups) ปทุมแก้วมีลักษณะเป็นพลาสติกใส 2 ชั้นประกบกัน ชั้นแรกเป็นฐานมีลักษณะคล้ายจานกลม มีช่องว่างเป็นรูกลมตรงกลางสำหรับสวมครอบหัวนมและลานหัวนม ชั้นที่สองมีลักษณะคล้ายโดมหรือฝาชีคว่ำ และมีรูเล็กๆเป็นรูระบายอากาศอยู่ทางด้านบน วิธีใส่ให้วางปทุมแก้วลงบนเต้านมทั้งสองข้าง โดยให้หัวนมยื่นผ่านรูตรงกลาง และให้รูระบายอากาศอยู่ด้านบน จากนั้นใส่เสื้อยกทรงทับชั้นนอกอีกทีหนึ่ง ปรับสายยกทรงให้มีขนาดกระชับพอดีกับเต้านม (รูปที่ 7) แรงกดที่คงที่และสม่ำเสมอของปทุมแก้วที่กดไปรอบลานหัวนมจะทำให้หัวนมโผล่ยื่นออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างจานพลาสติกทั้งสอง วิธีการใส่ปทุมแก้วจะต้องใส่ทุกวัน ๆ ละ 8 ชั่วโมง โดยให้สวมใส่เฉพาะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นั่งทำงานหรือเดิน และสามารถถอดออกเวลานอน หรือถอดพักชั่วคราวหากรู้สึกอึดอัดหรือเจ็บ



รูปที่ 7 แสดงการสวมใส่ปทุมแก้ว (Brest cups)

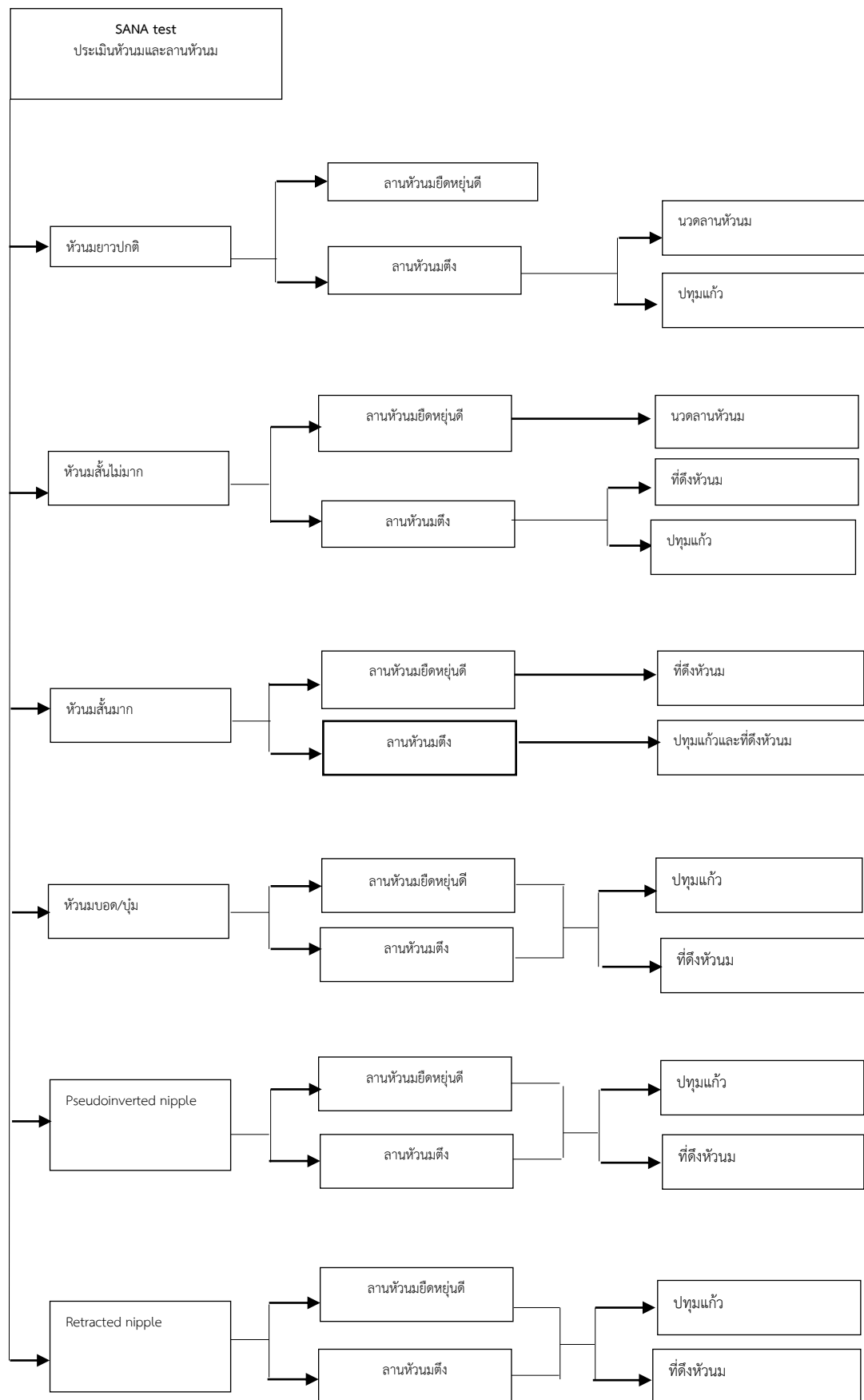
3. การดึงหัวนมโดยใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller) ทำโดยใช้นิ้วมือบีบส่วนที่เป็นลูกยางของ nipple puller แล้วใช้ส่วนที่เป็นพลาสติกใสรูประฆังวางครอบหัวนม จากนั้นค่อย ๆ คลายแรงบีบที่ลูกยาง จะทำให้เกิดภาวะสูญญากาศขึ้นภายใน หัวนมจะค่อย ๆ โผล่ยื่นเข้าไปในส่วนที่เป็นพลาสติกใส (รูปที่ 8) ใช้เวลาในการดึงหัวนมข้างละ 10 นาที ให้ทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ถ้ามีอาการท้องแข็งในขณะที่ดึงหัวนม ให้หยุดดึงชั่วคราวและหากอาการไม่ดีขึ้นให้ไปพบแพทย์



รูปที่ 8 แสดงการใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller)

ในทางปฏิบัติเมื่อประเมินหัวนมและลานหัวนมของสตรีตั้งครรภ์แล้วพบว่ามีความผิดปกติของหัวนมและ/หรือลานหัวนม ให้พิจารณาแก้ไขด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น

แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวทางการดูแลแก้ไขสตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของหัวนมและ/หรือลานนม



กรณีศึกษาที่ 1 การแก้ไขห้วนมและลานห้วนมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

สถานการณ์ตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ ไม่ได้ทำงาน การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 2 (ถูกพักการเรียน)

ประวัติ

อาการสำคัญ

ห้วนมสั้น วัดความยาวของห้วนมได้ 2 มิลลิเมตร (ความยาวห้วนมปกติ = 7-10 มิลลิเมตร) ร่วมกับโคนห้วนมตึง

ประวัติปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์แรก LMP 3 ธันวาคม 2552 มาฝากครรภ์ครั้งแรกวันที่ 11 มีนาคม 2553 อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบความผิดปกติใดๆ นอกจากปัญหาห้วนมสั้น น้ำหนักร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

- ภูมิต้านทานการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น โรคเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และครรภ์แฝด เป็นต้น

- ภูมิต้านทานการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคร้ายแรง เช่น วัณโรคปอด ไวรัสตับอักเสบบี หัดเยอรมัน

- ภูมิต้านทานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัดในอดีต

- ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ

ประวัติระดูและการคุมกำเนิด

- มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 12 ปี มาปกติสม่ำเสมอ เดือนละ 3-4 วัน

- ไม่เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ

ประวัติการตั้งครรภ์

- ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 11 มีนาคม 2553

Blood group O, Rh -positive, VDRL- non-reactive, HBsAg- negative,

Anti-HIV - negative, Thalassemia screening test – negative, Hct 37.7%

Urinalysis protiene, sugar-negative

วัคซีนที่ได้รับในระหว่างตั้งครรภ์

-วัคซีนป้องกันบาดทะยัก เข็มที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2553 เข็มที่ 2 วันที่ 23 เมษายน 2553

การวินิจฉัยโรค Teenage pregnancy with short nipple and retracted nipple

แรกรับให้การต้อนรับด้วยความอบอุ่นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาหัวนมสั้น โดยพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งซักถามความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นพยาบาลทำการประเมินหัวนมและลานหัวนมซ้าย วัดความยาวหัวนมได้ 2 มิลลิเมตรซึ่งสั้นมาก ลานนมปกติดี ทดสอบความยืดหยุ่นของโคนหัวนม พบว่ามีแรงต้าน คิงรั้ง แสดงว่ามีพังพืดใต้โคนหัวนมทำให้ทารกไม่สามารถดูดนมได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (18 มีนาคม 2553)

1. มีโอกาสที่จะไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

ข้อมูลสนับสนุน

- วัดความยาวหัวนมได้ 2 มิลลิเมตร ทั้งสองข้าง
- มีพังพืดใต้โคนหัวนมทั้งสองข้าง
- ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เนื่องจากตั้งครรภ์แรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- หญิงตั้งครรภ์สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้
- ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

- วัดความยาวหัวนมได้มากกว่าหรือเท่ากับ 7 มิลลิเมตร
- เมื่อทดสอบด้วยมือ โคนหัวนมมีความยืดหยุ่นดีและไม่มีแรงต้านหรือคิงรั้งที่โคนหัวนม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกรับด้วยท่าที สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความสนใจในปัญหาของหญิงตั้งครรภ์
2. อธิบายปัญหาและผลกระทบต่อ การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา
3. อธิบายวิธีการใช้ nipple puller และ breast cups (ปั๊มแก้ว) และสาธิตวิธีการใช้งาน ดังนี้

-การดึงโดยใช้ที่ดึงหัวนม (Nipple puller) ทำโดยใช้นิ้วมือบีบส่วนที่เป็นลูกยางของ nipple puller แล้วใช้ส่วนที่เป็นพลาสติกใสรูปประฆังวางครอบหัวนม จากนั้นค่อย ๆ คลายแรงบีบที่ลูกยาง จะทำให้เกิดภาวะสูญญากาศขึ้นภายใน หัวนมจะค่อย ๆ โผล่ยื่นเข้าไปในส่วนที่เป็นพลาสติกใส ใช้เวลาในการดึงหัวนมข้างละ 10 นาที ให้ทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ถ้ามีอาการท้องแข็งในขณะที่ดึงหัวนม ให้หยุดดึงชั่วคราวและหากอาการไม่ดีขึ้นให้ไปพบแพทย์

-การสวมปทุมแก้ว (Brest cups) ปทุมแก้วมีลักษณะเป็นพลาสติกใส 2 ชั้นประกบกัน ชั้นแรกเป็นฐานมีลักษณะคล้ายจานกลม มีช่องว่างเป็นรูกลมตรงกลางสำหรับสวมครอบหัวนมและลานหัวนม ชั้นที่สองมีลักษณะคล้ายโคมหรือฝาชีคว่ำ และมีรูเล็กๆเป็นรูระบายอากาศอยู่ทางด้านบน วิธีใส่ให้วางปทุมแก้วลงบนเต้านมทั้งสองข้าง โดยให้หัวนมยื่นผ่านรูตรงกลาง และให้รูระบายอากาศอยู่ด้านบน จากนั้นใส่เสื้อยกทรงทับชั้นนอกอีกทีหนึ่ง ปรับสายยกทรงให้มีขนาดกระชับพอดีกับเต้านม แรงกดที่คงที่และสม่ำเสมอของปทุมแก้วที่กดไปรอบลานหัวนมจะทำให้หัวนมโผล่ยื่นออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างจานพลาสติกทั้งสอง วิธีการใส่ปทุมแก้วจะต้องใส่ทุกวันๆละ 8 ชั่วโมง โดยให้สวมใส่เฉพาะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นั่งทำงานหรือเดิน และสามารถถอดออกเวลานอน หรือถอดพักชั่วคราวหากรู้สึกอึดอัดหรือเจ็บ

4. ให้หญิงตั้งครรภ์ทำการสาธิตวิธีการใช้งานกลับเพื่อประเมินความเข้าใจ
5. ทำการนัดเพื่อติดตามผลการแก้ไขหัวนมเดือนละ 1 ครั้งหรือตามแพทย์นัด
6. บันทึกผลการประเมินลงในแบบบันทึกข้อมูลการแก้ไขหัวนม

ผลลัพธ์การพยาบาล

-หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้ที่ดึงหัวนมและปทุมแก้วได้อย่างถูกต้อง

-จากนั้นได้ทำการติดตามเพื่อประเมินความยาวของหัวนมและการดึงรั้งของโคนหัวนมทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้

ครั้งที่	วันที่	อายุครรภ์	หัวนมซ้าย		หัวนมขวา		วิธีแก้ไข		การแก้ไขตามคำแนะนำ		
			ความยาว (mm)	โคนนมตั้ง (การดึงรั้ง)	ความยาว (mm)	โคนนมตั้ง (การดึงรั้ง)	Brest cups	Nipple puller	ไม่ทำเลย	ทำไม่สม่ำเสมอ	ทำสม่ำเสมอ
1	29 เม.ย.53	21 wks	2	-	2	-	/	/			/
2	27 พค.53	25 wks	3	-	3	-	/	/			/
3	10 มิย	27 wks	5	-	5	-	/	/			/

ปี- ครึ่ง	วันที่	อายุครรภ์	หัวนมซ้าย		หัวนมขวา		วิธีแก้ไข		การแก้ไขตามคำแนะนำ		
			ความยาว (มม)	โคนนมตั้ง (การตั้งจริง)	ความยาว (มม)	โคนนมตั้ง (การตั้งจริง)	Breast cups	Nipple puller	ไม่ทำเลย	ทำไม่ สม่ำเสมอ	ทำสม่ำเสมอ
4	8กค.53	31 wks	6	-	6	-	/	/			/
5	5สค.53	35 wks	7	-	7	-	/	/			/

2.มีความวิตกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

-สีหน้าแสดงความวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด

-หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถามพยาบาลว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้หรือไม่ และตนเองจะต้องทำอย่างไร

วัตถุประสงค์การพยาบาล -หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล - มีสีหน้าผ่อนคลายไม่แสดงความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกรับด้วยท่าที สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความสนใจในปัญหาของหญิงตั้งครรภ์

2.อธิบายถึงสาเหตุของปัญหา ความชุกของปัญหาและการแก้ไขปัญหาโดยชี้แจงว่าหากหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ที่ดึงหัวนมและปั๊มแก้วอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่องก็จะช่วยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

3.ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.ติดตามเยี่ยมหลังคลอดเพื่อประเมินว่ามารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

ผลการพยาบาล

-หญิงตั้งครรภ์สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น เมื่อประเมินซ้ำในการมาตรวจติดตามผลแต่ละครั้ง พบว่าความยาวของหัวนมขยับสูงขึ้นและโคนนมนุ่มกว่าเดิมทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คลายความวิตกกังวลลง และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

-จากการเยี่ยมมารดาหลังคลอดเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2553 พบว่ามารดาสามารถให้นมบุตรได้ ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ดี น้ำหนักตัวทารก 3030 กรัม

สรุปกรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ มาฝากครรภ์และตรวจห้วงมทุกครั้งตามนัด ดูแลเอาใจใส่ปฏิบัติตามคำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาห้วงมสั้นและโคนห้วงมคิงรั้งอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยใช้nipple pullerและปั๊มแก้วอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ห้วงมมีความยาวเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ โคนห้วงมไม่คิงรั้ง สะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนี้มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่

กรณีศึกษาที่ 2 การแก้ไขห้วนมและลานห้วนมในหญิงตั้งครรภ์

สถานการณ์ตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง (พนักงานบริษัท) การศึกษา ปริญญาตรี

ประวัติ

อาการสำคัญ

ห้วนมสั้น วัดความยาวของห้วนมได้ 2 มิลลิเมตร (ความยาวห้วนมปกติ = 7-10 มิลลิเมตร)
โคนห้วนมตั้งไม่ตั้งรัง ลานห้วนมปกติ

ประวัติปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์แรก LMP 10 พฤศจิกายน 2553 มาฝากครรภ์ครั้งแรก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2554 อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบความผิดปกติใดๆ นอกจากปัญหาห้วนมสั้น น้ำหนักร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

- ภูมิต้านทานต่ำของสมาชิกในครอบครัว เช่น โรคเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และครรภ์แฝด เป็นต้น

- ภูมิต้านทานต่ำของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรคปอด ไวรัสตับอักเสบบี หัดเยอรมัน

- ภูมิต้านทานต่ำต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัดในอดีต

- ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ

ประวัติระดูและการคุมกำเนิด

- มีประจำเดือน มาปกติสม่ำเสมอ เดือนละ 3-4 วัน

- ไม่เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ

ประวัติการตั้งครรภ์

- ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2554

Blood group O, Rh -positive, VDRL- non-reactive, HBsAg- negative,

Anti-HIV - negative, Thalassemia screening test – negative, Hct 37.7%

Urinalysis protiene, sugar-negative

วัคซีนที่ได้รับในระหว่างตั้งครรภ์

-วัคซีนป้องกันบาดทะยัก เข็มที่ 1 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2554 เข็มที่ 2 วันที่ 9 มีนาคม 2554

การวินิจฉัยโรค Normal pregnancy with short nipple

แรกรับให้การต้อนรับด้วยความอบอุ่นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาหัวนมสั้น โดยพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งซักถามความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นพยาบาลทำการประเมินหัวนมและลานหัวนมซ้าย วัดความยาวหัวนมได้ 2 มิลลิเมตรซึ่งสั้นมาก ลานนมปกติดี ทดสอบความยืดหยุ่นของโคนหัวนม พบว่ายืดหยุ่นดีไม่ดิ่งรั้ง จากการที่หญิงตั้งครรภ์มีขนาดความยาวของหัวนมสั้นมากทำให้ทารกไม่สามารถดูดนมได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (9 มีนาคม 2554)

1. มีโอกาสที่จะไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

ข้อมูลสนับสนุน

-วัดความยาวหัวนมได้ 2 มิลลิเมตร ทั้งสองข้าง

-ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เนื่องจากตั้งครรภ์แรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

-หญิงตั้งครรภ์สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้

-ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

-วัดความยาวหัวนมได้มากกว่าหรือเท่ากับ 7 มิลลิเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกรับด้วยท่าที สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความสนใจในปัญหาของหญิงตั้งครรภ์

2. อธิบายปัญหาและผลกระทบต่อ การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

3. อธิบายวิธีการใช้ nipple puller และสาธิตวิธีการใช้งาน ดังนี้

-การดึงโดยใช้ที่ดึงหัวนม (Nipple puller) ทำโดยใช้นิ้วมือบีบส่วนที่เป็นลูกยางของ nipple puller แล้วใช้ส่วนที่เป็นพลาสติกใสรูปประฆังวางครอบหัวนม จากนั้นค่อย ๆ คลายแรงบีบที่ลูกยาง จะทำให้เกิดภาวะสูญญากาศขึ้นภายใน หัวนมจะค่อย ๆ โผล่อื่นเข้าไปในส่วนที่เป็นพลาสติกใส ใช้เวลาในการดึงหัวนมข้างละ 10 นาที ให้ทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ถ้ามีอาการท้องแข็งในขณะที่ดึงหัวนม ให้หยุดดึงชั่วคราวและหากอาการไม่ดีขึ้นให้ไปพบแพทย์

4. ให้หญิงตั้งครรภ์ทำการสาธิตวิธีการใช้งานกลับเพื่อประเมินความเข้าใจ
5. ทำการนัดเพื่อติดตามผลการแก้ไขหัวนมเดือนละ 1 ครั้งหรือตามแพทย์นัด
6. บันทึกผลการประเมินลงในแบบบันทึกข้อมูลการแก้ไขหัวนม

ผลลัพธ์การพยาบาล

- หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้ที่ดึงหัวนมได้อย่างถูกต้อง
- จากนั้นได้ทำการติดตามเพื่อประเมินความยาวของหัวนมทุกครั้งที่ยุติตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้

ครั้งที่	วันที่	อายุครรภ์	หัวนมซ้าย		หัวนมขวา		วิธีแก้ไข		การแก้ไขตามคำแนะนำ		
			ความยาว (มม)	โคนนมตั้ง (การดึงรั้ง)	ความยาว (มม)	โคนนมตั้ง (การดึงรั้ง)	Breast cups	Nipple puller	ไม่ทำเลย	ทำไม่สม่ำเสมอ	ทำสม่ำเสมอ
1	16มีค. 54	16wks	2	-	2	-	-	/			/
2	20เมย. 54	21wks	3	-	3	-	-	/			/
3	25พค. 54	26wks	5	-	5	-	-	/			/
4	22มิย. 54	30wks	6	-	6	-	-	/			/
5	20กค. 54	34wks	7	-	7	-	-	/			/
6	3ตค. 54	36wks	8	-	8	-	-	/			/

2. มีความวิตกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

- สีหน้าแสดงความวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด
- หญิงตั้งครรภ์ถามพยาบาลว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้หรือไม่ และตนเองจะต้องทำอย่างไร

วัตถุประสงค์การพยาบาล -หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล - มีสีหน้าผ่อนคลายไม่แสดงความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกรับด้วยท่าที สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความสนใจในปัญหาของหญิงตั้งครรภ์

2. อธิบายถึงสาเหตุของปัญหา ความชุกของปัญหาและการแก้ไขปัญหาโดยชี้แจงว่าหากหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ที่ตั้งหัวนมได้อย่างถูกต้อง สม่่าเสมอและต่อเนื่องก็จะช่วยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

3. ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการพยาบาล

- หญิงตั้งครรภ์สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น เมื่อประเมินซ้ำในการมาตรวจติดตามผล พบว่าหญิงตั้งครรภ์ คลายความวิตกกังวลลง และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

- ติดตามเยี่ยมหลังคลอดเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2554 มารดาสามารถให้นมบุตรได้ ทารกสามารถดูดนมได้ดี น้ำหนักตัวทารก 3160 กรัม

สรุปกรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ มาฝากครรภ์และเข้ารับการประเมิน แนะนำการแก้ไขหัวนมทุกครั้งตามนัด ดูแลเอาใจใส่ปฏิบัติตามคำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาหัวนมสั้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้หัวนมมีความยาวเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ สะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุป

ปัจจุบันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ถึงแม้จะมีการณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะให้ความร่วมมือมากขึ้นก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็คือความผิดปกติของหัวนมและลานนม ทำให้ลูกไม่สามารถดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความผิดปกติดังกล่าวถือเป็นบทบาทของพยาบาล ที่จะสามารถกระทำได้ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ วิธีที่ใช้ในการประเมินความยาวของหัวนมและความยืดหยุ่นของโคนนมหรือลานนมในบริบทของหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราชได้ใช้ Siriraj Areola and Nipple Assessment (SANA) โดยปรับพัฒนามาจาก pinch's test ทำให้สามารถประเมินได้ละเอียดมากขึ้น เมื่อประเมินพบความผิดปกติของหัวนม เช่น สั้น แบน บอด บุ่มหรือมีโคนนม/ลานนมแข็งตึงก็จะแก้ไขโดยใช้ Hoffman's exercise เพื่อนวดลานนมหรือโคนนมให้นุ่มมากขึ้น(ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีลานนมหรือโคนนมที่แข็งตึงเล็กน้อย) การใช้ breast cups หรือปั๊มแก้วในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีลานนมหรือโคนนมที่แข็งตึงมาก สำหรับการใช้นipple puller กับหญิงตั้งครรภ์ที่หัวนมสั้นก็จะทำให้ความยาวของหัวนมเพิ่มขึ้นจนเป็นปกติ หลังคลอดทำให้ทารกสามารถดูดนมแม่ได้ นอกจากการแก้ไขปัญหาหัวนม ลานนม ที่ควรเริ่มตั้งแต่ฝากครรภ์แล้ว พยาบาลควรให้ความรู้ทั้งในเรื่องความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้กำลังใจ ฝึกสอนจนกระทั่งหญิงตั้งครรภ์สามารถแก้ไขหัวนม ลานนม โดยใช้อุปกรณ์ดังกล่าวข้างต้นได้เป็นอย่างดี ร่วมกับการติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่องในช่วงฝากครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมพร้อมของเต้านมและหัวนม มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีและตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี เลหาพันธ์

หัวหน้าสถานแพทย์แผนไทยประยุกต์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พฤษ จันทรประภาพ

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวจินดา ลัทธลาภกุล

พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-

นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณานุกรม

1. Anderson, J.W., Johnstone, B.M., & Remley, D.T.(1999). Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 525-535.
2. Breastfeeding Basics
<http://www.stlukesonline.org/services/pregnancy parenting/breastfeeding.html>.
3. Center for Disease Control and Prevention. (2010). *Data 2010 the healthy people 2010 database*. Retrieved May, 2011 from <http://wonder.cdc.gov/data2010/FOCUS.HTM>.
4. King FS. Helping mothers to breastfeed. Revised edition. Bombay: Chintanakshar Craftics,1992.
5. Ladomenou, F., Moschandreas, J., Kafatos, A., Tselentis, Y.,& Galanakis, E.(2010). Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Archive of Disease in Childhood*,95(12), 1004-1008.
6. Lauwers J, Woessner C. Counseling the nursing mother : a reference handbook for health care providers and lay counselors. Wayne, NJ : Avery Pud. Group;1983.
Lawrence, R.A., & Lawrence, R.M.(2005). A guide for the medical profession. Philadelphia: Mosby.
7. Pornapa Tangsuksan, Ameporn Ratinthorn.(2011). Experiences and Contextual Factors Related to Exclusive Breastfeeding in Full-time Working Mothers. *Journal of Nursing Science*,29(3),52-63.
8. Ramsay, D.T., Kent, J.C., Hartman, P.E. (2005). Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *Journal of Anatomy*, 206, 525-534.
9. อนุรักษ์ กิณะพันธ์. (2551). นำนมแม่ดีที่สุด. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2553, จาก http://WWW.unicef.org/thailand/tha/reallives_9620.html.
10. สุอารีย์ อ้นตระกูล และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์. การบีบและการเก็บน้ำนมจากเต้า. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2542.
11. สุอารีย์ อ้นตระกูล และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์.(2550). ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน นิพนธ์พร วรมงคล (บรรณาธิการ). คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (หน้า 44-78). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
12. หน่วยนมแม่ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางสูติกรรม. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ Practical Breastfeeding in Obstetric วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2553 ณ ห้องประชุม 1514 ชั้น 15 อาคาร 100 ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์:จัดโดยหน่วยนมแม่ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 11 หน้า.

13. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. (2553). Why Breastfeeding: Past to present. เอกสารประกอบการประชุม Breast is Best สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี พ.ศ. 2553