

## ماهیت شکاف

شکاف، فضا یا فاصله‌ی غیر طبیعی در لب فوقانی، قوس دندانی یا کام است. اصطلاح عامیانه برای این وضعیت، لب شکری است که استفاده از آن می‌بایست کنار گذاشته شود.

شکاف کام و لب، نقایص مادرزادی قابل ترمیم هستند که در آن، بافت دهان یا لب در طی هفته‌های اول تکامل جنین به خوبی تشکیل نشده‌اند.

شکاف لب به شکل یک فاصله یا شکاف باریک در روی لب بالا است که بسته به شدت اختلال میتواند تا بینی گسترش یابد. این شکاف ممکن است یک سمت لب را درگیر کند که به آن شکاف یک طرفه می‌گویند و یا هر دو سمت لب درگیر شده باشد که در این صورت شکاف دو طرفه نام می‌گیرد.

به هم نرسیدن دو قسمت کام در طی رشد جنینی موجب ایجاد شکاف کام شده که از لحاظ گستردگی میتواند تنها نرمکام را درگیر کرده و یا این فاصله تا سخت کام و قسمت پشت قوس دندانی کشیده شود.

وجود تنوع گسترده در انواع شکاف‌های دهانی و پارامترهای گوناگون موثر بر آن، موجب ایجاد سیستم‌های طبقه‌بندی مختلف شده که در مراکز درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

از جمله‌ی این سیستم‌ها میتوان به سیستم طبقه‌بندی مرکز شکاف کام آیوا اشاره نمود که شامل ۵ گروه از شکاف‌ها می‌باشد.

۱. شکاف لب به تنهایی، یک طرفه و دو طرفه، جزئی و کامل.

۲. شکاف لب و قوس دندانی، یک طرفه و دو طرفه، جزئی و کامل.

۳. شکاف کام تنها، شکاف زیر مخاطی، جزئی و کامل.

۴. شکاف کامل لب، قوس دندانی و کامی، یک طرفه و دو طرفه.

۵. اشکال ترکیبی شکاف که ممکن است ترکیبی از شکاف‌های کامل و جزئی باشد.



## علت شناسی

عوامل ایجاد کننده ی شکاف های دهانی سالهاست که تحت بررسی است

گرچه در بررسی های متعدد، علل بسیاری برای شکاف کام و لب بدست آمده اما هنوز علت مشخص و مستقلی برای این اختلال شناسایی نشده است

بطور کل میتوان گفت شکاف دهانی - صورتی، نتیجه ای از ترکیب عوامل وراثتی و عوامل محیطی می باشد

نخست تصور میشد که وراثت فاکتور مهمی در ایجاد این اختلال می باشد اما مطالعات نشان داده اند که ژنتیک بیماران شکاف کام یا لب نقش دارد. قابل ذکر است که یک وراثت ساده مد نظر نیست، بلکه 0% تنها در ۲۰ تا ۳۰ در واقع یک وراثت چند ژنی و چند عاملی مطرح است

فاکتور های محیطی احتمالاً در زمان های بحرانی از تکامل جنینی و زمانی که ساختار های لب و کام در حال اتصال هستند، در بروز شکاف دخالت دارند. کمبود های تغذیه ای، تابش اشعه، داروهای گوناگون، کمبود اکسیژن، ویروس ها، زیادی ویتامین ها و یا کمبود آن ها در موقعیت خاص میتوانند ایجاد شکاف نمایند

یکی دیگر از عوامل تاثیر گذار در این زمینه را سن والدین میدانند. افزایش سن هر دو والد، با میزان بروز شکاف لب و کام و شکاف کام به تنهایی ارتباط دارد (گرین و همکاران)

به طور خلاصه شکاف های دهانی - صورتی توسط مکانیسم های کاملاً ناشناخته ی ژنتیکی - محیطی ایجاد میگردد. عدم وجود دانش کافی در مورد علت این عارضه، شیوه های پیشگیری را ناممکن می سازد

تنها پیشنهاد در این زمینه، انجام مراقبت های دوران بارداری مثل عدم مصرف هر گونه داروی بدون توصیه ی پزشک و دور بودن مادر از شرایط استرس، هیجان و فشار های روحی می باشد

## مراقبت های گوش

عفونت گوش میانی در کودکان دچار شکاف کام شایع است و خطر جدی برای شنوایی ایجاد میکند -

عدم درمان این عفونت های مکرر ، باعث ایجاد کم شنوایی می شود و در صورت ادامه یافتن مشکل، نقایص -

گفتار و زبان جدی را به دنبال خواهد داشت. به همین دلیل، انجام آزمون های شنوایی به صورت دوره ای و منظم هر ۶ ماه یکبار از طفولیت تا بزرگسالی توسط شنوایی سنج ضروری است

تحقیقات نشان می دهد نوزادانی که علی رغم مشکلات بسیار، با شیر مادر تغذیه شده اند، دوره های کمتری - از عفونت گوش میانی را نسبت به آنهایی که با شیشه ی شیر تغذیه شده اند، تجربه کرده اند.

- کودکان مبتلا به شکاف کام در معرض خطر عفونت های گوش قرار دارند. این مشکلات در نتیجه ی بی کفایتی عملکرد بعضی از عضلات کام که شیپور استاش را باز میکنند، می باشد. (شیپور استاش لوله ی کوچکی است که حلق را به گوش میانی مرتبط می سازد.) وقتی شیپور استاش به طور موثر باز نشود، هوا نمیتواند به گوش میانی وارد شود. این مشکل، سبب شکل گیری مایع و تجمع آن در گوش میانی می شود سپس این مایع می تواند عفونی شده و کودک را مبتلا به تب و درد گوش کند. (التهاب حاد گوش میانی)

به دلیل وقوع مکرر این مشکل، کودکان مبتلا به شکاف کام باید در هفته های اول تولد، تحت معاینه ی پزشک یا یک متخصص گوش و حلق و بینی قرار گیرد



📄 مراقبت های دندانی



کودک مبتلا به شکاف کام و لب باید زیر نظر دندانپزشک باشد و مراقبتهای دندانی و در صورت لزوم ارتودنسی

انجام گیرد تا به ردیف کردن دندانها کمک کرده و هر فاصله ای را که به دلیل وجود شکاف ایجاد شده بهبود ببخشد.

مواظبت های دندان روتین در همه کودکان مهم است اما چگونگی وضع دندان کودکی یا نبودن دندان ها در موفقیت درمان کلی شکاف لب و کام، اثر مهمی دارد. معمولا در ۳ سالگی که دندان های شیری کامل می شوند مراجعه به دندانپزشک لازم است.

گاه دندان ها کمتر یا زیاد تر . در کودکان مبتلا به شکاف کام و لب، دندان ها در محل چاک غیر طبیعی است هستند ، گاه تغییر شکل یافته و یا خارج از محل طبیعی قرار دارند و ممکن است مانع تغذیه شوند. در بعضی مواقع کشیدن دندان ممکن است لازم شود اگر چه بهتر است دندان ها را تا حد امکان حفظ کرد تا دندان های دائمی به طور طبیعی درآیند.

در نواحی که فلور کافی در آب نیست، دندانپزشک فلوراید را به طور موضعی به کار می برد تا از پوسیدگی دندان جلوگیری شود. علاوه بر اینکه در ماه های اولیه تولد، کودک دارای شکاف لب و کام باید توسط متخصص ارتودنسی ویزیت شود، در سنین ۵ و ۶ سالگی هم حتما بایستی توسط متخصص ارتودنسی مورد معاینه قرار گیرد تا کارهای اصلی ارتودنسی در این زمان شروع شود.

درمان ارتودنسی معمولا با رویش اولین دندان دائمی شروع می شود و کودک جهت انجام اقدام لازم باید زیر نظر ارتودنتیست باشد ، تا قبل از رویش دندانهای دائمی مراقبت از دندانها و مسواک زدن آنها به شکلی که دندانپزشک آموزش می دهد انجام گیرد.

به طور متوسط ۶۰ تا ۷۰ . متخصص ارتودنسی، رشد و پیشرفت فک و صورت را، در برنامه درمان تنظیم می کند درصد مردم به معالجات ارتودنسی به علت ناهنجاری های دندان - فکی نیاز دارند و در کودکان دچار شکاف لب و کام با توجه به نقص و عیوب دندانهای خاص آنها، صد درصد نیاز به درمان های مذکور وجود دارد.

ارتودنتیست وظیفه دارد که وضع دندان ها را با فک هماهنگ کند. طبیعت شکاف لب و کام به گونه ای است که باعث می شود رشد فک بالا عقب بماند در نتیجه این بیماران دارای کمبود رشد فک بالا هستند که این کمبود رشد می تواند در جهت قدامی خلفی یا در جهت طرفی باشد. متخصص ارتودنسی باید وسایلی را به بیمار بدهد که رشد فک بالا را تسریع کند در غیر این صورت بیمار به سمتی پیش خواهد رفت که فک پایین از فک بالا جلوتر و قیافه بیمار روز به روز بدتر خواهد شد.

بنابراین درمان های اصلی ارتودنسی برای بیماران شکاف لب و کام جهت تحت کنترل درآوردن فکین از سن

۶سالگی به بعد شروع می شود. اگر درمان های ارتودنسی در سنین پایین شروع شود، ممکن است که نیاز به درمان های جراحی در سنین بالاتر برای این بیماران وجود نداشته باشد، هرچند امکان دارد به علت شدت ناهنجاری و عدم همکاری بیمار، نیاز به درمان های گسترده جراحی که در سنین ۱۸ سالگی انجام می شود نیز وجود داشته باشد.

در بیمارانی که نیاز به جراحی فک دارند، طرح درمان با نظر متخصص ارتودنسی و جراح فک و صورت هماهنگ می شود. در این صورت، قسمتی از درمان های ارتودنسی قبل از جراحی و قسمت دیگر پس از جراحی انجام می شود. اگر بیمار به طور منظم و در زمان مناسب و با طرح درمان صحیح، درمان شود، در پایان دوره زمانی، ظاهر مناسبی خواهد داشت و با اطمینان می توان گفت که ظاهر بیمار همانند یک فرد سالم بدون شکاف می باشد.

بنابراین اگرچه روند درمانی، بسیار طولانی و مشکل است و بیمار نیاز به درمان های متحرک و ثابت ارتودنسی دارد که گاهی ممکن است تا چندین سال ادامه پیدا کند اما نتیجه عمل که ایجاد چهره ای جدید است هم برای متخصص ارتودنسی، هم برای بیمار و هم برای والدین بیمار، بسیار شیرین خواهد بود.

[مشاوراتی جهت تحریک رشد گفتار و زبان](#)



این مشاورات به منظور جلوگیری از ایجاد خطاهای گفتاری در کودکان مبتلا به شکاف کام و لب می باشد. امید است که بهره گیری از این راهکارها بتواند به کودکی که متفاوت از سایرین چشم به جهان گشوده است، کمک نماید.

-در طول روز از فعالیت های رایج به منظور ارتباط با کودک استفاده کنید.

مسائلی را که در طول روز برای کودک و یا خودتان اتفاق می افتد، در قالب جملات کوتاه برای کودک نقل کنید. بهتر است با کلمات ساده (مثل: ماما یا بده) شروع کنید.

بعد از این مرحله از عبارات دو کلمه ای با ترکیب **اسم+فعل** / مثل /بابا آمد/ استفاده کنید. مرحله بعد **صفت+اسم** / مثل /ماشین بزرگ/ و بعد **اسم+صفت+فعل** / مثل /توپ بزرگ افتاد/ و بعد بقیه عبارت های سه کلمه ای را بکار ببرید.

-سعی کنید کلمات اجتماعی مثل " بده " را به کودک آموزش دهید. البته باید روی حرف " ب " تاکید کنید

یعنی آن را با فشار و به صورت اغراق آمیز بیان کنید.

- طی فعالیت های خاص در طول روز، تعداد لغات کودک را با تاکید روی صداهای دهانی، افزایش دهید مثلاً هنگام لباس پوشیدن روی حرف "ک" در کلمه ی کفش، هنگام غذا خوردن روی حروف /پ،ل/ در کلمه ی پلو، هنگام حمام کردن روی حروف/ص،ب/ در کلمه ی صابون و ... تاکید کنید.

- فیلم های لذت بخش و مورد علاقه ی کودک را همراه با هم تماشا کنید و روی کلماتی که صداهای دهانی دارند تاکید کنید.

- هنگام صحبت با کودک که روی صداهای خاص تاکید می کنید، باید طوری بنشینید که کودک کاملاً صورت و دهان شما را هنگام تولید صداها ببیند.

### **احتمال ابتلا به شکاف کام و لب**

شانس ابتلا به شکاف کام در متولدین بعدی این خانواده ها چقدر است؟

ریسک بروز مجدد یک شکاف، توسط تعدادی از فاکتورها تعیین می شود که اغلب مختص همان خانواده است. این فاکتورها شامل موارد زیر می شود: تعداد افراد خانواده که مبتلا به شکاف هستند، میزان نزدیکی فامیلی این افراد، نژاد و جنسیت افراد مبتلا و نوع شکافی که هر فرد دارد.

اگر سندرم ها و اختلالات دیگر را کنار بگذاریم، می توان در مورد خطرات وقوع مجدد شکاف لب یا کام، مشاوره را به خانواده ها پیشنهاد کرد. تست ژنتیکی خاصی در حال حاضر در دست نیست تا بتوان شانس ابتلا هر کدام از کودکان را به شکاف تعیین کرد. با این وجود اطلاعات اینقدر سریع در حال پیشرفت است که به زوج ها توصیه می شود که در مورد جدید بودن تست ها سوال کنند و بدانند آیا آنقدر این تست ها پیشرفته هستند که برای بارداری های بعدی بتوان از اطلاعات آنها استفاده کرد!

هر پدر و مادر تقریباً ۱ به ۷۰۰ احتمال داشتن یک کودک با شکاف را دارد. ریسک ابتلای فرزند دیگر به شکاف، زمانی که والدین یک کودک مبتلا دارند، ۵٪-۲ است (یعنی ۲ تا ۵ مورد از ۱۰۰ تولد). اگر بیش از یک فرد در خانواده مبتلا به شکاف باشد، شانس ابتلا فرزند بعدی ۱۲٪-۱۰ خواهد بود (تقریباً ۱ در هر ۱۰ تولد).

فرد مبتلا به شکاف در صورتی که تنها فرد خانواده باشد که مبتلا شده است، ۵٪-۲ در مورد کودکش شانس ابتلا به شکاف وجود دارد. اگر افرادی که مبتلا به شکاف هستند و بستگان نزدیک شکافی هم داشته باشند، ریسک ابتلا تا ۱۲٪-۱۰ افزایش می یابد. نهایتاً، در خواهر و برادر های فردی که مبتلا به شکاف است اما خودشان مبتلا به شکاف نیستند، تقریباً ۱٪ ریسک ابتلا فرزندانشان به شکاف وجود دارد. زمانی که بیش از یک

فرد نزدیک در خانواده، مبتلا به شکاف است، ریسک ابتلا تا ۶-۵٪ نیز می تواند افزایش یابد. اگر سندرمی هم وجود داشته باشد، ریسک وقوع مجدد تا ۵۰٪ هم افزایش می یابد (یعنی ادر ۲ مورد). بررسی ژنتیکی در مورد شناسایی سندرمها کمک کننده است.

اگر به وقوع مجدد شکاف توجه کنیم، به نظر می رسد که شکاف لب یا بدون شکاف کام، علل متفاوتی نسبت به شکاف کام به تنهایی داشته باشد.

وقوع مجدد شکاف لب همراه یا بدون شکاف کام، ریسک شرایطی شامل شکاف لب ناقص تا شکاف کام و لب کامل دو طرفه را فراهم می کند.

وقوع مجدد شکاف کام (بدون شکاف لب) ریسک شکاف کام به تنهایی را شامل می شود. در نتیجه این خانواده ها ریسک بالایی برای بروز شکاف لب ندارند.

این اطلاعات عمومی بر اساس مطالعات جمعیتی در سرتاسر دنیا به دست آمده است. افراد مبتلا به شکاف کام و لب، خانواده های کودکان مبتلا و سایر خانواده ها، معمولاً به اطلاعات خاصتری در مورد وقوع مجدد این بیماری در سایر افراد خانواده شان نیاز دارند. این نوع اطلاعاتاز طریق بررسی ژنتیکی حاصل می شود.

### مشاورات روانشناسی



تولد نوزادی با نقایص مشخص، مشکلات و مسائل متعددی را برای خانواده ایجاد می کند.

والدین گاهی شوک، ناامیدی، غم، احساس دشمنی احساس ویرانی و ترس را پشت سر می گذارند تا به مرحله ای برسند که وجود چنین کودکی را در زندگی شان بپذیرند و بتوانند با قدرت با این احساسات خود مقابله نموده و برای کودکشان دلسوزی کنند.

برای سرعت بخشیدن به این روند، گاهی لازم است که والدین در روزهای نخست پس از تولد کودکشان، ملاقات هایی با یک مشاور داشته باشند. همچنین می توانند با والدینی که بر مشکلات مشابهی فائق آمده اند صحبت کنند.

یکی از مسائلی که در دوره ی نوزادی اهمیت ویژه ای دارد، حس تعهد و وابستگی یا ایجاد یک رابطه محکم بین - والدین و کودک است. گاهی والدین به قدری در گیر مسائل و مشکلات پزشکی کودک خود هستند که فراموش می کنند کودکشان نیاز به نوازش لبخند های محبت آمیز و بازی های سرگرم کننده دارد.

کاهش صداسازی ها و لبخند های والدین با کودک منجر به کاهش واکنش کودک و کاهش تقلید از مادر می گردد.

### **جراحی ترمیمی**

هدف از جراحی لب بستن شکاف به گونه ای است که جای زخم در کمترین حالت ممکن بوده، ظاهر لب طبیعی به نظر برسد و صورت به طور طبیعی به رشد خود ادامه دهد.

هدف از جراحی کام بستن کام به گونه ای است که کام در طی خوردن، نوشیدن و گفتار، عملکرد طبیعی داشته باشد.

متغیر ها و فاکتور های گوناگونی در زمان بندی و تکنیک های جراحی ترمیمی موجود است که از جراحی به جراح دیگر و از تیمی به تیم دیگر متفاوت می باشد.

این موضوع مهم است که شما از جراح کودک خود مطمئن بوده و به مهارت، توانایی و تجربه ی او اعتماد داشته باشید.

### **ترمیم جراحی شکاف لب**

### **ترمیم جراحی شکاف کام**



## ترمیم جراحی شکاف لب

بستن شکاف لب معمولاً در هفته ی اول زندگی پیش از ترمیم کام صورت می گیرد. جراحی در زمانی انجام می شود که کودک فاقد هر گونه عفونت دهانی ، تنفسی و سیستمیک باشد. روش ترمیم شکاف لب شامل بخیه جهت به حداقل رسانیدن بد شکلی ناشی از عقب رفتن بافت اسکار و کشیدگی لب است. زدن به شکل

با پیشرفت روش های جراحی ، دفورمیتی های ناشی از عقب رفتگی خط بخیه لب به حداقل رسیده است اما هم چنان در عیوب شدید ، دسترسی به نتایج ایده آل از نظر زیبایی به سختی امکان پذیر است. در صورت عدم وجود عفونت یا ضربه ، محل آسیب با اسکاری کوچک ترمیم می شود. مشخصات فیزیکی باقیمانده در کودک بزرگتر شامل دفورمیتی باقیمانده ی بینی ، برآمدگی خفیف لب پایین و پهنی ثلث تحتانی لب بالا توام با حاشیه ی قرمز غیر عادی لب است.

سابق بر این ترمیم شکاف کام ، پس از ترمیم لب و متعاقب ایجاد تغییرات طبیعی در مسیر رشد انجام می شد. با توسعه ی روش های جراحی و بیهوشی ، بسیاری از جراحان ترمیم شکاف کام را در دوران نوزادی انجام می دهند هر چند که در مورد زمان مناسب ترمیم کام اختلاف نظر فراوانی وجود دارد ولی بیش تر جراحان ترجیح می دهند شکاف موجود را پیش از شروع شکل گیری عادات گفتاری نامناسب در کودک ترمیم نمایند. وجود علایمی مثل برگشت مواد از بینی و صحبت تو دماغی، بیانگر نیاز به انجام مدل سازی قسمت خلفی حلق یا پیوند استخوان کام در سالیان بعد می باشد

مداخلات لازم از کودکی قبل از تولد

**قبل از تولد:**

-مراجعه به تیم شکاف کام و لب

-تشخیص و مشاوره ژنتیک

-توجه به جنبه های روانشناختی

-فراهم کردن راهنمایی های تغذیه

-ایجاد برنامه تغذیه

**تولد تا ۱ ماهگی:**

-مراجعه به تیم شکاف کام و لب (اگر قبلاً انجام نشده)

-تشخیص و مشاوره ژنتیک

-توجه به جنبه های روانشناختی

-فراهم کردن راهنمایی هایی در مورد تغذیه و کنترل رشد

**1-4 ماهگی:**

-چک کردن تغذیه و رشد

-ترمیم شکاف لب و گذاشتن VT

-چک کردن گوش ها و شنوایی ( هر ۶ ماه یکبار تا بزرگسالی)

-دریافت مشاورات گفتار و زبان

**5-15 ماهگی:**

-چک کردن تغذیه ، رشد و تکامل

-چک کردن گوش ها و شنوایی

-ترمیم شکاف کام (VT + اگر قبلاً انجام نشده)

-فراهم نمودن راهنمایی های بهداشتی دهانی

-دریافت مشاورات گفتار و زبان

### **16-24 ماهگی:**

-ارزیابی گوش ها و شنوایی

-ارزیابی گفتار و زبان

-چک کردن تکامل

### **2 - 5 سالگی:**

-ارزیابی گفتار و زبان ، درمان بی کفایتی ساختمانی دریاچه کامی -حلقی (جراحی ثانویه کام)

-چک کردن گوش ها و شنوایی

-در صورت لزوم شروع برنامه ی گفتار درمانی در ۲/۵ سالگی \_ هفته ای سه بار (حداقل)

-ارزیابی دندان ها

-ترمیم دوباره بینی/لب قبل از مدرسه

-ارزیابی تکامل و سازگاری روانشناختی

### **6 - 11 سالگی:**

-ارزیابی گفتار و زبان ، درمان بی کفایتی ساختمانی دریاچه کامی -حلقی

-ارزیابی دندان ها

-چک کردن گوش ها و شنوایی

-مداخله های ارتودنسی

-پیوند استخوان آلونلار

-ارزیابی سازگاری روانشناختی/مدرسه

### 11-21 سالگی:

-جراحی فک ، جراحی پلاستیک بینی (اگر لازم است)

-پروتز های ارتودنسی (اگر لازم است)

-ارزیابی دندان ها

-چک کردن گوش ها و شنوایی

-مشاوره ژنتیک

-ارزیابی سازگاری روانشناختی/مدرسه

-

1. آیا شکاف کام و لب در دوران بارداری در سونوگرافی مشخص می شود؟ از چند ماهگی؟  
شکاف لب از هفته ی ۱۲ به بعد(عموماً در هفته ۱۴ یا ۱۵) در سونوگرافی مشخص است بخصوص در سونوگرافی سه بعدی. اما شکاف کام را نمیتوان در سونوگرافی مشاهده کرد و تشخیص داد.

2. آیا ترس دوران بارداری، می تواند عامل ایجاد شکاف کام و لب باشد؟ خیر. ترس در دوره ی بارداری علت اولیه ی شکاف نیست.

**3. آیا شکاف کام و لب با بیماری های روانی ارتباطی دارد یا خیر؟** خیر. ارتباط ندارد اما مصرف برخی از داروها از جمله دیلانترین می تواند زمینه ساز بروز شکاف کام و لب شود.

**4. چگونه میتوان از بروز شکاف کام و لب پیشگیری نمود؟** از آنجایی که هنوز عامل اصلی بروز این بیماری شناخته نشده است، پیشگیری قطعی هم ندارد اما رعایت برخی از موارد نوشته شده در قسمت علت شناسی سایت از جمله مصرف اسید فولیک طبق دستور پزشک و انجام مشاورات ژنتیک پیش از بارداری می تواند تا حد امکان، از بروز شکاف کام و لب جلوگیری کند .

**5. عمل های جراحی پلاستیک (مثل عمل ترمیم جای زخم لب) در چه سنی انجام می شوند؟** با توجه به نیاز بیمار یک بار قبل از مدرسه و مرحله ی بعد در حدود ۱۶ سالگی

**6. جراحی اولیه لب و کام در چه سنی انجام می شود؟** جراحی اولیه لب در حدود ۲-۳ ماهگی و جراحی اولیه کام در حدود ۹ ماهگی انجام میگردد. اما این اعداد در همه ی کودکان یکسان نمی باشد و عواملی نظیر وزن و رشد کودک هنگام عمل و بیماری های همراه همچون عارضه ی قلبی می تواند سن عمل را بنا به تشخیص جراح، تغییر دهد.

**7. دوره ی نقاهت پس از عمل میکروسکوپی کام چقدر است؟** حدود ۱ هفته تا زمانی که پزشک از سلامت کودک و رفع عوارض جانبی پس از عمل اطمینان کامل حاصل کند.

**8. آیا بعد از جراحی میکروسکوپی کام، باز هم نیاز به گفتار درمانی هست؟** بله. معمولاً دوره هایی از گفتار درمانی نیاز است اما شیوه ی جدید جراحی میکروسکوپی به ما این اطمینان را می دهد که پس از یک دوره گفتار درمانی، فرد با صدای طبیعی و تولید صحیح می تواند سیر درمان را کامل نموده و ترخیص شود.

9. آیا ازدواج فامیلی منجر به بروز شکاف کام و لب می شود؟ در شکاف کام و لب برخی از فاکتور های وراثتی نیز درگیر هستند. در مواردی که این فاکتور ها در خانواده ای موجود باشد، ازدواج های فامیلی می تواند زمینه ی بروز شکاف را افزایش دهد اما از آنجایی که قانون وراثتی شکاف کام و لب پیچیده است و با عوامل مختلفی درگیر است، بهتر است خانواده هایی که به این مورد مشکوک هستند و یا سابقه ی این اختلال را در خانواده داشته اند، پیش از بارداری با متخصص ژنتیک مشورت نموده تا از روی شجره ی خانوادگی و آزمایشات مربوطه ، از میزان احتمال مبتلا شدن کودک خود مطلع شوند.

### \*\*\* چگونه کودک خود را شیر دهیم؟

بعضی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب، می توانند مشکل مکیدن پیدا کنند، چون هوا از طریق شکاف به داخل دهان نشت می شود (خارج می شود)

هر چه شکاف در کام وسیع تر باشد، بچه مشکل بیشتری جهت ایجاد ساکشن برای مکیدن شیر پیدا می کند. به نظر میرسد که آنها خوب مک می زنند ولی تلاش بیشتری نیاز دارند و این ممکن است باعث خستگی آنها شده و به میزان کافی وزن اضافه نکنند.

این مشکل به کمک پرستار کودک می تواند حل شود و کمک موفقیت آمیزی برای این مسئله باشد.

شما می توانید از طریق شیشه یا پستان به بچه شیر دهید.

مصرف شیر از طریق پستان مادر مشکل، ولی امکان پذیر است فقط کودک ممکن است نیاز به شیر اضافه تر از شیشه مخصوص داشته باشد که این شیر اضافی هم می تواند از شیر مادر یا شیر مصنوعی باشد.

اگر از شیشه شیر می دهید توصیه می شود از سر پستانک مخصوص که نرم تر است استفاده کنید و شیشه را کمی فشار دهید تا کودک راحت تر شیر را بمکد و هرگاه بچه استراحت می خواهد شما باید با فشار دادن، شیشه را متوقف کنید. این کار "شیر خوردن با کمک" است.

نوزادان معمولاً با لب هایشان اطراف پستانک را گرفته و چانه خود را پایین و بالا می برند تا پستانک را روی سقف دهان خود فشار داده و از خلاء پشت سقف دهان، شیر را به داخل بکشد. سپس شیر مکیده شده، بلعیده

می شود. هنگامی که شیر را می بلعند، لوله تنفسی (تراشه) آنها بسته می شود، لحظه کوتاهی تنفس متوقف می شود تا شیر را به داخل لوله غذایی (مری) فرستاده و دوباره شروع به مکیدن می کنند.

شکاف لب مانع بسته شدن کامل دهان در اطراف نوک پستان می شود. شکاف کام مانع ایجاد خلاء کامل در عقب دهان می شود، بنابراین شیر به داخل دهان مکیده نشده و فضای دهان و بینی از هم جدا نمی شوند.

این نوزادان به نظر می رسد که خوب مک می زنند ولی نمیتوانند شیر را به داخل دهان بکنند. بنابراین شیر خوردن آن ها طولانی شده و به دفعات مکرر تکرار می شود، کودک خسته شده و ممکن است وزن زیاد نکند.

بهتر است که موقع تغذیه او را تا حد امکان در حالت نشسته کامل نگه دارید.

نوزادان معمولاً عمل مکیدن را انجام داده سپس توقف کرده، شیر را می بلعند و همزمان نفس خود را نگه می دارند. مکیدن، بلعیدن و تنفس کردن یک آگوی شیر خوردن است.

سر شیشه را در محلی که شکاف وجود ندارد یا اگر شکاف دو طرفه باشد در یک طرف قرار دهید. شیشه باید فشار داده شود و رها شود (بر حسب اینکه میزان مکیدن نوزاد با چه سرعتی باشد... تقریباً یک فشار در ثانیه) و باید وقتی نوزاد مکیدن را متوقف می کند، شما هم توقف کنید.

این مهم است که مشاهده کنید که نوزاد چگونه تغذیه می کند نباید خیلی فشار داده شود تا مبادا نوزاد نتواند همه شیر را بمکد. وقتی نوزاد به این وضع تغذیه عادت کرد، باید کودک تغذیه خود را در حدود ۳۰ دقیقه تمام کند. در این صورت افزایش وزن طبیعی پیدا میکند.

شکاف لب نوعی ناهنجاری مادرزادی است که در دو حالت منفرد و همراه با شکاف کام مجموعاً ۲/۳ ناهنجاری های اصلی صورت را تشکیل میدهد این ناهنجاری ها به دو صورت غیر سندرومی و سندرومی وجود دارد که در حالت سندرومی این ناهنجاری جزئی از یک بیماری می باشد

بروز این ناهنجاری مشکلات فراوانی از نظر تغذیه ای، تکلم و عملکرد و... پدید می آورد و علاوه بر آن مشکلات فراوانی از نظر روحی-روانی و مالی برای والدین بوجود می آورد. شکاف کام و لب تغذیه کودک را دچار اختلال می کند اما تغذیه را غیر ممکن نمی سازد.

تولد یک نوزاد جدید احساس های خوشحالی، غرور و گاهی اوقات ترس را برای خانواده به دنبال دارد. زمانی که نوزاد مشکل پزشکی داشته باشد برای خانواده احساس نامطلوبی به وجود می آید. خانواده نگران هستند از اینکه چه کسی به بچه ما کمک خواهد کرد؟ و نوزاد ما چه مسیری را باید طی کند؟

هدف تیم شکاف کام و لب کمک در پرورش بچه هایی با رشد و تکامل طبیعی و دارای بهترین تصویر مثبت از خود، چهره ی جذاب، شنوایی سالم، صحبت قابل فهم و دندان های سالم است. این تیم در طی دوران کودکی و نوجوانی باعث پیشرفت عملکرد اجتماعی فرد در بزرگسالی یکی از اساسی ترین نیازهای نوزاد تغذیه می باشد و یکی از مشکلات کودکان دارای شکاف کام و لب اختلال در تغذیه آنها می باشد که والدین باید در جهت رفع آن اقدام نمایند. می گردد.

کودک شما باید به منظور رشد و نمو و به منظور شروع ترمیم شکاف، وزن گیری مناسب داشته باشد. مشکلات اصلی تغذیه در این کودکان، مشکلات مکیدن و عبور شیر از طریق بینی است.

این مطالب به شما راهنمایی ها و اطلاعاتی در باره ی تغذیه ی نوزاد متولد شده تان با شکاف لب، کام یا هر دو خواهد داد.

### مزایای شیرمادر :

۱- شیرمادر به تنهایی می تواند از لحظه اول تولد تا پایان ۴ ماهگی ، تمام نیازهای غذایی شیرخوار را برای رشد طبیعی او تامین کند. حتی در هفته اول تولد که هنوز جریان عادی شیر برقرار نیست ، نوزاد نیازی به غذا یا آشامیدنی دیگری ندارد و همان شیر برای رشد طبیعی او کافی است.



۲- آغوز یا کلاستروم یا شیر روزهای اول که زردرنگ و غلیظ است ، حاوی مواد مفید و ارزنده ای می باشد که اولین و بهترین واکسن برای حفاظت کودک برضد بیماریهای عفونی است.

۳- سلولهای زنده و مواد مختلف ضد عفونی شیر مادر با غلظت بیشتر در آغوز موجود است و دارای خاصیت از بین بردن میکروبها و ویروسها است و در نتیجه احتمال ابتلای شیرخوار را به بسیاری از عفونتهای گوارشی و تنفسی کاهش می دهد و در صورت بروز بیماری ، احتمال مرگ و میر بمراتب در شیرخواری که از شیرمادر تغذیه می کند کمتر است.

۴- در ماههای اول تولد که شیر خوار بیش از سایر مواقع در معرض خطر است ، شیرمادر او را از ابتلا به بسیاری از بیماریها حفظ می کند. تغذیه با شیرمادر احتمال مرگ در اثر بیماریهای اسهالی را به شدت کاهش می دهد و از ابتلاء به عفونتهای گوش میانی و عفونتهای حاد دستگاه تنفسی و مرگ ومیر ناشی از آن می کاهد.

۵- میزان ابتلاء به آسم ، اگزما و انواع الرژی در شیرخوارانی که از شیرمادر استفاده می کنند بسیار کمتر است ، لذا در خانواده هایی که پدر یا مادر یا یکی از افراد خانواده مبتلاء به بیماری آلرژیک است ، تغذیه با شیرمادر باید تغذیه انتخابی باشد زیرا استفاده از هر نوع شیر دیگر زیان آور و زمینه ساز آلرژی دورانهایی بعدی زندگی خواهد بود.

۶- در شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه می کنند ، مشکل افزایش کلاسترول خون در بزرگسالی و بالا رفتن خطر ابتلاء به بیماری قلبی - عروقی به علت سوخت و ساز کلاسترول ، کمتر است.

۷- چربی و پروتئین شیرمادر بهتر از چربی و پروتئین دیگر انواع شیرها هضم و جذب می شود . به همین دلیل قولنج ، جمع شدن گاز ، استفراغ و حساسیت به پروتئین در این شیر خواران کمتر مشاهده می شود.

۸- ترکیب شیر مادرهمراه با رشد شیرخوار تغییر پیدا میکند. چربی شیرمادر در شروع هر وعده شیردهی کمتر است و سپس میزان آن تدریجاً بیشتر می شود. این تغییرات کمک بزرگی به رفع تشنگی و همچنین سیر نگه داشتن بچه می کند.

۹- به سبب اختلاف در ترکیب چربی شیرمادر ، شیرخوار پرخوری نمی کند و کمتر چاق می شود. چاقی این دوران ، زمینه ساز عوارض قلبی - عروقی ، مفصلی و بیماری قند در بزرگسالی است.

۱۰- به علت وجود آب کافی در شیرمادر ، تشنگی نوزاد برطرف می شود واز سوی دیگر اشتهايش تحریک می گردد و نیازی به دادن آب یا آب قند ، حتی در مکانهای بسیار گرم و خشک ، نیست.

۱۱- شیرخواران بیمار چون اشتهاى کمتری دارند ، به یک ماده سهل الهضم ومغذی نیازمند هستند . شیرمادر می تواند این نیاز را کاملاً تامین کند.

۱۲- شیرمادر به تنهایی تا ۳/۱ انرژی و مواد مغذی مورد نیاز کودک در سال دوم زندگی را تامین می کند ، پس بهتر است تا ۲ سالگی از شیرمادر همراه با غذای خانواده استفاده شود.

۱۳- میزان املاح و پروتئين شیرمادر به حدی است که به کلیه های نوزاد که هنوز کامل نشده اند ، صدمه ای وارد نمی کند.

۱۴- شیرمادر پاکیزه ، دارای درجه حرارت مناسب و عاری از آلودگی میکروبی است.

۱۵- برای نوزاد نارس و کم وزنی که قادر به مکیدن سینه مادر نیست ، شیرمادرش - بویژه آغوز - به خاطر داشتن ترکیب مناسب با موقعیت چنین نوزادی ، باید با قطره چکان ویا قاشق چایخوری به او داده شود. این عمل از بروز بسیاری از بیماریهای عفونی و مرگ و میر ناشی از آن که در این نوزادان شایع است ، پیشگیری می کند. تماس بدنی مادر و نوزاد در بهبود رشد و تکامل نوزادان نارس و بیمار نقش حیاتی دارد.

۱۶- جذب کلسیم شیرمادر به سبب غلظت مناسب آن در شیرمادر بهتر انجام می شود. در نتیجه کمبود کلسیم در شیرخواران شیرمادر خوار کمتر دیده شده است.

۱۷- بدلیل وجود خواص ویژه ای جذب آهن شیرمادر بمراتب بهتر صورت می گیرد و نیازی به دادن قطره آهن تا شروع غذای تکمیلی نیست.

۱۸- اسهال در شیرمادر خواران بمراتب کمتر است و نیز به سبب نوع مدفوع ، سوختگی ناحیه تناسلی کمتر دیده می شود.

۱۹- چون تعداد دفعات ابتلاء به بیماری در شیرمادرخواران کمتر است ، نیازی به بستری شدن در بیمارستان و جدایی عاطفی نیز کمتر پیش می آید.

**شکاف لب:** در این موارد باید به مادر تفهیم کرد که نوزاد طبیعی است و شیردادن به او مثل کودکان طبیعی می باشد. به طور معمول پستان مادر شکاف لب را پر کرده ومکیدن، خوب پیش می رود. مادر درحالی که سینه ی خود را داخل دهان طفل قرارداده، می تواند انگشت خود را داخل شکاف گذاشته تا نیروی مکش توسط طفل اعمال شود ( انگشت مادر حتماً باید با آب و صابون شسته شده باشد). این مسئله که طفل را تشویق به مکیدن کنیم تا عضلات چانه و فک تقویت شود اهمیت زیادی دارد. چنان چه نیروی مکش مؤثر نبود مادر می تواند

شیرخود را بدوشد و با قطره چکان یا وسایل دیگر به نوزاد بخوراند. در مواردی از وسایل مخصوص برای نوک سینه می توان استفاده کرد .

**شکاف کام:** در شکاف کام بلع نرمال است. اگر شکاف باریک و محدود به کام نرم باشد، نوزاد قادر است از کام سخت که در جلوتر قرار گرفته است برای مکیدن نوک سینه استفاده کند ولی اگر شکاف در قسمت کام سخت باشد شیردهی مشکل تر صورت می گیرد. و بهتر است وضعیت شیرخوار در هنگام تغذیه به حالت نیمه نشسته باشد .

در مواردی که شکاف کام بسیار وسیع باشد می توان شیرمادر را دوشید و در شیشه هایی با سرشیشه ی مخصوص به شیرخوار داد.

نارسایی رشد در شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب حاصل دشواری و سختی در تغذیه آنها قبل از عمل جراحی است پس از عمل اکثرا رشد کافی پیدا کرده و وزن می گیرند و وزن آنها به حد ایده آل می رسد . شکاف های کام یا لب با ایجاد اشکال در وارد آوردن فشار بر روی هاله ی پستان یا سر پستانک مکیدن شیر خوار را کاهش می دهند و تغذیه را مختل می کنند. اگر چه نوزاد قادر به مکیدن است ولی حرکات دهان شیر خوار قادر به ایجاد قدرت مکیدن کافی و ایجاد فشار لازم جهت خروج شیر از سینه مادر یا شیشه نمی باشد.

شکاف کام بیش از شکاف لب تغذیه را دچار مشکل می کند. عدم اتصال و پیوستگی بین اپی گلوت حلق و کام نرم باعث می شود که کودک نتواند بین تنفس و تغذیه هماهنگی ایجاد کند و در نتیجه شیر به بینی وارد می شود

انواع شیر دادن : ۱- شیر پستان ۲- شیر شیشه

**شیر پستان** - تغذیه کودکان با شیر مادر موجب حفاظت آنها در برابر عفونت گوش میانی می شود. تغذیه شیر خوار با پستان امکان پذیر بوده و در بسیاری از موارد از تغذیه با بطری موفق تر بوده است .



بدین منظور نوک پستان به طور کامل به سمت خلفی حفره دهان هدایت می شود تا شیر خوار با حرکت زبان نوشیدن شیر را تسهیل نماید. به هر حال ممکن است در ابتدا نیروی مکیدن موثر جهت تحریک خروج شیر وجود نداشته باشد. بنابراین استفاده از یک شیر دوش پیش از شیردهی جهت تحریک خروج شیر مفید است .

اگر نوزاد با اشکال مک زدن مواجه است می توان فضای شکاف را با انگشت یا خود پستان پر کرد قبل از شیر دادن بهتر است مادر پستان را ماساژ دهد تا شیر به نوک پستان آمده و به راحتی به دهان نوزاد وارد شود. بهتر است نوزاد هنگام تغذیه در یک وضعیت نشسته قرار گیرد که عمل بلع آسانتر انجام شود و از خروج شیر از بینی جلوگیری شود.

تغذیه با شیر مادر از طریق پستان نباید بیش از ۱۰ دقیقه طول بکشد و در مواردی که تغذیه پستانی برای فعالیت و رشد نوزاد کافی نباشد باید از شیشه های مکمل استفاده کرد.

اگر شیر دادن با پستان به نوزاد مشکل بود می توان از وسیله ای به نام پمپ استفاده کرد پمپ شیشه اجازه می دهد بچه تغذیه کامل داشته باشد و شیر جمع آوری شده جوشانده شود و بعدا استفاده گردد . پمپ سینه سبب تحریک مکانیسم ترشح شیر می شود حتی زمانی که بچه به پستان مک نزند .



**شیر بطری** – استفاده از سر پستانک های عادی برای این کودکان غیر قابل استفاده است زیرا قادر به تولید مکش نیستند لذا تغذیه آنها باید توسط سر پستانک های خاص یا سایر وسایل انجام شود.



انواع و اقسام شیشه و پستانک برای این منظور وجود دارد . شیشه های فشاری یکی از انواع آن هستند که به راحتی شیر به داخل دهان نوزاد وارد می شود و انرژی بچه تلف نمی شود.



برخی وسایل برای تغذیه نوزادان مبتلا به شکاف کام وجود دارد . یکی از این وسایل نرسر است که شامل بطری پلاستیکی قابل فشارنده و یک سر پستانک با برش صلیبی است .



سرپستانک بطری دیگری به نام پیجن برش Y مانند داشته و برای آنکه حفره دهان را به طور کامل پر کند مختصری بزرگتر و گردتر از سر پستانک های معمولی است .

وجود دریچه ی یک طرفه از برگشت شیر به بطری جلوگیری کرده و بلع هوا را به حداقل می رساند.



استفاده از انواع سر پستانک خاص علاوه بر تغذیه کودک نیازهای مکیدن وی را بر آورده می کند. در این موارد سر پستانک باید طوری در دهان قرار داده شود که توسط کام و زبان تحت فشار قرار گیرد. علی رغم نوع پستانک وارد کردن فشار ملایم و یکنواخت به قاعده ی شیشه احتمال خفگی یا سرفه را کمتر می کند .

**تغذیه شیشه ای با تغذیه کننده ها بر من**



تغذیه کننده ی هابرمن در کودکان با مکیدن ضعیف استفاده می شود این وسیله از یک دریچه و سر پستانک تهیه شده که میزان شیر جاری به نوزاد را تنظیم می کند و از خفگی یا اوق زدن جلوگیری می کند.

بطری را سرهم کنید و آن را با شیر پستان یا شیر خشک طبق دستور العمل راهنما پر کنید .

هر نوزاد به ازای هر کیلو گرم وزن بدنش به 100 کالری انرژی در ۲۴ ساعت شبانه روز نیاز دارد و هر ۳۰ سی سی ( یک اونس ) از شیر های خشک مقدار ۲۰ کالری انرژی دارد شیر به طور مثال اگر نوزادی ۳ کیلو گرم وزن داشته باشد یعنی در ۲۴ ساعت به ۳۰۰ کالری انرژی نیاز دارد و باید در طی ۲۴ ساعت ۴۵۰ سی سی شیر بخورد که اگر هر ۲ ساعت به شیر بدهیم باید در هر نوبت تقریباً باید ۳۷ سی سی شیر به او داد و اگر هر ۳ ساعت شیر بدهیم این مقدار حدود ۵۶ سی سی در هر نوبت می باشد.

زمانی که دهان نوزاد باز می باشد سرپستانک مخصوص را داخل دهان شیر خوار قرار دهید. سرپستانک را در مرکز زبان قرار داده و نوکش را زیر قسمت سالم کام برگردانید. نوزاد شروع به مکیدن می کند .به مرور سرپستانک را تا جایی که بزرگترین خط و بیشترین جریان زیر بینی نوزاد است بچرخانید. اگر نوزادتان جریان



شیر را نمی تواند تحمل کند بطری را به سمت سرعت آهسته جریان بچرخانید. شما ممکن است مخزن شیر را هر ثانیه یا هر سه مکش فشار دهید. زمانی که نوزاد سرپستانک را بین کام و زبانش فشار می دهد، در قسمتی که بیشترین شیر از سرپستانک خارج شود فشار مداومی ایجاد کنید .

در بطری های هابرمن می توان با افزایش فشار مختصر روی مخزن زمان شیردهی را کوتاه تر کرد.

سر پستانک را در دهان شیر خوار در قسمت خلاف شکاف و به طرف قسمت عقب زبان قرار گیرد زیرا با این روش عمل تخلیه شیر در شیر خوار (فشاردن سر پستانک بین زبان و سقف دهان برای خوردن شیر ) را تحریک می کند. زمانی که شیر از دهان یا بینی نوزاد خارج شد بهتر است شیر دادن را قطع کرده و سرفه و عطسه را تحریک کنید .

زمانی که سر پستانک در دهان نوزاد قرار داده می شود اجازه دهید نوزاد شما به سر شیشه مک بزند و یک زمان کوتاه نفس بکشد . بعد از خوردن هر ۱۵-۳۰ سی سی شیر به کودک استراحت دهید ولی در خلال تغذیه سر پستانک را به طور مکرر خارج نکنید، سعی کنید هر نوبت تغذیه مدت ۴۵ دقیقه یا کمتر طول بکشد در صورتی که شیر خوار بدون حالت خفگی یا آسپیراسیون قادر به تغذیه نیست او را در وضعیت قائم قرار دهید و طبق دستور پزشک او را با یک سرنگ و لوله معده تغذیه نمایید . در موقع شیر دادن بهتر است سر نوزاد را در یک وعده شیر دادن به سمت راست و در وعده دیگر به سمت چپ قرار دهید این عمل سبب می شود ماهیچه های صورت و گردن رشد یکسانی داشته باشد . بعد از هر بار تغذیه میزان ۱۰-۵ سی سی آب به شیر خوار بدهید چون باعث شستشوی مجاری بینی و شکاف شده واز تجمع شیر در شیپور استاش و عفونت گوش میانی جلوگیری می کند .

یا دلمه های شیر را با یک اپلیکاتور سر پنبه ای مرطوب خارج نمایید چون خروج دلمه ها شکاف را تمیز کرده خطر عفونت را کاهش می دهد. بعد از هر بار تغذیه برای جلوگیری از خفگی شیر خوار را در صندلی شیر خوار قرار داده یا در او را در وضعیت خوابیده به سمت راست در حالی که سر تخت ۳۰ درجه بالا باشد، قرار دهید.

فرد تغذیه کننده شیر خوار نباید به علت ترس از تولید صدا توسط کودک سر پستانک را از دهان شیر خوار خارج کند. یکی از موارد توقف فوری تغذیه توجه به پیام های صورت شامل بالا بردن ابروها ،چین انداختن بر روی پیشانی، برگرداندن سرو نفس نکشیدن بعد از ۳-۴ بار مکیدن است. در این حال باید سر پستانک را آرام از دهان خارج کرد و امکان بلع بدون ناراحتی شیر را برای شیر خوار فراهم کرد.

این کودکان به علت بلع مکرر هوا نیاز به آروغ زدن مکرر دارند و ضربه های مکرر به پشت شیر خوار وارد کنید . برای بچه های بسیار کوچک شما مجبورید آنها را به صورت عمودی نگه دارید یک دست جلوی قفسه سینه اش

باشد و با دست دیگر به آرامی به پشت شیر خوار بزنید. برای تغذیه همچنین می توان فضای شکاف را با انگشت یا خود پستانک پر کرد.

زمانی که شیر از دهان یا بینی نوزاد خارج شد بهتر است شیر دادن را قطع کرده و سرفه و عطسه را تحریک کنید. سر پستانک را در دهان شیر خوار در قسمت خلاف شکاف و به طرف قسمت عقب زبان قرار گیرد زیرا با این روش عمل تخلیه شیر در شیر خوار (فشاردن سر پستانک بین زبان و سقف دهان برای خوردن شیر) را تحریک می کند.

اجازه ندهید یک نوزاد تازه متولد شده در هفته های اول زندگی به مدت طولانی بخوابد. چون مانع تغذیه به موقع او شده و وزن گیری مناسب نخواهد داشت.

در صورتی که کودک تحت عمل ترمیم شکاف لب قرار گرفته تغذیه وی از طریق سرنگ و لوله نرم پلاستیکی که در داخل گونه وی و دور از محل بخیه ها قرار داده می شود انجام شود همچنین در ترمیم شکاف کام از سرنگ یا قاشق سر پهن استفاده کرده و از پستانک استفاده نشود. در کودکان بزرگتر بعد از عمل برای تغذیه مایعات از یک فنجان (نه نی) استفاده شود. نباید از چنگال استفاده شود و می توان از قاشق سر پهن استفاده نمود. رژیم غذایی را بتدریج از کاملاً مایع به کاملاً جامد برسانیم. تغذیه را با مقادیر پایین و دفعات مکرر شروع کرده و به تدریج افزایش می دهیم در ۳ هفته بعد از عمل کودک را با مایعات (نوشیدنی های پر کالری) تغذیه نماییم.

بعد از تغذیه درز بخیه های لب را با محلول سرم فیزیولوژی و یک اپلیکاتور سر پنبه ای تمیز کنید. به منظور مرطوب سازی دهان و جلوگیری از باز شدن بخیه ها در صورت دستور، از پماد آنتی بیوتیک جهت روی بخیه ها استفاده کنید.

در صورت عدم موفقیت در تغذیه نوزاد با پستان و شیشه می توان از گاوآژ و یا گاستروستومی استفاده کرد.

### غذای کمکی:

شروع غذای کمکی در این شیر خواران مانند سایر شیر خواران می باشد (از ۴ تا ۶ ماهگی) و غذای کمکی باید در حالتی که کودک به طور عمودی قرار گرفته با استفاده از قاشق به کودک داده شود تا احتمال خروج مواد غذایی از بینی کمتر باشد. و هیچگاه غذا را عقب دهان قرار ندهید هم چنین از تکه های تیز غذا و سفت برای کودک استفاده ننمایید.

## خصوصیات غذای کمکی مناسب:

- 1- با حجم کم دارای انرژی بیشتری باشد تا بتوان به دفعات از آن استفاده کرد.
  - 2- نرم بوده و هضم آن آسان باشد.
  - 3- کاملاً پخته باشد و از مواد نیم پخته در آن استفاده نشود.
  - 4- قابل تهیه به روش ساده، در دسترس، ارزان و متناسب عادات غذایی خانواده باشد.
  - 5- اصول بهداشتی در تهیه آن رعایت شود و تازه باشد.
- اصول زیر را باید در تغذیه تکمیلی رعایت کرد:
- 1- قبل از تهیه غذا باید دستها به خوبی با آب و صابون شسته شود و سبزیجات ضد عفونی شده باشد.
  - 2- قبل از یکسالگی باید تغذیه کمکی بعد از شیرمادر به شیرخوار داده شود ولی در سال دوم زندگی ابتدا غذای کمکی و سپس شیر به وی داده شود.
  - 3- چون شیرخوار قرار است در خوردن غذا شرکت کند قبل از صرف غذا باید دستهای او هم شسته شود.
  - 4- همیشه از یک نوع ماده ساده شروع شود و کم کم به مخلوط چند نوع تبدیل گردد.
  - 5- از یک قاشق مرباخوری شروع شده و به تدریج به میزان آن اضافه شود.
  - 6- بین اضافه کردن مواد غذایی مختلف ۷-۵ روز فاصله باشد تا دستگاه گوارش کودک به ماده غذایی جدید عادت کند و اگر ناسازگاری با یک ماده وجود دارد شناخته شود.
  - 7- در شروع غذاها باید نسبتاً رقیق باشد و سپس غلظت آنها به تدریج اضافه شود.
  - 8- بهتر است غذای شیرخوار هر روز بطور تازه تهیه و مصرف گردد و در ظرف در دار در یخچال نگهداری شود.
  - 9- تنوع در غذای کودک رعایت شود.
  - 10- اضافه کردن یک قاشق مرباخوری روغن مایع ( ترجیحاً روغن زیتون) به سوپ یا پوره شیرخوار به ویژه برای کودکانی که خوب وزن نمی گیرند توصیه می شود.

11-هیچگاه به زور کودک را وادار به تمام کردن غذا نکنید و اجازه بدهید خودش تصمیم بگیرد که چقدر غذا بخورد.

12-همزمان با شروع غذای کمکی، کمی آب جوشیده سرد شده به کودک بدهید تا تشنگی او برطرف شود.

13-قبل از یکسالگی از اضافه کردن نمک و هرگونه چاشنی و ادویه به غذای کودک خودداری کنید.

14-دفعات تغذیه در ۶ ماهگی از ۱ بار شروع و بتدریج به ۳ مرتبه در روز افزایش یابد در ۸ ماهگی به ۴ تا ۵ بار در روز برسد و در ۱۱-۱۲ ماهگی به ۶ بار در روز برسد.

15-از پایان دوازده ماهگی باید کودک غذای سفره خانواده را بخورد و غذای اضافی هم در برنامه او وجود داشته باشد.

16-شروع غذا بهتر است با لعاب برنج و فرنی باشد سپس شیربرنج و حریره بادام و بعد سوپ شروع شود.در تهیه سوپ ابتدا از مواد ساده مثل هویج و جعفری و برنج استفاده می نماییم و کم کم آنرا تغییر می دهیم و از ۸ ماهگی گوشت و حبوبات اضافه می شود. در مورد حبوبات عدس و ماش ترجیح دارد.

17-آب میوه ترجیحاً آب سیب و هویج و انگور می تواند از ماه هفتم، هشتم آغاز شود. ضمناً از انواع میوه جات می توان در منزل کمپوت تهیه کرد و به شیرخوار داد.