

Verdien av brystmelk på nyfødt intensiv avdeling

Brystmelk er ikke kun ernæring, det er et medisinsk tiltak. Å gi denne melken er den beste hjelpen en mor kan gi sitt spedbarn på nyfødt intensiv avdeling. Å forsyne foreldre med evidensbasert informasjon om brystmelk kan hjelpe familier med å gi det for tidlig fødte eller syke spedbarnet deres en best mulig start i livet^{1, 2}.

Beskyttende komponenter



Styrkende råmelk

Råmelk er fullpakket av faktorer som fremmer utvikling av tarmsystemet og reduserer spedbarnets risiko for infeksjon. Jo tidligere spedbarnet blir født, desto høyere er konsentrasjonen av disse komponentene^{2, 31}.



Økning av antistoffer

Når en mor tar på eller holder spedbarnet sitt, begynner hun å produsere spesifikke antistoffer mot bakterier i spedbarnets omgivelser. Spedbarnet mottar deretter disse beskyttende antistoffene gjennom morens brystmelk^{4, 5}.



Levende celler

Fersk melk inneholder flere tusen til millioner av levende celler per milliliter. Blant disse finner vi leukocytter som beskytter spedbarnet mot infeksjon, og stamceller som kan fungere som et innvendig oppbyggings- og reparasjonssystem⁶.



Fettstoffer for hjernens utvikling

Flere ulike fettstoffer i brystmelken, som omega-3 fettsyrer, optimaliserer vekst og utvikling av hjernen til for tidlig fødte spedbarn som gikk glipp av avgjørende vekst under siste trimester^{7, 8}.



Beskyttende komponenter i brystmelk



Forbedrer utfallet til for tidlig fødte



Dose-respons-sammenheng

Økte doser av brystmelk resulterer i redusert risiko for sykdom². For hver ekstra 10 ml/kg/dag med brystmelk, reduseres spedbarnets risiko for sepsis med 19 %⁹. Hver dråpe teller!



Fremmer tidlig utvikling

Brystmelk fremmer neurologisk utvikling utover oppholdet på nyfødt intensiv avdeling². Spedbarn som mottar ≥ 110 ml/kg/dag med brystmelk, har en 5-poengs økning i IQ og 14 % forbedring av atferdsscore ved 18 måneder¹⁰.

Brystmelk = **Sykdom**

Brystmelk = **IQ**



Færre kortsiktige morbiditeter

Sammenlignet med mating med brystmelkerstatning, reduserer brystmelk risikoen for nekrotiserende enterokolitt (NEC), sepsis, krybbedod og mange andre sykdommer i de første leveårene¹¹⁻¹⁵.



Tidligere hjemkomst

For tidlig fødte spedbarn som mates med brystmelk i stedet for brystmelkerstatning, har høyere sannsynlighet for å bli skrevet ut tidligere og har lavere risiko for å bli lagt inn på nytt i året som følger etter utskrivning^{10, 11}.

6 – 10 x

Redusert NEK ved kun brystmelk¹²

3 x

Redusert NEK ved brystmelk og brystmelkerstatning¹²

2 uker

tidligere utskrivning fra sykehus¹¹

6.8 %

reduert risiko for reinleggelse¹⁰

Livslange fordeler



Færre langsiktige morbiditeter

Sammenlignet med brystmelkerstatning reduserer mating med brystmelk risikoen for sykdommer over et helt livsløp. Dette inkluderer en reduksjon i neurologisk svekkelse, barnefedme og påfølgende type 2-diabetes^{14, 16, 17}.



Bedre livskvalitet

Ettersom brystmelk reduserer morbiditet og dødelighet sammenlignet med mating med brystmelkerstatning, reduserer det helsekostnader, øker samfunnets produktivitet og bedrer livskvalitet¹⁴.

En mors brystmelk er spesielt utviklet for hennes spedbarn. Mødre bør oppmuntres til å pumpe ut råmelk og brystmelk så lenge som mulig, siden det er kun de som kan gjøre dette for barna sine. Støtte til å pumpe tidlig og ofte vil hjelpe mødre med å gi spedbarnet deres de livslange fordelene ved et kosthold bestående utelukkende av brystmelk¹⁸.

Referanser

- Kim, J.H. et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 41, 122-137 (2012).
- Meier, P.P. et al. Clin Perinatol 37, 217-45 (2010).
- Ballard, O. & Morrow, A.L. Pediatr Clin North Am 60, 49-74 (2013).
- Van de Perre, P. Vaccine 21, 3374-3376 (2003).
- Liu, B. et al. Breastfeed Med 8, 354-362 (2013).
- Hassioutou, F. et al. Adv Nutr 5, 770-778 (2014).
- Belkind-Gerson, J. et al. Pediatr Gastroenterol Nutr 47, S7-9 (2008).
- Deoni, S.C. et al. Neuroimage 82, 77-86 (2013).
- Patel, A.L. et al. J Perinatol 33, 514-9 (2013).
- Vohr, B.R. et al. Pediatrics 118, e115-e123 (2006).
- Schanler, R.J. et al. Pediatrics 116, 400-6 (2005).
- Lucas, A. et al. Lancet 336, 1519-1523 (1990).
- Sisk, P.M. et al. J Perinatol 27, 428-433 (2007).
- Renfrew, M. et al. UNICEF (2012).
- Hauk, F.R. et al. Pediatrics 128, 103-110 (2011).
- Hintz, S.R. et al. Pediatrics 115, 696-703 (2005).
- Horta, B.L. et al. WHO (2013).
- Edwards, T.M. et al. J Perinat Neonat Nurs 24, 246-253 (2010).