

Richtlinien für das Zufüttern von gesunden, reifen Neugeborenen im Krankenhaus

American Academy of Breastfeeding Medicine

Übersetzt von Dr. Gabriele Kewitz, IBCLC

Ein wichtiges Ziel der Academy of Breastfeeding Medicine ist die Entwicklung klinischer Anleitungen, um häufige medizinische Probleme, die auf den Erfolg des Stillens Einfluß haben könnten, zu bewältigen. Diese Anleitungen dienen nur als Leitlinien für die Betreuung stillender Mütter und deren Kinder, stellen nicht den einzigen Behandlungsweg dar und dienen auch nicht als Standard für die medizinische Versorgung. Unterschiede in der Behandlung können den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen.

Definitionen

Zufütterung: Nahrung, auch abgepumpte Milch und Frauenmilch aus Milchbanken, die das Stillen ersetzt. Jede Nahrung, die vor 6 Lebensmonaten, der empfohlenen Stilldauer, zusätzlich zum Stillen gegeben wird, wird hier als Zufütterung bezeichnet.

Beikost: Nahrung, die ergänzend zum Stillen gegeben wird. Diese Bezeichnung wird für Nahrung benutzt, die zusätzlich zum Stillen nach 6 Lebensmonaten gegeben wird. Beikost als Ergänzung zum Stillen ist für eine adäquate Ernährung nötig.

Hintergrund

Wenn die Möglichkeit zu einem frühzeitigen Stillbeginn gegeben wird und das Stillen angeleitet und unterstützt wird, werden die meisten Mütter und ihre Neugeborenen das Stillen erfolgreich prakti-

zieren. Auch wenn einige Kinder in den ersten Tagen nicht erfolgreich die Brust ergreifen und stillen, werden sie mit der Zeit und unter guter Beobachtung und minimal eingreifender Unterstützung zum erfolgreichen Stillen finden.

Die Aufnahme von kleinen Mengen von Colostrum ist gemessen an der Magengröße des Neugeborenen adäquat und genügt, um Hypoglykämien beim reifen, gesunden eutrophen Neugeborenen zu verhindern. (1; 16; 19) Gesunde, reife Neugeborene verfügen über ausreichend Körperwasser für alle Stoffwechselprozesse. (11; 14; 15) Deshalb brauchen die meisten gestillten Kinder keine Zufütterung. Da einige stillende Frauen zweifeln, ob Colostrum den Bedürfnissen angemessen ist, benötigen sie möglicherweise eine Rückversicherung oder Unterstützung und Erklärungen zur Physiologie des Stillens.

Das Zufüttern kann die Bildung von Muttermilch verhindern und hat Nebenwirkungen auf das Stillen (z.B. verspätete Laktogenese, Brustschwellung). Es verändert die kindliche Darmflora, bringt das Kind mit Allergenen (in Abhängigkeit von Inhalt und Art der Fütterung) in Kontakt, und/oder stört die Mutter/Kind-Bindung. (3) Bevor mit der Zufütterung begonnen wird, ist eine Evaluation des Mutter/Kind-Paares nötig, die eine Beobachtung des Stillens beinhaltet. Die folgenden Richtlinien zielen auf die Indikationen und Methoden des Zufütterns bei reifen (37–42 Wochen), gesunden Neugeborenen und gestillten Kindern ab.

Indikationen für das Zufüttern

Es gibt nur wenige Indikationen für das Zufüttern von reifen, gesunden Neugeborenen. (13) (Tabelle 1)

Indikationen für das Zufüttern von reifen, gesunden Neugeborenen (Tabelle 1)

1. Hypoglykämien, die unter häufigem und angemessenem Stillen nicht zu beheben sind
2. Trennung
 - a) Mütterliche Erkrankung, die zu einer Trennung von Mutter und Kind führt (z.B. Psychose, Eklampsie oder Schock)
 - b) die Mutter kann sich nicht nahe beim Kind aufhalten (wird nicht im gleichen Krankenhaus behandelt wie das Kind bzw. mütterlicher Tod)
3. Kind mit angeborenem Stoffwechseldefekt (z.B. Galaktosemie)
4. Kind, das nicht in der Lage ist, an der Brust zu stillen (z.B. angeborene Fehlbildungen oder Krankheiten)
5. Mütterliche Medikamente, die beim Stillen kontraindiziert sind. (4)

Einige andere klinische Situationen sind denkbar, in denen das Zufüttern möglicherweise indiziert ist. Tabelle 2 stellt mögliche Indikationen für das Zufüttern dar. Der Arzt muß entscheiden, ob die Vorteile des Zufütterns die möglichen Nachteile überwiegen.

Mögliche Indikationen für das Zufüttern von reifen, gesunden Neugeborenen (Tabelle 2)

1. Kindliche Indikationen

1. Hypoglykämie, die durch Laborbestimmung gesichert ist (bettseitige Screening-Methode reicht nicht aus!) nachdem das Kind eine angemessene Möglichkeit hatte, zu stillen

2. Klinische Zeichen einer deutlichen Dehydratation
3. Gewichtsverlust von $\geq 8-10\%$ des Geburtsgewichtes einhergehend mit einer verspäteten Laktogenese (5. Tag oder später)
4. Verspäteter Stuhlabgang oder Abgang von Mekonium nach dem 5. Lebens-tag
5. Unzureichende Aufnahme von Milch, obgleich ausreichend Milch zur Verfügung steht
6. Hyperbilirubinämie
 - a) Muttermilchikterus, bei dem das Kind trotz Beratung und Unterstützung zu wenig Nahrung zu sich nimmt
 - b) Muttermilchikterus, wenn die Bilirubinserumkonzentrationen über 20 bis 25 mg % ansteigen bei einem sonst gut gediehenen Kind und eine Unterbrechung des Stillens aus diagnostischen Gründen hilfreich sein kann
7. Niedriges Geburtsgewicht
 - a) Wenn keine ausreichende Milchmenge zur Verfügung steht
 - b) Wenn ergänzende Nährstoffe indiziert sind

2. Mütterliche Indikationen

1. Verspätete Laktogenese (5. Tag oder später) und unzureichende Aufnahme durch das Kind
2. Untragbare Schmerzen während des Stillens, ohne dass durch Beratung Erleichterung zu erreichen ist
3. Die Mutter steht wegen schwerer Erkrankung und/oder örtlicher Trennung nicht zur Verfügung
4. Primäre Insuffizienz der Milchdrüsen (primäres Brustdrüsenversagen), ausgewiesen durch geringes Brustwachstum während der Schwangerschaft und sehr geringfügiger Milchbildung, Erkrankung der Brust oder vorangegangene Brustoperationen, die zu geringer Milchbildung führen
5. Verspätete Milchbildung
 - a) Zurückbleibende Plazentaresten (Milchbildung wird wahrscheinlich



Foto: Márta Guóth-Gumberger, IBCLC

einsetzen, wenn die Plazentaresten entfernt sind)

b.) Sheehan-Syndrom (postpartale Blutung in der Hypophyse, die zu einer fehlenden Milchproduktion führt)

Es gibt häufige klinische Situationen, in denen eine Evaluation und Überprüfung des Stillmanagements nötig sind, aber das Zufüttern nicht indiziert ist:

1. Das schlafende Kind, das weniger als 8 bis 12 Mal in den ersten 24–48 Stunden stillt, das weniger als 7 % Geburtsgewicht verliert und keine Krankheitszeichen zeigt.
2. Das Kind mit Bilirubinserumkonzentration von weniger als 20 mg % im Alter von mehr als 72 Lebensstunden, wenn das Kind gut stillt, angemessen Stuhl absetzt und weniger als 7 % Gewicht verloren hat (2; 6)
3. Das während der Nacht unruhige Kind oder das Kind, das über mehrere Stunden andauernd stillt
4. Schläfrige Mutter

Empfehlungen

1. Gesunde Neugeborene brauchen keine Zufütterung wegen zu geringer Nahrungsaufnahme in den ersten 24–

48 Stunden, aber Neugeborene, die aufgrund einer Krankheit nicht stillen können bzw. deren Mütter aufgrund einer Krankheit nicht stillen können, brauchen eine Zufütterung. (13)

2. Zufütterung erfordert eine ärztliche Anordnung und einen "Informed Consent" der Mutter. Wenn keine medizinische Indikation vorliegt, sind die Bemühungen, die Mutter, die Zufütterung wünscht, ausreichend zu beraten, durch die Pflegenden oder das medizinische Personal zu dokumentieren. Jede Zufütterung ist sorgfältig zu dokumentieren: Inhalt, Volumen, Verabreichungsmethode, medizinische Indikation oder Grund des Zufütterns.
3. Wenn Zufütterung nötig ist, sind die ersten Ziele, das Baby zu füttern und die Milchbildung zu verbessern, während gleichzeitig die Ursachen für das unzureichende Stillen abgeklärt werden.
4. Wenn immer möglich, ist es ideal, Mutter und Kind ein 24 Stunden-rooming-in anzubieten, um das Stillen und damit die Milchbildung zu fördern.
5. Wenn die Trennung von Mutter und Kind unvermeidbar, die Milchbildung schwach oder unzureichend, oder das

Baby nicht in der Lage ist, sich die Milch aus der Brust zu holen, braucht die Mutter Anleitung und Ermutigung, Milch abzupumpen oder manuell zu entleeren, so daß die Milchproduktion stimuliert wird und abgepumpte bzw. ausgepresste Muttermilch für das Kind zur Verfügung steht.

6. Idealerweise pumpt die Mutter zu jedem Zeitpunkt, an dem das Kind Zufütterung erhält, Milch ab oder sie tut dies alle 2 bis 3 Stunden. (7; 13) Mütter werden ermutigt, mit dem Abpumpen von Milch am ersten Tag oder so früh als möglich zu beginnen. Anschwellung der mütterlichen Brust soll vermieden werden, weil dadurch das Angebot an Milch weiter eingeschränkt wird und weitere Komplikationen auftreten können. (13)
7. Vor dem Zufüttern müssen alle Kinder genau auf Positionierung, Latch-On und Milchtransfer hin evaluiert werden. (17) Die meisten Kinder, die bei ihrer Mutter bleiben und angemessen stillen, verlieren weniger als 7 % ihres Geburtsgewichtes. Gewichtsverlust über 7 % kann eine unzureichende Milchbildung oder einen unzureichenden Milchtransfer von der Mutter zum Kind anzeigen. (5; 12) Ein Gewichtsverlust im Bereich von 8–10 % des Geburtsgewichtes kann normal sein, wenn alles andere einschließlic der ärztlichen Untersuchung normal ist. Es ist auf jeden Fall eine Indikation für eine sorgfältige Beobachtung und möglicherweise für eine Stillunterstützung.

8. Der Kinderarzt soll benachrichtigt werden, wenn
 - a) das Kind neben den Stillschwierigkeiten andere Krankheitszeichen zeigt
 - b) das Mutter/Kind-Paar die klinischen Kriterien aus Tabelle 1 zeigt
 - c) das Kind mehr als 7 % des Geburtsgewichtes verloren hat.

Methoden des Zufütterns

Wenn Zufütterung nötig ist, kann eine der folgenden Techniken verwendet werden:

Brusternährungsset, Becherfütterung, Löffelfütterung, Pipettenfütterung, Fingerfütterung oder Flaschenfütterung. (8; 10;

17; 18) Es gibt wenige wissenschaftliche Untersuchungen über die Sicherheit und Effizienz der meisten alternativen Fütterungsmethoden und ihre Auswirkung auf das Stillen, wenn es aber an Sauberkeit und den Möglichkeiten von Kühlung mangelt, ist die Becherfütterung möglicherweise die beste Lösung. (18) Die Sicherheit der Becherfütterung konnte nachgewiesen werden und Becherfütterung verändert die Stilldauer nicht, auch wenn wiederholt Zufütterungen nötig sind. (8; 9)

Wahl der Zufütterungsnahrung

Abgepumpte oder manuell entleerte menschliche Milch ist die erste Wahl für die Zufütterung (17), aber es kann in den ersten Tagen schwierig sein, ausreichend Colostrum abzupumpen bzw. manuell zu entleeren. Die Mutter braucht Ermutigung und Anleitung, wenn Schwierigkeiten entstehen. Wenn die Mengen des eigenen Colostrums für die Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichen, ist pasteurisierte menschliche Spendermilch vor anderen Zufütterungsnahrungen zu bevorzugen. Der Arzt muß die möglichen Risiken und Vorteile anderer Zufütterungsnahrungen, wie z.B. von industriell hergestellter Anfangsmilch oder hydrolysiertes Milch, gegenüber den zur Verfügung stehenden Ressourcen, Risikofaktoren, die sich aus der Familienanamnese ergeben wie Atopieanamnese, dem Alter des Kindes, den benötigten Milchmengen und den Auswirkungen auf die Stillbeziehung abwägen.

Literatur:

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. *ABM News and Views* 1999;insert.
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. [published erratum appears in *Pediatrics* 1995 Mar;95(3):458-61] [see comments]. *Pediatrics* 1994;Pt 1):558-65.
3. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration

of breast feeding. *Acta Paediatrica*. 1994;1122-6.

4. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;776-89.

5. DeMarzo S, Seacat J, Neifert M. Initial Weight Loss and Return to Birth Weight Criteria for Breast-fed Infants: Challenging the 'Rule of Thumb'. *American Journal of Diseases of Children* 145, 402. 1991.

6. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America* 2001;389-400.

7. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. *Nursing Research* 1995;352-5.

8. Howard CR, de Blic EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;t-7.

9. Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Complementary Feeding Methods for Breastfed Babies. A Randomized Trial of Cup Versus Bottle and the Effect on Breastfeeding Success. *Pediatric Research* 49[4], 161A-161A. 2001.

Cappellinos



... den Schmerz stillen

**Mamillenaufsatzhütchen aus Zinn
zur Prophylaxe und Therapie
der Mastitis.**

Christian Eberhardt
Sinnvolles Zinn
Fon +49 (0)711-2 36 44 51
Fax +49 (0)711-8 60 26 56
Alle Infos und Bestellen unter: www.cappellinos.de