

הנקה מוגדרת כדרך הנורמטיבי להאכלת תינוקות ומוכחת כתורמת לבריאות התינוק והאם (1). הרבה ארגונים הקשורים לבריאות הילד ממליצים על הנקה בלעדית לכחצי השנה הראשונה והמשך הנקה בתוספת מאכלים אחרים עד לפחות גיל שנה (ארגון הבריאות העולמי ממליץ על הנקה לפחות עד גיל שנתיים) וכל עוד שהאם והתינוק רוצים בכך (3-1). למרות זאת, מספר רב של נשים בישראל לא מגיעים ליעדי הנקה אלו (4), חלקם בגלל קשיים בדרך. רופאים נמצאים במקום מרכזי בעזרה לנשים מניקות אבל לפעמים חסרים הידע המקצועי לתת העזרה הראויה<sup>3</sup>. מטרת מאמר זו היא לסקור קושי שכוח – כאבים בשד ופטמה ולתת מידע עדכני ומבוסס עובדות על מנת לסייע לרופא לסייע לאימהות לתת הטוב ביותר להן ולילדיהם.

כאבים בפטמות או בשד הם אכן מן הבעיות השכיחות בעת ההנקה אבל קשה להגדיר את השכיחות באופן מדויק. דיווחים בספרות אודות שכיחות של כאבים בפטמות נעים בין: רוב לאימהות המדווחות על הנקה ללא כאב ב-6 ימים לאחר הלידה (5) עד לדיווחים בכאבים ב-96% מכלל הנשים המניקות ב-6 שבועות הראשונים לאחר הלידה (6). הסיבות לשוני הרב בשכיחות הדיווח על הכאבים הינם כי תפיסת הכאב היא סובייקטיבית, וגם משום שקיים שוני מתודולוגיה רב במחקרים על כאבים בפטמות ובשד.

כאבים בפטמות או בשד נחשבים כאחת הסיבות העיקריות להפסקת ההנקה (7-11). כאשר כ-30% מהאימהות שחוות כאבים ופצעים בפטמות עלולות לעבור לשיטות האכלה אחרות תוך 6 שבועות (11). גם כאשר לא נגרמת גמילה בטרם עת, ישנה פגיעה בחוויית ההנקה של האימא ועלולה להיווצר פגיעה בקשר שבין האימא לתינוק (12,13).

למרות שכאבים בשד הם מצב שכוח, הוא ניתן למניעה וטיפול. חשוב להבחין בין רגישות שהיא פיזיולוגית לבין הכאב. במצב של רגישות בזמן ההנקה, הפטמה תראה תקינה ועגולה בסיום ההנקה, והיא אמורה לחלוף תוך 2-3 ימים ללא התפתחות של סימנים קליניים לפגיעה. המקור לרגישות הוא כנראה הורמונלי ולכן חולף. כאשר מדובר בכאב אשר ממשיך יותר מיומיים והמלווה בהחמרה, או יש סימני חבלה על השד, הגורם השכיח הוא תפיסה לא נכונה של הפטמה בפי התינוק. במקרה כזה ישנה חשיבות עליונה לתיקון הטכניקה כחלק העיקרי של הטיפול הנדרש. חשוב להתייחס לכאבים בפטמות כבר בשלב מוקדם, כדי להימנע ממצבים קשים של פטמות פצועות ומדממות, מזיהומים או מחוסר רצון להמשיך את ההנקה (15). הדבר החשוב ביותר הוא להקפיד שכל גופו של התינוק יפנה לאמו ("בטן לבטן"), ושהתינוק יפתח את פיו לרווחה לפני תפיסת הפטמה.

יש להקפיד שהתינוק יתפוס חלק גדול ככל האפשר של העטרה בפיו, ולא רק את קצה הפטמה. במידה שהמצב לא משתפר לאחר הדרכת האם על ידי הרופא, חשוב להפנות את האימא להדרכה ותמיכה מקצועית בהנקה.

בעבר היה נהוג לעודד ריפוי פצע ע"י יבוש הפטמות (יבוש באוויר; בשמש; במקור חום אחר). אולם התברר שייבוש כזה של הפטמה רק מעכב את הריפוי בשל המחסור בלחות בעור, הגורם לסדקים בשכבת החיצונית של הפטמה. היום מקובל הטיפול המעודד החלמה במנגנון ריפוי שניוני ע"י שימור הלחות (moist wound healing) כנהוג במקומות אחרים של הגוף. מתברר כי ריפוי כזה גם יעיל גם להפחתת הכאב. יש כמה אופני טיפול המאפשרים ליצור סביבה המאפשרת ריפוי לח. אולם במקרה של פצע בשד או בפיטמה יש צורך בפתרונות שלא יהיו רעילים או מרים לתינוק, כך שלא יהיה צורך לשטוף אותם טרם ההנקה, דבר שעלול לגרות את מצב הפצע.

עבודות שפורסמו בשנים האחרונות [16-18] ובחנו פתרונות המסחריים (הכוללים חבישות מבוססות גליצרין או מים ומשחות מבוססות לנולין או משחת משחת APNO המכילה תערובת של 2% מופירוצין, 0.1% בטאמתאזון ו-2% מיקונזול) לא נמצא עדיפות מובהקת לאחד מהפתרונות [17]. במחקר אחר נבדקו בנוסף לפתרונות מסחריים גם מספר פתרונות ביתיים [14] פתרונות אלה כוללים שמני מאכל אורגניים, כדוגמת שמן קוקוס (שמייחסים לו גם פעילות אנטיבakterיאלית) וכולם נמצאו כבעלי יעילות דומה.

בעת השימוש בשמנים משחות או בחבישות, ניתן לשחרר קצת חלב אם המכיל חומרים אנטיבakterיאליים וגורמי גדילה המזרזים ריפוי. עם זאת, חלב אם בלבד, ללא אמצעי לשמירת סביבה לחה, עלול ליצור הדבקות של פד או חזייה לשד דבר שיגרום טראומה לעור ולעכב את החלמה. חשוב להדגיש, שרצוי להימנע מסביבה רטובה וספוגה בחלב על הפצע, שעלולה ליצור גם מצע לחיידקים, ולכן מומלץ להחליף רפידות כאשר הן ספוגות. בנוסף מומלץ לעודד שמירה על ההיגיינה האישית וייבוש במגבת נקייה בעת טיפול או נגיעה בשד [19-20].

מצב נוסף שגורם לכאב בשד הוא דלקת (מסטיטיס). דלקת בשד הוא מצב שכיח בנשים מניקות ואימא עם דלקת בשד עשויה לפנות לרופא המשפחה, לרופא הנשים, לכירורג או אפילו לרופא הילדים, בבקשה לעזרה. רוב המקרים מתרחשים ב-6 השבועות הראשונים, אבל דלקת בשד יכולה להתרחש בכל זמן במהלך הנקה. דלקת בשד בדרך כלל מאופיינת כבאודם וחום מקומי בחלק של השד. לעיתים קרובות הוא מלווה בתופעות סיסטמיות של חום, הרגשה כללית רעה דמוית שפעת, ולעיתים בחילות והקאות [21].

הדלקת יכולה להיות זיהומית או לא זיהומית. התהליך הדלקתי הלא זיהומי, נגרם לרוב בשל סטזיס של חלב בעוד שהתהליך הזיהומי יכול להתחיל מפצע או מסטזיס לאורך זמן ממושך. בתהליך הלא זיהומי החום בדרך כלל יותר נמוך והוא עובר תוך מספר שעות לאחר שיפור של זרימת החלב. לעיתים קשה להבדיל בין שני המצבים. מסיבה זאת, במקרה והדלקת קלה, ניתן לעיתים לנסות את הטיפול של צינורית חסומה בלבד במשך 8-12 שעות לפני התחלת טיפול אנטיביוטי [21]. בשנת 2014 האקדמיה האמריקאית לרפואת הנקה פרסמה פרוטוקול המתייחס בעיקר לטיפול בדלקת זיהומית חריפה [21].

גורמי הסיכון לדלקת בשד הם מצבים הגורמים לסטזיס של חלב, כגון אי הנקה מספקת, ניהול לא נכון של שאיבה (כ-15%) גמילה פתאומית, גודש, צינוריות חסומות (כ-47%), טכניקת הנקה לא נכונה (כ-12%) וכן פטמות סדוקות ומדממות (10%) [22]. עייפות היא גם גורם סיכון לדלקת בשד, ובעיקר לאירועים חוזרים. לכן מנוחה חשובה מאד להבראה, ויש להדגיש זאת לשני ההורים [23]. אירועים חוזרים של מסטיטיס באותו מקום עלולים לנבוע מגידול בשד, ויש לשלול זאת.

בעת מצב של דלקת בשד חשוב כי האימא תקבל הדרכה מקצועית לאמא הן בהנקה היום יומית, והן לטיפול בסטזיס של החלב למניעת סיבוכים. חוסר טיפול מתאים עלול ליצור רצף המתחיל מגודש, דרך דלקת לא זיהומית בשד, דלקת זיהומית בשד ובסופו אבסס [21-24]. במידה שאין לרופא הזמן או המיומנות להדרכה זו, ניתן לפנות ליעוץ מקצועי על ידי אחרים. תמיכה והדרכה בהנקה ניתן לקבל ממספר מקורות. אחיות רבות בטיפת חלב עברו בשנים האחרונות הכשרה למדריכות הנקה (קורס של 20 שעות) וניתן לבקש פגישה איתן ללא תשלום. בנוסף אחיות רבות עברו הכשרה לשמש כיועצות הנקה ישראליות, והן נמצאות לרוב בבתי חולים,

בעיקר במחלקות יולדות. בנוסף ישנה הכשרה כיועצת הנקה בינ"ל מוסמכת (IBCLC) הכרוכה בבחינה בינ"ל לאחר השלמת מאות שעות קליניות, הדורשת ריענון כל 5 שנים ובחינה מחדש כל 10 שנים. רשימה של היועצות הבינ"ל המייעצות לאימהות נמצאת באתר של האיגוד הישראלי ליועצות הנקה בינ"ל מוסמכות ilc<sup>1</sup>. יעוץ ותמיכה טלפונית ניתנת גם על ידי מדריכות ליגת לה לציה (1599-525-821)<sup>2</sup>.

האבחון של דלקת בשד ברוב המקרים היא קליני. אנמנזיה של שינוי בתדירות ההנקה נותנת תמיכה לאבחון. סיפור משפחתי של דלקות בשד או המצאות פצע בשד מעלים את החשש לדלקת בשד חיידקית. אין חובה לבצע תרבית כרוטינה. על פי האקדמיה האמריקאית לרפואת הנקה [22] תרבית חלב אם מומלצת גם כאשר יש: 1. הדלקות חוזרות 2. דלקת שאינה מגיבה לאנטיביוטיקה תוך 48 שעות 3. יש חשש לחיידק עמיד כמחולל (MRSA/ORSA) 4. כאשר ישנה רגישות של האם מספר אנטיביוטיקות. מצבים נוספים שתרבית יכולה לעזור היא במקרה של חשד לזיהום פטרייתי או במצבים של כאב כרוני עמוק בשד ללא קליניקה מיוחדת. מחקרים מראים כי יש קשר בין כאב עמוק בשד לזיהום אפשרי, הן של קנדידה והן של קנדידה המלווה ב- *S. aureus* ולכן מומלץ לעשות תרבית לצורך אבחנה מبدלת [25-28] ולשקול טיפול אימהי סיסטמי או טיפול בתינוק בהתאם [19].

במקרה והתמונה הקלינית אינה ברורה, מקובל להשתמש בתרבית חלב אם בשיתוף עם בדיקת לויקוציטים בחלב לצורך אבחנה מبدלת (10). ספירת חיידקים מעל  $10^3$ - $10^4$  (CFU/mL) (כתלות בזן) בשילוב עם ספירת לויקוציטים מעל ל- $10^6$  (CFU/mL) מעידה על דלקת זיהומית. ספירות חיידקים מתחת לערכים אלה בשילוב עם ספירת לויקוציטים מתחת ל- $10^6$  (CFU/mL) מעידה על סטזיס של החלב או על דלקת לא זיהומית כאשר ספירת לויקוציטים מעל ל- $10^6$  (CFU/mL). קיימת כעת מעבדה מסחרית<sup>3</sup> המתמחה בבדיקה ובניתוח של חלב אם שמבצעת ספירה של לויקוציטים בנוסף לתרבית חיידקית ורגישות לאנטיביוטיקה ותרבית לקנדידה. ניתן לקבל החזר על הבדיקה מהביטוחים המשלימים, המאשרים בדיקות פרטיות, כאשר הבדיקה נעשית בשל צורך רפואי ובהמלצת רופא. תרבית ורגישות ניתן לבצע גם במעבדות רפואיות רגילות.

---

<sup>1</sup>האיגוד הישראלי ליועצות הנקה מוסמכות ([www.iaclc.org.il](http://www.iaclc.org.il))

<sup>2</sup>ליגת לה לציה ישראל ([www.llisrael.org.il](http://www.llisrael.org.il))

<sup>3</sup>מיימילק לאבורטוריס 0732417737 ([www.mymilk.co.il](http://www.mymilk.co.il))

הטיפול בדלקת בשד מורכב מטיפול בסטזיס של החלב על ידי הנעה של החלב הכלוא בשד, בתוספת של אנטיביוטיקה במקרה של מקור זיהומי. קשירה של השד או המלצה להימנעות מהנקה או שאיבה יחריפו את הסטזיס ולכן לא מומלצים. הימנעות מהנקה לא מוצדקת ומעלה את הסכנה לאם לפתח אבסס [21,24].

הטיפול האנטיביוטי המומלץ הוא זו שיעיל נגד ספלקוקוקוס כגון צפלקסין או אמוקסיצילין עם חומצה קלבלנית. מוקסיפן (אמוקסיצילין) לבד אינו מומלץ כי מפורק על-ידי ביתא-לקטמזה. טיפול אנטיביוטי שאינו מתאים את הסיכוי לפתח דלקת זיהומית בשד [24] ואת הסיכוי לפתח פטריה וגינלית או בשד [21]. במקרה של זיהום פטרייתי, הטיפול היא משחה אנטי פטרייתית לאם 3 פעמים ביום במשך שבועיים. מומלץ כי האימא תמרח מיד לאחר ההנקה ואז אין צורך לשטוף טרם ההנקה הבאה. על מנת למנוע הדבקה חוזרת על ידי התינוק, מקובל לטפל בו זמנית בתינוק בתרחיף אנטי פטרייתי לפה שלש פעמים ביום במשך שבועיים גם אם אין סימנים של פטרת בתינוק. במקביל יש צורך להקפיד על היגיינה על מנת למנוע הדבקה חוזרת [28].

התייחסות נכונה לכאבים בפטמות ובשד יכולה כמעט תמיד לפתור את הבעיה ולמנוע סבל רב. עד לשיפור בכאבים חשוב להציע לאם אנלגטיקה כדי למנוע סבל מיותר. ניתן להשתמש באיבופרופן 400 מ"ג 3 פעמים ביום עד פתרון הבעיה. במידה ויש בנוסף פצע חשוב להציע בנוסף טיפול מתאים לריפוי. חשוב לציין, כי מחקרים הראו כי לצד העזרה התרופתית יש תרומה רבה ומשמעותית לתמיכה והדרכה בנושא ההנקה [29] ולפיכך החשיבות הרבה בטיפול הכולל ייעוץ מקצועי בהנקה לצד העזרה הרפואית.

מראי מקום :

1. *AAP section on Breastfeeding*. Policy statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk.

*Pediatrics* 2012; 129(3):e82-e841. doi: 10.1542/peds.2011-3552.

2. *ESPGHAN Committee on Nutrition; Arslanoglu, S; Corpeleijn, W; Moro, G; Braegger, C; et*

*al. Donor Human Milk for Preterm Infants: Current Evidence and Research Directions. J*

*Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013; 57(4):535-542. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182a3af0a.

3. *Kramer M and Kakuma R.* Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD003517. doi: d10.1002/14651858.CD003517.
4. *Israeli Center of Disease and Gratner Inst.* Mabat Larach 2009-2012: National health and nutrition survey birth to age 2 years 2009-1012 2014.
5. *Humenick S, Van Steenkiste S.* Early indicators of breast-feeding progress. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 1983; 6(3):205-15.
6. *Ziemer M, Paone J, Schupay J, Cole E.* Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *Western J Nurs Research* 1990; 12:732–44.
7. *Cable B, Stewart M, Davis J.* Nipple Wound Care: A New Approach to an Old Problem. *J Hum Lact* 1997; 13:313-318.
8. *West C.* Factors influencing the duration of breast-feeding. *J. Biol. Sci* 1980; 12(3): 325-332. doi:10.1017/S0021932000012864.
9. *Woolridge M.* Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172–6.
10. *Neifert M, Seacat J.* Medical management of successful breast-feeding. *Pediatr Clin North Am* 1986; 33(4): 743-62.
11. *The Joanna Briggs Institute.* The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals* 2003; 7(3):1-6.
12. *DeCoopman J.* Breastfeeding management for health care professionals Wyandotte (MI): Resources for Lactation Professionals 1993.

13. Amir L, Dennerstein L, Garland S, Fisher J, et al. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17:53– 8.
14. McClellan H, Geddes F, Kent J, Garbin C ,et al, Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. *Acta Paediatrica* 2012; 97:1205–1209.
15. Morland-Schultz K, Hill P. Prevention of and Therapies for Nipple Pain: A Systematic Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005; 34(4):428–437. doi: 10.1177/0884217505276056.
16. Walker M. Are There Any Cures for Sore Nipples? *Clinical Lactation*. 2013; 4(3).
17. Dennis C, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12:CD007366. doi: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.
18. Wambach K, Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation* 2014: Jones & Bartlett Publishers. Burlington, MA.
19. Amir L, Garland S, Lumley J. A case-control study of mastitis: nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *BMC Fam Pract* 2006; 11:7-57.
20. Peters J. Mastitis puerperalis - causes and therap. *Zentralbl Gynakol* 2004; 126:73–76.
21. Amir, LH and The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(5):239-243. doi:10.1089/bfm.2014.9984.
22. Kvist L. Re-examination of old truths: replication of a study to measure the incidence of lactational mastitis in breastfeeding women. *Int Breastfeed J* 2013; 8(2):1-5.  
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/2>.

23. Mediano P, Fernández L, Rodríguez JM, Marín M. Case-control study of risk factors for infectious mastitis in Spanish breastfeeding women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:195.
24. *World Health Organization*. Mastitis: Causes and Management 2000. Geneva.
25. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010; 50(12):1551-8. doi: 10.1086/652763
26. *UNC's Lactation Team*. University of North Carolina: Resources of Health Professionals. [Online]. Available from: <http://mombaby.org/index.php?c=2&s=30&p=623>.
27. Thomsen A, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 184:492-495.
28. Amir L. Candida and the Lactating Breast: Predisposing Factors. *J Hum Lact* 1991; 7:177-81.
29. Centuori S, Burmaz T, Roonfani L, Fragiaco M, et al. Nipple Care, Sore Nipples, and Breastfeeding: A Randomized Trial. *J Hum Lact* 1999; 15(2): 125-130  
doi:10.1177/089033449901500210.