

Borsvoeding en die algemene praktisyn

deur Dr H C Loest, MB ChB, M Prax Med, MFAP (SA)

Borsvoeding behoort op 'n praktiese, verstaanbare wyse en met oortuiging, aan die voornemende borsvoedende moeder aangebied te word.

Dit blyk so dikwels dat die moeder wat graag wil borsvoed, verwys word na die saalsuster, kliniek-suster, buurvroue, ouma, lekepers en bygelowe van die algemene vrouepublik omdat die geneesheer tekort skiet aan kennis, of belangstelling, of tyd.

Die indruk wat die praktisyn vanaf die vroegste voorgeboorte besoeke, tot met die kraam en daarna met nageboorte besoeke by die pasiënt laat, ivm borsvoeding, is dikwels deurslaggewend. Menige voornemende borsvoedende moeder, word afgeskrik deur 'n praktisyn wat lou staan teenoor borsvoeding.

Selfs al sou die geneesheer proborsvoeding wees, maar nie die nodige hulp en inligting kan verskaf nie, sal 'n groot persentasie van moeders wat graag sou wou borsvoed, nie suksesvol wees nie.

Opvolgstudie van 96 babas oor die eerste ses maande van hul lewe mbt verskillende faktore rekende borsvoeding

Oor 'n tydperk van 18 maande het ek 96 swangerskappe en bevallings opgevolg en aangeteken. Eerstens is die pasiënte opgevolg mbt die tydperk van suksesvolle borsvoeding.

Die bevinding was as volg:

	Pasiënte
● Glad nie gevoed nie	14
● Minder as twee weke gevoed	10
● Tussen twee en ses weke gevoed	27
● Tussen ses weke en drie maande gevoed	13
● Tussen drie en ses maande gevoed	10
● Langer as ses maande gevoed	22

As borsvoeding wat volgehou word vir langer as ses weke, as suksesvol beskou word, was die persentasie sukses dus 46%. Van die 96 dames het 23% langer as ses maande gevoed.

As aanvaar word dat ek uit die aard van my voorgenome skripsie en belangstelling, meer aandag aan bg pasiënte gegee het mbt borsvoeding, as bv my vennote, moet aanvaar word dat die gewone syfers laer sal wees as bg.

Die ouderdom van die moeders tov nul sukses met borsvoeding is opgevolg.

Groep	Hoër V/O	Laer V/O	Totale Aantal
(a) Glad nie gevoed nie	3	11	14
(b) Minder as twee weke	0	10	10
(c) Tussen twee en ses weke	11	16	27
(d) Tussen ses weke en drie maande	9	4	13
(e) Tussen drie en ses maande	4	6	10
(f) Langer as ses maande	15	7	22

Die bevindings was as volg:

Groep	Gem ouderdom
(a) Glad nie gevoed nie	14
(b) Minder as twee weke	10
(c) Tussen twee en ses weke	27
(d) Tussen ses weke en drie maande	13
(e) Tussen drie en ses maande	10
(f) Langer as ses maande	22

Uit bg lyk dit dus nie asof die ouderdom van die moeders 'n faktor is in suksesvolle borsvoeding aldan nie. Die dames in bg reeks se ouderdomme het gewissel van 16 tot 42 jaar. In groepe (a) was die jongste moeder 21 en die oudste 33. In groep (f) was die jongste 21 en die oudste 32.

Die pasiënte is ook opgevolg volgens hulle sosio-ekonomiese agtergrond vir die sukses van hul borsvoeding.

Die pasiënte is verdeel volgens die inkomste van die huisgesin in hoër en laer inkomste, asook in hoër en laer opleiding.

Aangesien hoër opleiding feitlik deurentyd gekorreleer het met hoër

inkomste en andersom, is hulle saam gegroepeer. Die bevindings was as volg: V = verdienste; O = opleiding.

Uit bg syfers blyk dit redelik te wees om tot die gevolgtrekking te kom dat borsvoeding meer suksesvol is in die hoër verdienste/opleiding groep.

Die algemeenste rede hiervoor het geblyk te wees dat die moeders uit die laer verdienste/opleiding groep, gouer weer moes begin werk, om so die familie verdienste aan te vul.

Die groep van 96 is ook opgevolg en in twee groepe verdeel volgens die ma's van die babas se eie moeders wat hul kinders gevoed het aldan nie.

Groep	Ma se moeder het gevoed	Ma nie gevoed nie
(a)	5	9
(b)	3	7
(c)	13	14
(d)	9	4
(e)	7	3
(f)	17	5

Dit blyk dus dat die groep waarvan hul moeders geborsvoed het, self ook meer suksesvol was met borsvoeding.

Groep	Aantal	Gem gewigstoename oor eerste drie maande van lewe
(a) Glad nie gevoed nie	14	3,2Kg
(b) Minder as twee weke gevoed	10	3,0 Kg
(c) Tussen twee en ses weke	27	3,0 Kg
(d) Tussen ses weke en drie maande	13	3,1 Kg
(e) Tussen drie en ses maande	10	2,7Kg
(f) Langer as ses maande	22	2,3Kg

Die groep van 96 babas in die reeks is opgevolg volgens hul gewigstoename.

As ons hier tot 'n gevolgtrekking moet kom, sal ons sê, dat in die groep waar die babas drie maande en langer geborsvoed is, was die gemiddelde gewigstoename 2,7 Kg (Groep (d), (e), en (f).)

In die groep waar die babas van die begin af kunsvoeding of beesmelk ontvang het of geborsvoed is tot op ses weke of langer, maar nie tot op drie maande nie, was die gemiddelde gewigstoename 3,2 Kg. (Groep (a), (b) en (c).)

Dit lyk dus asof kunsvoeding en/of beesmelk, 'n vinniger gewigstoename gee as moedersmelk alleen.

In die reeks is verder 'n vergelyking getref tussen die moeders met 'n eerste baba en dié wat reeds 'n baba of meer gehad het of dit 'n invloed gehad het op die sukses van borsvoeding.

Die bevinding was as volg:

Groep	Eerste baba	Meer as een baba
(a)	5	9
(b)	6	4
(c)	10	17
(d)	7	6
(e)	4	6
(f)	11	11

So op die oog af lyk dit dus nie asof 'n moeder moeiliker borsvoed as dit haar eerste baba is nie.

As groepe (a), (b), (c), dws die moeders wat glad nie gevoed het, of tot op ses weke gevoed het, saamgevoeg word, was daar 21 moeders van wie dit nie eerste baba was en 30 moeders van wie dit 'n tweede of meerdere baba was.

Groepe (d), (e) en (f) saamgevoeg word dws waar die baba ses weke of langer gevoed is, wys dat by 22 moeders dit die eerste baba was en by 23 meders dit al hul tweede of meerdere baba was.

Dit staaf dus bg waarneming, dat dit blykbaar nie verskil maak aan die sukses van borsvoeding as dit nie moeder se eerste baba is, of as sy al 'n baba gehad het nie.

Uit die groep (a) wat glad nie gevoed het nie, was enkele redes hier voor as volg: Wil nie voed nie, geen rede gegee nie; pyn en ongemak na 'n keisersnit; retraktiele tepels of plat klein tepels; voel heeltemal teënsinnig by die gedagte om te voed; te veel met die eerste baba gesukkel met borsvoeding en kan nie oorreed word om dié een te voed nie; wil nie borsvoed nie, want dit sal haar borste se voorkoms belemmer; mevrou se moeder het haar nie gevoed nie en daarom wil sy ook nie voed nie.

Benadering en hantering van borsvoeding met voorgeboorte en nageboorte besoeke, asook tydens hospitaalverblyf

Uit my waarnemings sou ek sê, dat dit noodsaaklik is om vroeg in swangerskap dws hier op drie tot vier maande swangerskapduur, reeds die moeder te pols oor voeding.

Die pasiënt is gewoonlik gevra wat se soort voeding sy sou verkies. Dié wat teë was op borsvoeding, is dan ondervra oor die rede vir hul gevoel.

Indien gegrond op onwaarhede en bygelowe, is dié dan uit die weg geruim en 'n poging aangewend om die gedagte aan borsvoeding meer aantreklik te laat lyk.

Die pasiënte wat graag wou voed, is geprys met die positiewe voorname en is dan gewys op die voordele van borsvoeding, soos in die literatuur aangedui. Die fisiologie van borsvoeding is ook verduidelik.

Enige probleme deur die pasiënt geopper, is by verdere voorgeboortebesoeke bespreek. Die pasiënte is ook gevra om hul man indien moontlik met een van die voorgeboorte besoeke saam te bring.

Tydens so 'n besoek is die voordele van borsvoeding aan die man verduidelik. Enige besware soos deur hom geopper, is bespreek en dit is duidelik onder sy aandag gebring, hoe belangrik sy houding tov borsvoeding is vir die sukses waarmee sy vrou hul baba sal kan borsvoed.

Tydens die laaste drie maande van die swangerskap is sekere spesifieke punte bespreek. Die vraag oor die voorbereiding aldan nie van die borste en die uitmelk aldan nie van die colostrum, word gewoonlik geopper en dan beantwoord.

Die bywoning van voorgeboorte oefeninge olv 'n fisioterapeute, wie ook terselfdertyd borsvoeding promoveer is aangemoedig.

By ons in Sasolburg is 'n damesgroep gestig olv dames wat self al een of meer babas suksesvol gevoed het en aansluiting het by La Leche League se tak in Johannesburg.

Met die bevalling en die verblyf daarna in die hospitaal, is die daaglikse saalronde van groot belang. Die praktisyn moet 'n punt daarvan maak om die moeder uit te vra na enige probleme betreffende bors-

Na bladsy 22

voeding. Die moeder moet veral weereens oortuig word, dat sy wel genoeg melk sal hê en met hulp, wel sal slaag met borsvoeding.

Waaneer die depressie die moeders beetpak in die eerste dae na die bevalling, kan die huisarts 'n groot rol speel om haar weer die nodige selfvertroue te gee. Die staf in kraamsaal

is.

Dit is per slot van rekening baie makliker om die skuld vir probleme by die baba aan die borsvoeding te wyf en 'n kunsvoeding as alternatief voor te stel.

Dit verg baie meer om so 'n pasiënt, dikwels teen weerstand in te motiveer om verder te borsvoed.

verder "alleen aan te sukkel".

In die kraamafdeling is die staf se hele benadering tot borsvoeding baie belangrik. Susters is dikwels te besig met ander werk veral klerikaal van aard om nog aandag aan iets soos borsvoeding te skenk.

Baie keer word gevind dat van die onervare jong hulpverpleegsters die saak nog verder bemoelijk as gevolg van negatiewe raad en te dikwels word 'n skreeuende baba en moedelose ma reggehelp met byvoeding. Saalroetine in kraamsaal kan dikwels 'n probleem wees.

Daar word geglo dat vroeë kontak tussen ma en baba binne die eerste uur na geboorte die "bonding" tussen ma en kind en ook borsvoeding bevorder.¹ Te dikwels word die vyf tot tien minute wat hiervoor nodig is, gesien as onnodige vertraging van die gewone roetine.

Dié gevoel is egter net 'n onwilligheid om af te sien van 'n ou aangeleerde roetine van ma en kraamteater skoonmaak, ma in haar kamer kry, baba in die babakamer los, vorms invul, ander take voltooi en dan later word die baba gebad en dan eers na die moeder gebring.

Hierdie roetine is onnodig en kan met oorlegpleging heeltemal gewys word om almal tevrede te stel.

Ons hospitaal se kraamsaal laat die slaap van die baba in die moeder se kamer toe. Die reëling vergemaklik natuurlik voeding op aanvraag en ook die moeder-baba kontak.

Die huisarts se daaglikse saalronde in kraamsaal, is baie belangrik. Heelwat meer tyd behoort hier bestee te word, veral aan die moeders met hul eerste babas. Die pasiënte wag die hele dag op die koms van die dokter.

As sy besoek net 'n inloer en dagsê behels, kan dit onmoontlik nie voldoen aan al die baie vrae en probleme wat gewoonlik opduik in die eerste dae na 'n bevalling nie.

Die té vinnige ontslag van pasiënte uit die hospitaal skep ook probleme. As gevolg van koste oorweging, probeer ons gewoonlik om die moeder veral met 'n tweede of meerdere swangerskap, op die vierde dag na geboorte te ontslaan.

As ons in ag neem dat op die vierde of vyfde dag die borste eers werklik begin tu en dit gewoonlik een van die eerste krisistye is, is dit eintlik ongewens om 'n moeder en baba so



het uiteraard die meeste kontak met die moeder en speel hierin 'n groot rol.

Ongelukkig word die werklik opgeleide staf soos die susters, so besig gehou met saalwerk en klerikale werk, dat hulle dikwels nie die nodige aandag kan gee nie. Dit is hier waar die dames van bv La Leche wat die nodige ondervinding en opleiding het, 'n groot leemte kan vul.

Ons vind egter dat daar nog 'n groot wanbegrip is oor dié soort van nie-mediese hulp en voel die susters en verpleegsters dat dié dames se teenwoordigheid 'n mosie van wantroue in hul eie vermoëns. is.

By ontslag uit die hospitaal is gevind, dat dit uiters belangrik is om die pasiënt te vra om binne die eerste week weer 'n besoek aan die spreekkamer te bring. By dié besoek word enige probleme en veral borsvoedingsprobleme bespreek en hanteer.

Persoonlik vind ek hierdie konsultasies geweldig veeleisend, maar as dit uiteindelik lei tot suksesvolle borsvoeding, ook uiters bevredigend.

Indien die moeder op ses weke na geboorte vir die eerste maal weer gesien word, is dikwels gevind dat sy intussen probleme ondervind het en meestal haar gewend het na mense wat borsvoeding minder goed gesind

Hierdie motivering moet egter met omsigtig geskied om nie die moeder skuldig te laat voel indien haar pogings tot borsvoeding werklik misluk nie.

Borsvoeding moet aangemoedig word, sonder om dit as die enigste vorm van babavoeding voor te stel.

Spesifieke knelpunte mbt promovering van borsvoeding

Daar is 'n hele paar faktore wat die promovering van borsvoeding bemoelijk.

In algemene praktyk is die afspraakstelsel dikwels van so 'n aard, dat daar nie genoeg tyd geskep kan word om inligting en hulp aan die moeder oor te dra nie. Die probleem kan egter met 'n bietjie planmatigheid oorkom word.

Te veel huisartse skuif die verantwoordelijkheid en probleme van borsvoeding van hul af en lat dit oor aan die klinieksuster om op te los.

Dit is egter meestal so, dat die moeder haar huisarts sien as die belangrikste bron van inligting en as hy vanweë 'n gebrek aan kennis, tyd of belangstelling, haar na 'n klinieksuster verwys, sien sy dit maklik in as 'n gebrek aan belangstelling en so verminder ook haar behoefte om

gou te ontslaan.

As ons hulle egter ontslaan met die versoek om in geval van probleme dadelik te kontak en buitendien in alle gevalle die spreekkamers te besoek binne die eerste week na ontslag nog oorweeg word.

Die gewoonte van die gemeenskap om die moeder en baba met hul tuiskoms te besoek, is 'n goeie en prysenswaardige gebruik. Ongelukkig is dit egter ook 'n bron van probleme, want as die besoekers toegelaat word om met die baba se voedingstye in te meng, eindig ons gewoonlik met 'n gespanne moeder en hullende ongelukkige baba.

Besoekers, huislike pligte ens moet ingepas word tussen voedingstye en nie andersom nie. In dié opsig het die swart vrou met haar baba op haar rug, dalk die antwoord. Hier is die baba dan altyd byderhand vir voeding op aanvrag.

Moederlike spanning is die grootste probleem met borsvoeding. Die spanning spruit gewoonlik uit onsekerheid en 'n gebrek aan selfvertroue. Negatiewe kritiek of raad sal hier net die probleem vererger.

Hier kan die vader 'n belangrike rol speel en die nodige kalmte openbaar om die moeder by te staan en nie dadelik na die naaste apteek te ry en 'n blik formule melk te koop nie.

Die weeklikse besoeke van moeder en baba aan 'n kliniek kan van onskatbare waarde wees en is ook in baie gevalle. Ongelukkig word daar soms oormatig klem gelê op gewigstoename of verlies wat moontlik nie altyd gerugsteun kan word deur akute weegprosedures ens. nie.

Die ongelukkige gewoonte om dan die moeder onnodig op hol te jaag vanweë 'n nie bevredigend gewigstoename veroorsaak weereens vele probleme veral vir die huisarts wat dan "in tranen" gekonsulteer word. Die moeder wat tot voor die besoek aan die kliniek 'n gelukkige baba wat goed gedrink het, goed geslaap het en 'n normale stoelgang patroon gehad het, is nou oortuig daar is groot fout met haar melk.

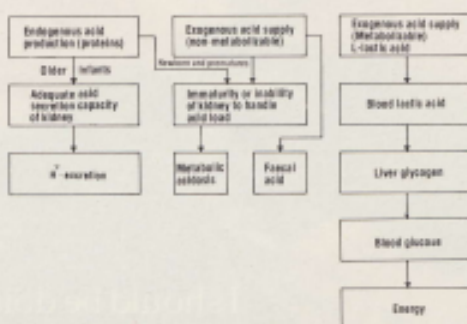
Die sg. fout kan slegs opgelos word met byvoeding van 'n byvoeding of erger nog deur borsvoeding totaal te staak.

Indien die huisarts die moeder nou wel van die teendeel oortuig kry en haar tranen kan opdroog, het hierdie onnodige beklemtoning van verwaagte gewigstoename, tog 'n tydens

Na bladsy 25

Pre-acidification of milk with lactic acid does not create metabolic acidosis

Types of factors affecting acid base homeostasis.



According to Senterre¹, it is mainly phosphorus overload, which is responsible for metabolic acidosis.

Three types of factors affect acid base homeostasis².

1. Degree of maturity and especially length of gestation of the newborn infant.
2. Diet (protein intake, etc).
3. Kidney.

1 Senterre J, Lambrechts A. Nitrogen, Fat & Minerals balance in premature infants, fed acidified or non-acidified half skimmed cow's milk, Biol-neonate 1972; 20:107-119.

2 Svenningsen NW, Lindquist B. Incidence of metabolic acidosis in term, pre-term and small gestational age infants in relation to dietary protein intake. Acta, Paed Scand, 1973; 62:1.10.

Pelargon is a scientifically adapted and balanced food, intended for routine feeding of healthy infants from birth onwards.

Pelargon[®]

Breastfeeding is the first choice when advising a mother on how to feed her infant. In its biochemical and immunological properties breastmilk is unique and whenever possible breastfeeding must be encouraged.

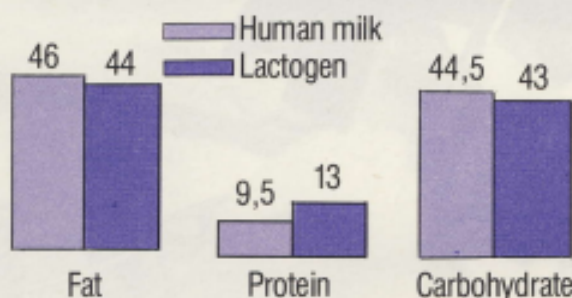


Specialists in infant feeding.

Medical Advertisement

BARKER MCCORMAC B171

Balanced energy content



The energy distribution of nutrients in Lactogen is very similar to human milk.

Just one good reason to recommend Lactogen.

All the vital nutritional elements in Lactogen are calculated to give the infant the balanced diet required for health and satisfactory growth. The fats in Lactogen have the approximate triglyceride structure of breast milk fat for better absorption. Added carbohydrate provides enough kilojoules without the need to add sugar to the milk, and the protein level in Lactogen provides a safety margin if low protein weaning foods are added to the diet.

For healthy contented infants recommending Lactogen where a breast milk substitute or supplement is required, makes a lot of sense.

LACTOGEN

Breastfeeding is the first choice when advising a mother on how to feed her infant. In its biochemical and immunological properties breastmilk is unique and whenever possible breastfeeding must be encouraged.



Specialists in infant feeding.

Medical Advertisement



For further information circle No. 13

BARKER McORMAC B173/2

Borsvoeding

Van bladsy 23

like en ongelukkig dikwels 'n permanente knou van die borsvoedende moeder se selfvertroue veroorsaak.

Praktiese benadering tot spesifieke probleme en belangrike teoretiese en praktiese feite ivm borsvoeding

Vorbereiding van borste in voorgeboorte tydperk

In die laaste drie maande van swangerskap moet die moeder gevra word om die gebruik van seep op die tepelareas te vermy en net met water te was. Die behandeling met alkohol spiritus en wrywing van die tepelarea moet vermy word.²

In die geval van 'n werklik droë vel is dit wel van nut om 'n sagte, maklik afwasbare room bv lanolin te gebruik.

Sonlig is bevorderlik vir die tepels; privaetheid is dalk 'n probleem. Retraktsie tepels kan behandel word deur Hoffman se oefeninge³. In werklik weerstandig gevalle word gebruik gemaak van "Eschmann Nipple Shields" wat binne die bra gedra kan word vir kort periodes³.

Goeie ondersteuning van die borste met 'n goeie bra is belangrik. Dit moet goed ondersteun en nie druk nie en breë bandjies hê. Verder is die dra van tepelbeskermers binne die bra ook van waarde.

Dit uitmelk van die borste om sodoende colostrum uit te melk en melkvloei te bevorder is kontroversieël. Sommige outoriteite beweer dat dit geen doel dien nie⁴ terwyl ander weer die teendeel beweer⁵.

Soos gesien in my praktyk, voel ek tog dat veral die uitmelk van die borste om sodoende goeie melkvloei te verseker, heelwat goed inhou.

Dit verbeter blykbaar ook die patensie van die melkducti⁵. Die moeder, so blyk dit, voel dat sy ook aktief haar deel bydra tot suksesvolle borsvoeding en raak dus ook gewoond daaraan om die borste te hanteer.

Die metode van Waller⁵ word aanbeveel as tegniek van borsleiding.

Seer tepels en pynlike borste en borsabses

Tepels kan gevoelig seer of gekraak wees en kan voorkom, enige tyd na die bevalling. Inversie van die tepels

Borsvoeding

lei gewoonlik tot meer van bg. probleme as andersins. Voorbehoeding speel 'n belangrike rol.

Korrekte voedingstegniek verminder ook die risiko van seer tepels en so ook die goeie skoonmaak voor en na voedings en die aanwend van sagte rome waar nodig.

Waar die tepels ten spyte van bg seer word, is daar 'n paar punte van belang in die behandeling.

Sagte rome bv lanolin word aangewend. As tepels gekraak is kan een persent van waterige "Gentian Violet" mengsel aangewend word, maar nie vir langer as vier dae nie.

Sonlig en/of ultraviolet lig is weereens van waarde in blootstelling vir kort periodes. Die gebruik van 'n tepelskerm word ook aanbeveel.

Persoonlik het ek gevoel dat lg selde effektief is en die beter is vir die moeder om liewers meer gereeld vir korter tye te voed. Sy kan pynstillers inneem kort voor voedings.

Indien die tepels egter te seer is, kan voeding vir 24 uur gestaak word waartydens die borste dan manueel uitgemelk moet word om sodoende stuwings en verergering van probleme te voorkom. Die uitgemelkte moedersmelk kan dan as voeding per bottel aan die baba gegee word.

Gestude borste kom gewoonlik voor tussen die tweede en vyfde dag na kraam. Behandeling behels die verligting van stuwings. Gereelde soging is die mees effektiewe wyse van lediging. Indien pyn egter ondraaglik is, kan die borste manueel of met 'n borspomp uitgemelk word.

Vroeë diagnose en behandeling los dikwels hier die probleem gou op. Die aanwending van hitte, of hitte en koue (yspakkie) alternatiewelik, is van groot waarde. Oksitosien sublinguaal vyf tot tien minute voor die baba drink of die borste uitgemelk word, help baie⁶.

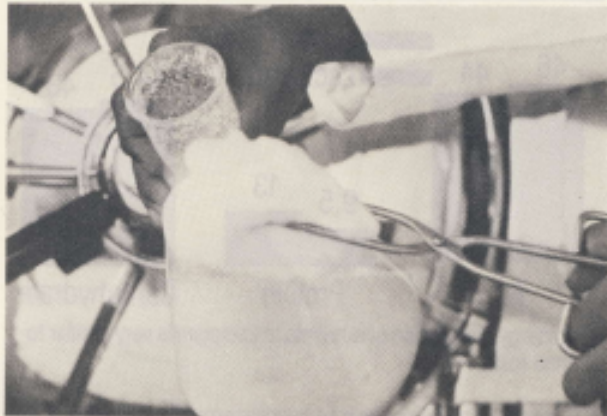
Alhoewel 'n lekeraat, vind baie pasiënte goeie verligting van borsstuwings en selfs ook in vroeë absesformasie met die aanwending van rou koolblare of koolblare wat gedoop was in kookwater en dan binne in die bra oor die borste geplaas word.

Die reuk mag sommiges dalk afskrik, maar as dit die pyn verlig, sal dié pasiënte enigiets probeer, veral as alle ander raad misluk het.

Indien mastitis ontwikkel het in 'n

Pre-acidification ensures good digestibility

Illustration: Inoculation of *S. lactis* in Pelargon.



Pelargon, as a biologically acidified formula, facilitates easy digestion of fats, mineral salts and particularly proteins. During the acidification process, some of the casein is peptonised which facilitates digestion.¹

Pelargon is a scientifically adapted and balanced food, intended for routine feeding of healthy infants from birth onwards.²

1. Note of Research Laboratories: Microbiologically acidified milk, HRM/7K/CSm 1967.

2. Pretorius, P. J., S.A.M.J. Vol. 44, 20 June 1970, 720 - 727.

Pelargon[®]

Breastfeeding is the first choice when advising a mother on how to feed her infant. In its biochemical and immunological properties breastmilk is unique and whenever possible breastfeeding must be encouraged.



Specialists in infant feeding.

Medical Advertisement



BARKER McORMAC B171/1

gestude bors met koors en algemene liggaamspyne, word antibiotika en analgetika gebruik asook reeds bg. maatreëls. Indien die mastitis na drie dae nie opgeklar het nie, is chirurgiese dreinasie van die abses wat nou waarskynlik ontstaan het, angedui. Voortgesette borsvoeding is essensieël met 'n borsabses⁷.



Onvoldoende laktasie

Die belangrikste rede hiervoor is gewoonlik spanning by die moeder, onvoldoende rus en ongereelde voedingstye. Gereelde voedings om die anterior hipofese te stimuleer om meer prolaktien af te skei, is van groot belang. Die moeder behoort 'n hoë proteïen dieet met baie vog in te neem. Baie belangrik is 'n simpatieke milieu. Lg. sluit veral die man en die huisarts, maar ook die susters van die hospitaal en kliniek, buurvrou en moeder of skoonmoeder in.

Diaree by die borsgevoede baba

Indien 'n moeder wat borsvoed, kla oor diaree by die baba is die belangrikste om seker te maak sy kla nie oor 'n normale borsvoeding-stoelgang patroon nie. 'n Borsgevoede baba kan 'n loperige selfs waterige stoelgang hê wat wissel in kleur en konsistensie van week tot week en selfs van dag tot dag.

Vitamiene en veral dié wat fluoried bevat, wat deur die moeder en soms baba ingeneem word, kan diaree by die baba veroorsaak⁸.

Wanneer diaree voorkom by die borsgevoede baba behoort die huisaarts seker te maak of die baba wel net geborsvoed word of nie tog byvoedings ontvang nie. Antibiotika is dikwels 'n oorsaak van diaree in die baba. Dit is antibiotika ingeneem deur moeder sowel as baba.

'n Borsgevoede baba met diaree wat geen vomering toon nie behoort op borsmelk te bly, want so 'n baba se stoelgangpatroon keer gouer terug na normaal op borsmelk as op enige ander kunsvoeding of beesmelk⁹.

Die pasgebore baba ontvang antiliggeme transplasentaal. Slegs IgG word so oorgedra terwyl IgA en IgM slegs dmv borsmelk (veral colostrum) oorgedra word.

IgA is die dominante immunoglobulien en dit is weerstandig teen proteolise en gee passief beskerming aan die gastro-intestinal traktus teen

die indringing van intestinale organismes en antigene⁹.

Borsmelk is 'n bron van 'n ysterbindende proteïen laktoferrien, wat gewoonweg een derde versadig is met yster. Dié laktoferrien het 'n inhibitoriese effek op E coli in die SVK.

Indien yster toevoeging gegee word by 'n borsgevoede baba, bind dié laktoferrien meer yster en verminder dit sy inhibitoriese effek op E coli⁹.

Baba wat borsvoeding weier

Hierdie is 'n probleem waarmee die huisarts dikwels gekonfronteer word. Die baba wat tot op daardie stadium baie goed en maklik geborsvoed is, weier skielik om die bors te neem. In die diagnose van bg probleem moet enige siektetoestand natuurlik eers uitgeskakel word veral verkoue en otitis media.

Die baba wat by ondersoek geen siektebeeld vertoon nie, maar nogtans voedings weier, is 'n moeiliker probleem. In dié gevalle word variasies van raad toegepas.

In lg gevalle help dit soms om die babas te voed terwyl hulle slaap. Langdurige kontak tussen moeder en baba help ook dikwels. Die moeder moet moontlik haar voedingsposisie verander, bv. rondloop en voed, of lê en voed ipv sit en voed.

Indien die baba reeds byvoedings neem en nou weier om verder geborsvoed te word, moet alle byvoedings gestaak en meer gereeld vir korter periodes geborsvoed word.

Weereens soos met baie ander probleme mbt borsvoeding, is dit belangrik dat die moeder die nodige ondersteuning van veral haar man en

huisarts moet kry om die situasie te hanteer.

Keisersnitbaba

Hier word die baba eerstens twee voedings van uitgemelkte borsmelk of formule melk gegee en 12 ure na die keisersnit word die baba aan die bors gesit¹⁰.

In my praktyk was daar 'n hele paar moeders wat baie suksesvol was met borsvoeding na keisersnit en selfs een wat na 'n nood-histerektomie na keisersnit aangehou het met suksesvolle borsvoeding. Die moeder moet rustig en kalm wees, in 'n gemaklike posisie verkeer en voldoende analgesie ontvang.

Tweelingswangerskap

In my opgetekende reeks was daar een tweeling en dié is suksesvol gevoed tot op drie maande ouderdom. Bygesê egter, die moeder was werklik uitgeput na dié drie maande en sal borsvoeding in dié gevalle slegs slaag, indien die moeder werklik gesond, fiks en goed gemotiveerd is.

Borsmelk-geelsug

Dit is 'n toestand wat baie seldsaam voorkom. Dit is nie nodig om borsvoeding te staak in 'n geval van borsmelk-geelsug nie, want dié soort geelsug as korrek gediagnoseer, is nie skadelik vir die baba nie.

Dié soort geelsug verskyn gewoonlik teen die einde van die eerste week van lewe en is op sy ergste op die sewende tot tiende dag en duur gewoonlik drie weke tot twee maande.

Koliek

Afgesien van die middels tot ons beskikking, is koliek dikwels 'n ernstige probleem wat sneeubal omdat die moeder dan gespanne raak en dit haar melkvloei affekteer wat weer op sy beurt die koliek vererger.

Wat wel van waarde is, is om kleiner voedings op 'n slag te gee. Dit beteken om te borsvoed vir korter tye en selfs per voeding net van een bors op 'n keer te voed. Dit lyk of 'n té groot voeding wel koliek kan veroorsaak.

Nagvoeding

Nagvoeding by 'n borsgevoede baba behoort eintlik nie 'n werklike probleem te wees nie. Die baba kan langs die moeder se bed in 'n wiegie slaap en dan in die nag eenvouding deur die moeder in haar bed getel word en so in die liggende posisie gevoed word.

Moeder en baba kan selfs in die posisie aan die slaap raak, sonder werklike gevaar vir die baba — so word ook 'n beter kontak bewerkstellig. Wat betref die uitskakeling van nagvoedings, behoort dit nie in die eerste twee maande van lewe afgedwing te word nie.¹²

Die voordele van borsvoeding

- Voorkoming van infeksies te danke aan die volgende faktore: Sekretoriese IgA; IgM, IgG en IgA; Lisosiem; makrofage en limfositete; komplement; laktoferrien; laktoperoksidase.
- Voorkoming van allergieë. Borsvoeding is die enkele mees belangrike maatreël vir die profilakse van allergieë tydens die babatyperk.
- Voorkoming van metaboliese afwykings. Ystergebrekanemie en konvulsies as gevolg van Ca en Mg-tekort kom nie voor by borsgevoede babas nie.
- Voorkoming van vetsug in moeder en baba
- Versterking van moeder-baba verbintenis.

Byvoeding en toevoeging van vaste voedsel

Borsvoeding alleen, kan mee volgehou word selfs tot op 'n jaar ouderdom. Tog vind ons dat daar meestal op 4 maande begin word met vaste voedsel.

A complete formula with vitamins, copper, zinc and iron

Vitamins, minerals and trace elements in Lactogen compared with International recommendations.

Important constituents expressed by 100 ml	Lactogen reconstituted at 12,8% w/v	(Min.)	Codex Standards ¹ (Max.)
Vitamin A (I.U.)	191	160	320
Vitamin D (I.U.)	38	25	50
Vitamin E (I.U.)	0,8	0,45	—
Vitamin C (mg)	5,2	5,1	—
Vitamin B ₁ (mg)	0,04	0,025	—
Vitamin B ₂ (mg)	0,05	0,040	—
Vitamin B ₆ (mg)	0,04	0,022	—
Vitamin B ₁₂ (µg)	0,12	0,10	—
Niacin (mg)	0,5	0,16	—
Pantothenic acid (mg)	0,25	0,20	—
Vitamin K (µg)	5,2	2,6	—
Folic acid (µg)	5,8	2,6	—
Biotin (µg)	1,4	0,96	—
Sodium (mg)	31	12,8	38,4
Potassium (mg)	92	51,2	128
Chloride (mg)	69	35,2	96
Iron (mg)	0,8	0,64*	—
Copper (mg)	0,04	0,04	—
Zinc (mg)	0,5	0,3	—
Calcium (mg)	73	32	—
Phosphorus (mg)	56	16	—

* for formulas enriched with iron.

Just one good reason to recommend Lactogen.

Lactogen is a complete formula enriched with minerals, vitamins, copper, zinc and iron according to the latest recommendations of the American Academy of Pediatrics and Codex Alimentarius Commission. This ensures adequate quantities of these nutrients for normal healthy growth. Because of its special characteristics, Lactogen can be used during the whole first year of life and even after.

For healthy contented infants recommending Lactogen where a breast milk substitute or supplement is required, makes a lot of sense.

¹Codex Alimentarius Commission—Recommended international standards for foods for infants and children CAC/RS 72174—1976.

LACTOGEN

Breastfeeding is the first choice when advising a mother on how to feed her infant. In its biochemical and immunological properties breastmilk is unique and whenever possible breastfeeding must be encouraged.



Specialists in infant feeding.

Medical Advertisement

BARKER McCORMAC 8173/1

For further information circle No. 15

Wat betref byvoeding, moet daar gebly word by afgekoelde onversoete kookwater en ander soorte melk moet solank moontlik vermy word, indien die moeder graag met borsvoeding wil volhou.

Vitamiene en borsvoeding

Alhoewel sommige outeurs beweer dat Vit. C en D toevoeging aan 'n borsgevoede baba gegee behoort te word, beweer ander weer dat dit onnodig is en dat Vit D in genoegsame hoeveelhede in borsmelk voorkom¹⁴

Daar word beweer dat navorsing bewys het, dat indien 'n moeder gesond is en 'n gesonde dieët volg, die baba ook nie Vit. C suplementasie benodig nie. Daar word gesê dat die moeder haar Vit C in borsmelk konsentreer om sodoende genoeg aan die baba te kan gee.¹⁴

Vet en Cholesterol

Lipiede in borsmelk, word beter deur die baba se SVK geabsorbeer as dié in beesmelk. Moedersmelk het 'n hoë konsentrasie oleinsuur en die palmitaat-residu is hoofsaaklik in die twee-positie van die gliserol molekule.

Bg verbeter die verteerbaarheid. Nuwer melkformules wat meer groenteolies bevat, het bygedra tot beter verteerbaarheid en absorpsie as met die ouer melksoorte.

Samevatting

Wanneer 'n wyfie dolfyn geboorte skenk aan haar kalfie, help ander volwasse wyfie dolfyne in die groep die baba totdat dié vir hom of haarself kan sorg of totdat die moeder haar kragte herwin het.

Op feitlik dieselfde wyse bied ander olifant koeie in die trop hulp aan die wyfie wat geboorte skenk en aan die olifant kalf. So word die kanse op oorlewing in die natuur verbeter.

In die geval van homo sapiens, doen die moeders wat hulp ontvang goed met borsvoeding, maar dié wat daarsonder gaan, kan probleme voorsien.

In die meeste lande en kultuurgroepe in die wêreld trou meises, raak swanger, verlos hul babas en borsvoed hulle as 'n natuurlike deel van hul bestaan. In hierdie opset is daar egter 'n baie spesiale soort ondersteuning ingebou om bg. siklus suksesvol te voltooi.

Hierdie vrouens weet dat borsvoeding nie outomaties kom nie. Hulle weet hoe dun en styf die

garedraadjie tussen suksesvolle en mislukte borsvoeding gespan is en hulle besef terdeë dat hulle hulp nodig het in die proses.

Baie moeders begin borsvoeding met die gedagte dat dit sonder probleme sou geskied. Hulle dink borsvoeding is 'n natuurlike proses wat sommer vanself kom, want ouma het dit dan so gedoen. Hulle is egter verkeerd.

In die verlede het 'n nuwe moedertjie in die bed gebly met haar baba veilig langs haar in die bed versorg. Hier is moeder en baba dan deur ander vrouens met die nodige ondervinding bygestaan en onderskraag.

Hierdie opset het egter drasties verander. Toe ouma hierdie pligte vaarwel toegeroep het en skilderkuns, politiek en brug begin beoefen het, het hierdie kuns van moedersorg ook die nuwe moeder se huis verlaat.

Daar is min mense deesdae wat weet hoe borsmelk lyk. Daar is niemand wat die nuwe moeder vertel hoe om haar baba vas te hou, hoe lank die baba moet drink of hoe om gestude borste en seer tepels te behandel nie.

In die meeste lande besluit die nuwe moeder self, wat goed en sleg vir haarself en die baba is. Sommige verkies om dié inligting van hul huisartse te verkry. Die huisarts, meestal 'n man, is dikwels oningelig oor eenvoudige en soms meer ingewikkelde aspekte van borsvoeding. So dikwels is so 'n geneesheer se raad, 'n mediese voorskrif vir 'n sosiale en/of emosionele probleem.

Daar is die voorbeeld van 'n geneesheer wat 'n oor neus en keel-spesialiste voorgestel het, vir 'n moeder wat oor die telefoon gekla het dat haar baba sukkel om asem te haal tydens voedings. Iemand met ondervinding sou met die eerste oogopslag opgemerk het, dat die moeder haar baba in 'n versmorende posisie vashou.

By die huis, 'n paar dae na ontslag uit die hospitaal, kom die nuwe moeder tot die verskriklike besef dat sy en haar honger baba, alleen hulle probleme sal moet oplos. In so 'n geïsoleerde omgewing, sonder ondersteuning, verval die moeder dikwels in 'n angs-melk verdwynings-mislukkingsindroom.

Gelukkig is daar baie kunsvoedings en beesmelk beskikbaar en die baba bly lewe. Die

nuwe ma, alreeds vol twyfel oor haar vermoëns as 'n moeder, word maklik oortuig dat 'n bottel 'n goeie alternatief is.

Baie vrouens is egter verlig om te weet borsvoeding is nie essensieel nie en dit is 'n groot fout om hulle skuldig te laat voel oor hierdie besluit. Hulle is beter moeders as hulle op 'n veilige afstand en sonder intense fisiese kontak hulle babas kan grootmaak. Dié moeders moet toegelaat word om hul eie keuse te maak.

Die moeder wat egter graag wil borsvoed, moet dus bewus wees van al die slaggate. Sy moet versigtig wees vir die aantrekkingskrag van die bottel, die proses van laktasie verstaan, die voordele vir haarself en haar baba onthou, die ouvrostories kan weglag en veral seker maak dat sy die nodige hulp en moedersorg van moeders met ondervinding beskikbaar het.¹⁵

Ek wil aansluit by hierdie aanhaling en ook sê, dat ek saamstem. Ek kon hier in Sasolburg duidelik die verskil sien. Daar is die moeders wat gehelp is deur hul eie moeders, wat self geborsvoed het, asook deur vrouens van die moedersgroepe wat al hier gestig is.

Veral die ma's wat vooraf ingelig is, en kontak gehad het met die moedersgroep in die voorgeboorte stadium, het oor die algemeen baie goed gevaar met borsvoeding.

Aan die ander kant het ons egter ook die moeders wat alleen moes aansukkel. Van hulle moes staatmaak op die hulp van baie simpatieke maar oningeligte buurvrouens.

Ongelukkig ook in baie gevalle, het borsvoeding misluk waar die moeder deur 'n welmenende kliniek-suster met goeie boeke kennis bygestaan is, maar ongelukkig een wat self nog nooit 'n baba gehad het, wat sê nog self geborsvoed het.

Om as huisartse kan baie bydra, soos reeds gesê, om die nodige ondersteuning en raad te gee, maar agv ons praktykopset en tydsbeperking, kan ons onmoontlik nie slaag, indien die nodige moedersorg nie deur ander verskaf word nie. □

Verwysing Bladsy 30

VERWYSINGS

- 1 Delport, S (Sept 1979): *Opknappingskursus vir huisartse oor Perinatologie*, bl 66, punt 3 Universiteit van Pretoria.
- 2 Cooke, R en McDonald, R (1979): *The Scientific basis for Breast Feeding*, 1^e uitg bl 10 Kaapstad: Rustica Pers Bpk.
- 3 Cooke, R en McDonald, R (1979): *The Scientific basis for Breast Feeding*, 1^e uitg bl 11. Kaapstad: Rustica Pers Bpk.
- 4 Stanway, P en R (1978): *Breast is Best*, 2^e uitg bl 76 Suffolk: Richard Clay Bpk.
- 5 Cooke, R en McDonald, R (1979): *The Scientific basis for Breast Feeding*, 1^e uitg bl 12 kaapstad: Rustica Pers Bpk
- 6 Delport, S (1979): *Opknappingskursus vir huisartse oor Perinatologie*, bl 68, punt 3c Universiteit van Pretoria.
- 7 Cooke, R en McDonald, R (1979): *The Scientific basis for Breast Feeding*, 1^e uitg bl 29 Kaapstad: Rustica Pers Bpk.
- 8 La Leche League pamflet.
- 9 Committee on Nutrition (1978): *Pediatrics* Vol 62 no 4, 594.
- 10 Cooke, R en McDonald R (1979): *The Scientific basis for Breast Feeding*, 1^e uitg, bl 21 Kaapstad: Rustica Pers Bpk.
- 11 Stanway P en R (1978): *Breast is Best*, 2^e uitg bl 160. Suffolk: Richard Clay Bpk.
- 12 La Leche League, (1977): *The Womanly Art of Breast Feeding*, 5^e uitg bl 83, London: Tandem Pers Bpk.

13 Delport, S (Sept 1979): *Opknappingskursus vir huisartse oor Perinatologie*, bl 64, Universiteit van Pretoria.

14 Stanway, P en R (1978): *Breast is Best*, 2^e uitg bl 38. Suffolk: Richard Clay Bpk.

15 Raphael, Dana (1977): *The Tender Gift: Breast Feeding*, 3^e uitg bl 15, New York: Schocken Books Bpk.

Agency switch for Allpyral

Miles Laboratories, owners of Allpyral allergen extracts, have terminated their sole agency agreement with Intal Ethical Promotions (Pty) Ltd, with effect from 1 July.

The marketing and distribution of Allpyral diagnostic and hyposensitisation products is to be taken over by Dome/Hollister-Stier, the allergy division of Miles assisted by Bayer Pharmaceuticals.

Miles, together with sister company Bayer, has become increasingly involved in the South African pharmaceutical industry since the international purchase of Miles Laboratories Inc. by Bayer AG in 1978. The latest move is seen as a logical extension of

this commitment, which has already resulted in a doubling of Bayer's local sales team coupled with an impressive increase in research activities.

The switch from Intal, distributor of Allpyral allergen extracts for the past 12 years, to the Dome/Hollister-Stier division will be eased by the transfer of the entire team of representatives (comprising the former's allergy division), who will join Miles at the same time.

The parting of the two companies is on the best of terms, according to both Miles and Intal.

"Miles Laboratories wish to thank Intal Ethical Promotions for 12 years of outstanding service in the development of Allpyral allergen extract sales," the spokesman said.

Miles will be retaining close links with Intal in order to ensure a smooth handover with the least possible disruptions for end users of Allpyral products.

From 1 July, all enquiries and orders should be directed to either Bayer Pharmaceuticals (in Johannesburg and Durban) or to Miles Laboratories (Cape Town).

What's in a name?

By Chris van Selm

So you're a G.P. Call it what you like, it remains a stigma of modern medicine, a reminder of the old classic family doctor, and classified basically into two categories, from mediocre to good.

Good yes, if all goes well.

Why do we persist with this useless adage, the inferior branch of the medical fraternity? Why do we defend ourselves against the infliction of specialisation anyway?

Society creates it's own rules, and quite frankly, the GP of today becomes a misfit in his own social circles.

Is this really the objective of his professional existence?

No amount of cajoling, manipulation or bullying our way back into society is going to impress anyone, unless we establish a similar plane of specialisation or status. Bolstering a lost cause propped with confusion

amongst our very own colleagues doesn't help either.

The specialists love it of course, and only throw sand in our faces when or if we encroach on their terrain for favours. But don't they deserve their inherent right after all?

So let's get rid of this stigma, and admit that we have forgotten one very important and essential principle in medicine, and that is that ALL MEDICAL CARE IS ALWAYS SPECIALISED!

Every problem in any medical consultation, procedure or therapeutic regime in every field, is always complicated by interrelated facets which when applied correctly, consist of a total approach interdependent of one another, and locked in a complex and highly involved understanding of the patient as a whole.

We must therefore reorganise ourselves into a workforce to be reckoned with, and reclassify

ourselves into a category of SPECIALISED CARE. Whether it be Primary, Communal or other, the whole art of medicine and practice must resort to this concept in a very specialised way.

For one minute, just stop and think about your own practice. Now ask yourself if you have any right whatsoever, to meddle in those foreign grey areas which belong to the specialists, and immediately you become conscious of your own misgivings, with the legal implications far beyond your own capabilities.

If you have no 'grey areas', think again, and have yourself examined by a colleague!

Whatever the merits of the service you offer, get rid of the stigma attached to General Practice by getting rid of the name GP and drop them into the waste paper basket, because a new area of strategic planning is already here, in which the objectives and aims of your practice must be a holistic communal approach, with care on a very specialised level.

Community Care, whether it be Primary, secondary or otherwise, will always be highly specialised, and the stigma of such practice will soon be forgotten. □