

Academy of Breastfeeding Medicine 임상 프로토콜

#17 구순열, 구개열 및 구순구개열 모유수유아를 위한 지침

2013년 개정판

Sheena Reilly,^{1,2} Julie Reid,^{1,3} Jemma Skeat,² Petrea Cahir,¹ Christina Mei,² Maya Bunik,⁴

모유수유 아카데미

The Academy of Breastfeeding Medicine의 가장 중요한 목표는 모유수유 성공에 영향을 미치는 흔한 의학적 문제에 대처하는 임상 프로토콜을 개발하는 것이다. 이들 프로토콜은 모유수유모와 아기들의 관리를 위한 권고안의 역할을 할 뿐이며 배타적인 치료 방법이나 표준 의학 관리 방법을 의미하는 것은 아니다. 치료는 개별적인 환자 개인의 필요에 따라 적절하게 적용되어야 한다.

정의

구순열(cleft lip: CL)이 생기면, 입술이 연속적이지 않고, 구개열(cleft palate: CP)이 생기면, 구강과 비강 사이가 소통된다.¹ 균열은 중증도에 따라 윗입술이 단순하게 파인 것에서부터 완전히 개방된 입술이 비강 바닥까지 연장되어 치조(alveolus)를 포함하여 절치공(incisive foramen)에 이르는 것까지 다양하다.² 마찬가지로, 구개열도, 단순히 연구개만 포함하거나, 또는 부분적으로 혹은 완전히 경구개와 연구개로 연장되기도 한다.¹ 구개열에서, 치조는 손상되지 않는다. 구개열은 점막 아래에 존재하기도 하며 임상 징후나 증상이 미묘하거나 없으면 즉시 발견되지 않을 수 있다.¹

배경

빈도

구순열 및/또는 구개열의 전 세계적 발생 빈도는 생존 출생아 1000명 당 0.8-2.7명이다.³ 인종에 따라 발생률에 차이가 있으며, 아프리카 계 미국인 집단(1000명 당 0.5명 정도)^{4,5}과 백인 집단(1000명 당 1명 정도)³에서 가장 낮고, 아메리칸 인디언(1000명 당 3.5명 정도)⁶과 아시아인(1000명 당 1.7명 정도)⁷에서는 보다 높은 것으로 보고되고 있다.

보고가 상당히 다양하지만, 구순/구개열 아기 중 약 50%는 복합 구순열 및 구개열(CLP)이며, 반면 30%는 구개열(CP)만, 20%는 구순열(CL)만 갖고 있다; 치조까지 포함되는 구순열은 약 5%의 경우에서 나타난다.⁸ 균열은 대개 일측성이다(그림 1); 그러나, 약 10%의 증례에서는 양측 균열이다.⁹



그림 1. 일측 구순열. Photo courtesy of John A. Giroto, MD.

¹ Speech Pathology Department, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia.

² Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Victoria, Australia.

³ La Trobe University, Melbourne, Victoria, Australia.

⁴ Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.

모유수유와 구순/구개열

이 지침에서, 모유수유란 젖을 먹이기 위해 아기에게 유방을 직접 물리는 것을 말하며 모유 수유란 우유병, 컵, 숟가락이나, 유방을 제외한 다른 모든 방법을 이용해서 아기에게 젖을 먹이는 것을 의미한다. 아기들은 성공적으로 젖을 먹기 위해 흡입과 압축을 모두 이용한다. 유방을 물고, 안정된 수유 자세를 유지하고, 사출반사와 함께 젖을 끌어내려면 흡입을 생성하는 능력이 필요하다. 일반적으로, 아기가 젖을 먹을 때, 양 입술은 유륜에 단단하게 달라 붙어 구강 앞을 밀봉하게 된다. 연구개는 후상방으로 올라가 인두 벽과 맞닿아 구강 뒤쪽을 밀봉한다. 빠는 동안 혀와 아래 턱이 하강하면 구강 용적이 커지고 흡입이 유도되어 유방으로부터 젖을 끌어낸다.¹⁰ 아기가 혀와 턱 사이의 유방을 누르면 압축이 일어난다. 흡입과 압축은 수유 중 모유 전달을 돕는다.¹⁰⁻¹²

수유 중 발생하는 구강 내 압력의 크기는 균열의 크기 및 종류, 아기의 성숙도와 연관이 있다¹³. 이런 이유로, 구순열 아기들은 구개열이나 구순구개열 아기들보다 젖을 더 잘 먹을 것이다.¹⁴ 연구개에 작은 틈이 있는 일부 아기들은 흡입을 일으키지만¹⁵, 연구개 및/또는 경구개에 다소 큰 균열이 있는 아기들은 흡입을 생성하지 못할 수 있다.^{15,16} 신생아와 미숙아들의 흡입 압력은 연장아에 비해 낮다.^{13,17,18} 구개열이나 구순구개열이 있는 아기들은 젖을 먹는 동안 구강이 비강과 적절하게 분리되지 않기 때문에 흡입을 만들기 어렵다¹⁹. 이러한 아기들의 경우 부정적인 결과로 모유수유 중 피로, 수유 시간 연장 및 성장과 영양 장애가 있을 수 있다.

모유수유 결과를 기술한 문헌이 제한적이고, 근거가 일화적이며, 상충되어, 다음 권고 사항을 마련하기가 어렵다²⁰.

권장 사항

증거의 질[증거의 단계 I, II-1, II-2, II-3, III]은 미국 예방업무 대책위원회(the U.S. Preventive Services Task Force) 부록 A 대책위원회 등급에²¹ 기초하며 괄호 안에 표시되어 있다.

임상을 위한 권장 사항 개요

검토된 근거를 바탕으로, 다음 권장 사항을 마련하였다.:

1. 모유의 보호적인 이득을 제공하도록 엄마들을 격려해야 한다. 모유수유가 이들 집단에 발병률이 높은 중이염에 대한 보호 작용이 있음을 시사하는 근거가 있다.^{22,23}(II-2) 모유 수유(컵, 숟가락, 우유병 등을 통한)를 인공 분유수유보다 우선적으로 권해야 한다. 또한, 구강 발달에 있어 우유병 수유에 비해 모유수유가 줄 수 있는 가능한 이득에 관한 이론적 정보도 있다.
2. 동시에, 엄마들에게 예측되는 모유수유 성공에 대해서도 상담을 해 주어야 한다. 직접 모유수유가 가능한 유일한 수유 방법이 아닌 경우, 모유 수유 필요성을 권장하고, 필요 시 모유수유로의 이행을 연기할 가능성도 논의해야 한다.
3. 구순구개열 아기들은 개별적으로 모유수유를 평가해야 한다. 특히, 엄마의 희망과 이전 모유수유 경력뿐 아니라 아기의 구순열 및/또는 구개열의 크기와 위치를 고려하는 것이 중요하다. 구순열 아기들은 흡입을 생성할 수 있음을 시사하는 증거가 어느 정도 있으며,¹⁹(III), 서술적 보고에 따르면 이 영아들도 종종 성공적으로 모유수유할 수 있다.²⁴(III) 구개열이나 구순구개열 아기들은 정상아에 비해 흡입을 유발하기 어렵고¹⁵(I) 빨기 양상이 비효율적이라는 어느 정도의 증거가 있다.¹⁶(I) 구개열이나 구순구개열 영아의 모유수유 성공률은 구순열이 있거나 정상인 아기들에 비해 낮은 것으로 관찰된다.^{14,24}(III) (부록)
4. 정상 모유수유에서와 마찬가지로, 지식을 갖춘 지지가 중요하다. 모유수유를 원하는 엄마들은 자세, 젓양 관리, 보충수유를 위한 유축에 관하여 도움을 받을 수 있는 수유 조언자를 곧 만나게 해 주어야 한다. 몇몇 연구는 적절한 서비스 의뢰뿐 아니라 구순/구개열 아기의 수유에 대해 전문적인 조언을 얻기 위해 신생아/영아 시기에 임상전문간호사 등 구순/구개열을 전문으로 하는 의료인을 만날 필요가 있으며, 이로부터 이익을 얻을 수 있다고 제안했다²⁵. 구순열, 구순구개열, 구개열 아이를 둔 부모들에 대한 설문 결과, 가능한 빨리 수유 과제에 관한 더 많은 지침을 원하는 것으로 시사되었다²⁶(III)

5. 가족들은 모유수유 지지 단체에 대한 일상적인 의뢰뿐 아니라 커다란 미소(Wide Smiles)와²⁷ 같은 협회를 통해 **모유 수유**나 **모유수유**에 관한 동료 지원을 받을 수 있다.
6. 수유 방법을 확립하는 동안 아기의 수분 섭취 및 체중 증가를 모니터링하는 것이 중요하다. 부적절한 경우, 보충수유를 시작하거나 늘려야 한다. (“ABM 프로토콜 #3: 건강한 만삭 신생아의 보충수유 사용을 위한 병원 지침, 2009년 개정”²⁸ 참조.) 구순구개열 아기는 적절한 성장과 영양을 위해 보충수유가 필요할 수 있다.²⁴ (III) 한 연구에 따르면 임상전문간호사의 추가적인 수유모 지원으로 체중 증가 결과가 향상되고 적절한 서비스 의뢰도 순조롭게 진행되는 것을 볼 수 있다.²⁹ (III)
7. 모유수유 자세를 변경하면 모유수유 효율과 효과를 높일 수 있다. 약한 증거(임상 경험이나 전문가 의견)를 토대로 권장되고 있으며, 성공에 대해서는 평가가 필요한, 수유 자세 권장 사항들은 다음과 같다:
:
 - a. 구순열 아기:
 - i. 구순열이 유방 위쪽을 향하도록 아기를 안아야 한다^{30,31} (예를 들어, [우측] 구순열이 있는 아기는 우측 유방에서는 “교차요람식” 자세로, 좌측 유방에서는 “미식축구식/쌍둥이 방식” 자세에서 더 효과적으로 수유할 수 있을 것이다).(III)
 - ii. 엄마가 구순열을 엄지나 다른 손가락으로 막고^{7,31,32} /혹은 아기의 양 볼을 지지하여 균열 틈새를 좁히고 유두 주변을 더 잘 막을 수 있을 것이다.³³(III)
 - iii. 양측 구순열인 경우, “얼굴을-위로 향한” 양다리 걸치기 자세가 다른 자세보다 더 효과적일 수 있다.³¹(III)
 - b. 구개열 혹은 구순구개열 아기:
 - i. 젖이 비강이나 귀인두관으로 역류되는 것을 줄이기 위해 자세를 반쯤 세워야 한다.^{31,32,34-36}(III)
 - ii. “미식축구식”/쌍둥이 자세(아기 몸이 엄마의 무릎이 아니라 엄마 몸통 옆에 나란히 위치시켜, 아기의 양 어깨가 몸통보다 위 쪽에 오게 한다)는 교차요람식 자세보다 더욱 효과적일 수 있다.³⁶(III)
 - iii. 구개열 아기의 경우, 유방을 “보다 더 큰 단편”-빠가 가장 온전한 구개 쪽으로 위치시키는 것이 유용할 수 있다. 이렇게 하면 압박이 더 잘 되고 유두가 틈 사이로 빠지는 것을 막을 수 있다.³⁷(III)
 - iv. 일부 전문가들은, 빠는 동안 아기의 턱을 안정시키고/³²혹은 유방이 아기 입에서 빠지지 않도록 아기 턱을 지지하도록 제안한다.^{33,38}(III)
 - v. 갈라진 틈이 큰 경우, 일부 전문가들은 유두가 틈 사이로 밀려들어가는 것을 막기 위해 유방 끝을 아래로 향할 것을 제안한다.³⁰(III)
 - vi. 흡입과 압축이 없는 것을 보상하고 사출반사를 자극하기 위해 엄마가 손으로 아기 입에 젖을 짜서 넣어줄 필요가 있을 수 있다.³⁸(III)
8. 수술 전에 정형외과적 정렬을 위해 보철물을 사용하는 경우, 이것이 수유 효율이나 효과를 그다지 개선시키지 못한다는 강력한 증거가 있으므로, 부모들에게 그런 도구 사용이 **모유수유**에 도움이 된다고 조언할 때 주의해야 한다.^{39,40}(III)
9. 근거에 따르면 구순열 수술 직후에, **모유수유**를 바로 시작/재개할 수 있고 **모유수유**가 손가락 수유보다 약간 유리할 수 있다고 알려져 있다.^{41,42}(I) 구개열 수술 시는 1일 후에 상처 후유증 없이 모유수유를 시작/재개할 수 있다.⁴¹ 구개열 교정수술 후 관리에 관한 구개열 외과전문의를 대상으로 한 조사에 따르면, 2/3는 수술 직후에 엄마들에게 **모유수유**를 허용하였다.⁴³(III)
10. 증후군/연쇄의 일부로 구순/구개열이 있는 아기의 모유수유 가능성에 대한 평가는, 모유수유 성공에 영향을 줄 수 있는 해당 증후군의 추가 양상을 고려하여, 사례별로 이루어져야 한다.

향후 연구를 위한 권장 사항

구순열/구개열 아기들에게 모유수유를 하려는 엄마들을 담당하는 의료 전문가들에게 가장 절박한 문제는 임상 결정을 내릴 바탕이 될 근거가 부족하다는 점이다. 구순열/구개열 아기들을 위한 수유 성공률, 관리 전략 및 결과를 문서화할, 잘 설계되고, 자료 중심의 연구가 필수적이다. 또한, 연구 결과를 일반화할 수 있도록, 조사자들이 대상 아기들과 중재 기술을 명확하게 기술해야 한다.

감사의 말씀

이 작업은 일부 미국 보건후생부(Department of Health and Human Services) 모자보건국(the Maternal and Child Health Bureau)의 재정 지원을 받아 수행되었다.

부록: 자주 묻는 질문

구순열, 구개열, 혹은 구순구개열 모유수유아

각주로 밝힌 것을 제외하면, 검토된 문헌은 증후군이 아닌 구순열 및/또는 구개열 아기들에 관련된 것이다.

1. 구순열이 있는 아기도 성공적으로 모유수유할 수 있는가?

구순열을 가진 영아의 모유수유에 관한 강력한 근거는 없다. 구순열 아기가 수유 중 흡입을 생성한다는 중등도(II-2) 근거가 있다.^{15,19} 기술적(III) 연구에 따르면 성공적인 모유수유율은 정상 인구 집단과 유사하다.²³ 전문가 의견(III)에 의하면 인공 유두보다 유방 조직이 갈라진 틈을 매워 더 효과적으로 결함을 막기 때문에 구순열 영아에게는 모유수유가 우유병수유보다 더 쉬울 수 있다.⁴⁴⁻⁴⁶ 전문가 의견에 따르면 자세를 변경하면 이들 영아의 모유수유를 촉진할 수 있을 것으로 시사된다.³⁰⁻³³

2. 구개열이 있는 아기도 성공적으로 모유수유할 수 있는가?

구개열을 가진 영아의 모유수유에 관한 강력한 근거는 없다. 구개열 아기는 우유병 수유 시 흡입을 생성하지 않는다는 중등도(II-2) 근거가 있다.^{15,19} 연구개가 갈라진 아기들이 흡입을 할 수도 있지만, 일반적으로는 그렇지 않다.^{13,15} 기술적 연구에 따르면 구개열 영아의 모유수유 성공은 구순열 영아보다 훨씬 더 낮은 것으로 나타난다.^{25,31} 부분 모유수유(보충과 함께)는 가능하며, 갈라진 틈의 크기와 위치가 모유수유 성공을 결정하는 인자임을^{35,36,45} 시사하는 약한 근거(III)가 있다. 구순열 아기들과 마찬가지로, 자세를 변경하면 모유수유 성공률이 증가될 수 있는 것으로 보고되고 있다.^{30,31,34-36(III)}

3. 구순구개열이 있는 아기도 성공적으로 모유수유할 수 있는가?

구순구개열을 가진 영아의 모유수유에 관한 강력한 근거는 없다. 구순구개열 아기는 우유병을 사용하여 측정했을 때 흡입을 생성할 수 없다는 중등도(II-2) 근거가 있으며^{13,15,19} 구순구개열 영아도 때로 성공적으로 모유수유를 할 수 있다는 중등도 내지 약한 근거가 있다.²⁶ 기술적 연구 결과 모유수유 성공률이 0-40%로 시사되고 있다.^{22,23} 모유수유 성공률을 높이기 위해 자세 변경이 전문가들로부터 권장되고 있다. ^{29,30,32,35,36,38} (III)

4. 구순/구개열을 가진 영아에서 모유수유 평가 및 관리에 지침이 되는 증거가 있는가?

구개 닫개(palatal obturators: 별도로 다름) 사용에 관한 강력한 근거 외에, 구순/구개열 영아의 수유 효율을 증대시키려면 수유 교육이 중요하다는 중등도 근거(II-3)가 있다.⁴⁶ 나머지 증거는 약하며(III) (a)모니터링 영역과, (b)보충을 위한 권고에 중점을 두고 있다.

5. 구개 닫개가 구순구개열이나 구개열을 가진 영아에서 모유수유 성공을 촉진한다는 근거가 있는가?

모유수유 성과는 수유 판(틈새 일부를 막아 수유 시 구강을 "정상화"할 목적) 사용이나³⁹ 수술 전 교정(수술 전에 갈라진 틈 부분을 재배치하는 보철물)에 영향을 받을 수 있다. 이 프로토콜에서는 이들을 통칭하여 "닫개(obturators)"라 부르기로 한다. 구순구개열이 있는 모유수유아에게 닫개는 수유나 체중 증가에 도움이 되지 않으며³⁹ 우유병 수유율을 증가시키지 않는다는⁴⁰ 강력한(I) 증거가 있다. 닫개는 우유병 수유 시 흡입을 촉진하지 않는다는 중등도(II-2) 증거가 있다.¹⁸ 이는 닫개가 수유 중 인후 벽으로 연구개를 완전히 밀폐시키지 못하기 때문이다. 구개열이나 구순구개열 영아에서 모유수유를 용이하게 하기 위해 닫개 사용을 지지하는 모순된 증거가 있지만, 이는 훨씬 약한 출처에서 나온 것이다.^{29,44,46(II-3과 III)}

6. 정상 인구 집단에 비해 구순/구개열 영아에 대한 모유수유의 추가 이득에 대한 증거가 있는가?

다수의 중등도 및 약한(II-2) 연구가 있으며, 대부분의 증거는 전문가 의견을 대표한다(III). **모유수유**와 모유를 먹이는 것이 엄마와 아기 모두에게 긍정적 이득을 준다는 것은 잘 알려져 있다. 구개열을 가진 아기의 경우, 모유를 먹이는 것이 구개열 아기를 중이염에서 보호한다는 중등도 혹은 약한 근거가 있다.^{22,47} 이 아기들은 비정상적인 연구개 근육 때문에 일반인에 비해 중이염이 더 잘 생긴다.⁴⁷ 파열이 있는 아기들에서 모유가 인지 발달과 학업 성취를 증진시킬 수 있다는 중등도 내지 약한 증거가 있다.⁴⁸ 모유 내 항세균 인자는 수술 후 치유를 촉진하고 (인공분유에 비해) 점막 자극을 감소시킨다.⁴⁹(III) 또한, 전문가들은 모유수유가 구강 안면 근육 발달,²⁹ 언어,^{29,36} 애착과³⁶ 수술 후 아기의 진정에^{29,45} 도움이 된다고 제안하였다.

7. 입술이나 구개 수술 후 언제 모유수유를 시작/재개하는 것이 안전한지를 보여 주는 근거가 있는가?

구순열 복원술(입술성형술)은 일반적으로 생후 수 개월 내에,⁷ 구개열 복원술(구개성형술)은 생후 6개월부터 12개월 사이에 시행한다. 이 분야의 정보에 대한 강력한 증거를 보여 주는 몇몇 연구들이 있다(I, II-2). 구순열 복원술 직후 모유수유를 시작/재개하는 것이 안전하다는 중등도 내지 강력한 근거(I, II-2)^{41,42}와 구개열 복원술 하루 후에 모유수유를 시작하는 것에 대한 중등도 근거(II-2)가 있다.⁴¹ 수술 후 즉시 모유수유를 하는 것이 숟가락 수유보다 체중 증가에 더 효과적이며, 병원 비용이 절감된다는 강력한 근거(I)가 있다.⁴¹ 반대되는 증거도 있으나, 이는 보다 근거가 약한 출처(III)에서 나온 것이며 권장 사항에 있어서 의견이 나뉜다.³²⁻³⁴

8. 증후군/연쇄의 일부로 구개열이 있는 영아들이 모유수유할 수 있다는 근거가 있는가?

구순/구개열이 동반되어 나타나는 증후군은 340가지가 넘는다.⁵ 이들 모두를 상세히 검토하여 권고 사항을 마련하는 것은 이 프로토콜의 범위를 벗어난다. 그러나, 모유수유 관행에 지침이 될 일부 주요 자료가 제시되어 있다. 파열 뿐 아니라 이들 증후군과 연관된 추가적인 구강 안면 기형들(예를 들어, 저긴장, 소하악증, 설하수)가 수유 성공에 영향을 미친다고 시사하는 중등도 내지 약한 근거가 있다.^{35,50-51} 모든 기형이 수유에 미치는 영향을 검토하여 이를 염두에 두고 치료를 계획하는 것이 중요하다.

ABM 프로토콜은 발표 후 5년 경과 시점에서 폐기된다. 5년, 혹은 근거에 심대한 변화가 생길 경우는 그보다 더 일찍 근거에 입각한 개정이 이루어질 것이다.

번역자: 정유미 (Yoo-Mi Chung, MD, FABM)
Breastfeeding Medicine. December 2013, 8(4): 349-353.
The date of translation: August 2017.

참고 문헌

1. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. Mosby, St. Louis, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. Can Med Assoc J 1980;122:19-24.
3. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. Cleft Palate Craniofac J 1996;33:284-290.
4. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. Am J Med Genet 1998;79:42-47.
5. Niswander JD, Barrow MV, Bingle GJ. Congenital malformations in the American Indian. Soc Biol 1975;22:203-215.
6. Cleft Lip and Palate Association of Ireland. The incidence of clefts. 2003. www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts (accessed April 26, 2013).
7. Young G. Cleft lip and palate. UTMB Department of Otolaryngology Grand Rounds. 1998. www.utmb.edu/otoref/Grnds/Cleft-lip-palate-9801/Cleft-lip-palate-9801.htm (accessed April 26, 2013).
8. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity—State of the art. Cleft Palate Craniofac J 2000;37:342-347.
9. Wolf LS, Glass RP. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management. Therapy Skill Builders, Tucson, AZ, 1992.

10. Brake S, Fifer WP, Alfasi G, et al. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev* 1988;11:1–9.
11. Weber F, Wooldridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:19–24.
12. Reid JA. Feeding difficulties in babies with cleft lip and/or palate: An overrated problem or a neglected aspect of care? [PhD thesis]. La Trobe University, Melbourne, 2004.
13. Reid JA, Reilly S, Kilpatrick NM. Breastmilk consumption in babies with clefts. Presented at the 63rd Annual Meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, Vancouver, BC, Canada, 2006.
14. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312–320.
15. Maserai AG, Sell D, Habel A, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:321–328.
16. Mizuno K, Ueda A, Kani K, et al. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227–1232.
17. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth. *Pediatr Int* 2001;43:251–255.
18. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:167–169.
19. Smedegaard L, Dorthe Marxen MJ, Glassou EN, et al. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J* 1998;45:628–632.
20. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41:268–278.
21. U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed April 26, 2013).
22. Aniansson G, Svensson H, Becker M, et al. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:9–15.
23. Garcez LW, Giuliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:687–693.
24. da Silva Dalben G, Costa B, Gomide MR, et al. Breastfeeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003;40:84–87.
25. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, et al. Felt needs of parents who have a 0- to 3-month-old child with a cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2009;46:252–257.
26. Owens J. Parents' experiences of feeding a baby with cleft lip and palate. *Br J Midwifery* 2008;16:778–784.
27. Wide Smiles. 1996. www.widesmiles2.org (accessed April 26, 2013).
28. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
29. Beaumont D. A study into weight gain in infants with cleft lip/palate. *Paediatr Nurs* 2008;20:20–23.
30. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:634–639.
31. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines* 1998;2:45–49.
32. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J India* 1985;76:46–47.
33. Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1990.
34. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In: Arvedson JC, Brodsky LB, eds. *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management*, 2nd ed. Singular Publishing Group, Albany, NY, 2002:527–561.
35. Glass RP, Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999;12:70–81.
36. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986;82:46–47.
37. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In: McKinstry RE, ed. *Cleft Palate Dentistry*. ABI Professional Publications, Arlington, VA, 1998:33–66.

38. Lebair-Yenchik J. Cleft palates. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11–12.
39. Masarei AG. An investigation of the effects of pre-surgical orthopaedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate [PhD thesis]. University College, London, 2003.
40. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, van't Hof MA, et al. Infant orthopedics in UCLP: Effect on feeding, weight, and length: A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:171–177.
41. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992;3:30–32.
42. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD003315.
43. Katzel EB, Basile P, Koltz PF, et al. Current surgical practices in cleft care: Cleft palate repair techniques and postoperative care. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:899–906.
44. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breastfeeding or spoon feeding after cleft lip repair: A prospective, randomized study. *Br J Plast Surg* 1996;49:24–26.
45. Cleft Lip and Palate Association. Breastfeeding a baby with cleft lip and/or palate. 2009. www.clapa.com/antenatal/faq/184 (accessed April 26, 2013).
46. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36:254–258.
47. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breastmilk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994;94:853–860.
48. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, et al. Association between school performance, breastmilk intake and fatty acid profile of serum lipids in ten-year-old cleft children. *J Craniofac Surg* 2005;16:764–769.
49. World Health Organization Health. Factors which may interfere with breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1989;67(Suppl):41–54.
50. Pierre Robin Network. Feeding your child. 2012. www.pierrerobin.org (accessed April 26, 2013).
51. Pandya AN, Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:471–475.

Academy of Breastfeeding Medicine 프로토콜 위원회

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Amy E. Grawey, MD

Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Nancy G. Powers, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

For correspondence: abm@bfmed.org