

ABM 臨床程序#14：母乳哺育親善診所：

優化嬰兒與孩童照護

2013修訂版

Amy E. Grawey, Kathleen A. Marinelli, Alison V. Holmes及母乳哺育醫療學會

翻譯：簡世華

校稿：許美月

ABM 的中心目標，是發展出影響到母乳哺育醫療問題的臨床準則。這些準則只作為照顧哺乳母嬰的指引，而非詳述治療的整個過程，或當作醫療的標準。治療可依母嬰個別的需求而適當的變動。

定義

母乳哺育親善診所：

透過環境及教育醫療專業人員、員工和病患家庭，熱心地提倡與支持母乳哺育的診所。(此文中“Physician” [以下以醫事人員稱之] 指的是提供母嬰產前與產後基層醫療照顧的專業人員，有些國家是由醫師、助產師或其他專業人員來擔任。全部都應努力達成母乳親善診所，以照顧這些家庭)。

母乳代用品：

嬰兒配方奶、葡萄糖水或其他取代母乳的液體

背景

母親在產前得到的專業意見和支持，相當影響她餵母乳的意願。¹⁻⁵ 醫療人員以持續訪視和電話關懷來支持父母親，通常能延長哺餵母乳的時間。⁶⁻¹² 照顧母嬰的醫療人員在啟動哺乳與持續支持母乳哺育上，有獨特的地位。^{3-5,11-15} 雇有受過泌乳訓練醫療人員的診所，能顯著提升起始母乳哺育率和持續哺乳率，也能減少哺乳媽媽

的問題。¹⁶⁻²⁰ WHO 敘述了母嬰親善醫院成功哺乳的十大措施，^{21,22} 基於科學證據和來自受尊敬的權威經驗。許多建議作法皆有科學基礎，可以延伸應用至嬰幼兒門診。^{14,16,17} 因為有著“劑量反應關係”，即使是逐步改善仍值得做，因為執行的措施越多達標，母乳哺育的成果就越好。²³

建議

證據品質依美國預防工作小組的評估系統 (US Preventive Service Task Force, USPSTF) 而分類，²⁴ 括弧內是其證據等級 I、II-1、II-2、II-3 到 III。

1. 診所同仁協力建立母乳親善的官方政策，並以書面建檔，且告知新進人員。並將複本發給業務上往來的醫院、醫師及所有醫療人員。

(III)

2. 給予符合文化和倫理的照顧²⁵。瞭解每個家庭會依循其文化進行初乳的處置、泌乳期飲食，和早期接受副食品。備有可講多國語言的員工和醫療翻譯者，依孕產婦及家庭

背景提供多元文化的衛教資料。

(III)

3. 若有提供產前照護，可在第一孕期就介紹嬰兒餵食，整個孕程持續表達對母乳哺育的支持。若你是產後提供新生兒照護的醫事人員，產前可安排一次訪談，先熟悉嬰孩的家人並表明你對母乳哺育的承諾。^{2,7,8}以開放式問句如：“關於餵母乳，你所瞭解的是？”以獲知這個嬰兒的哺餵計畫。提供文宣強調母乳在各方面勝過配方奶。鼓勵雙親都參加產前母乳教室。直接教導或提供衛教資料給所有照料嬰兒的家人(父親、祖父母等)。^{1,13,26} 嬰兒的父親是支持母親最重要的人。²⁶ 確認有泌乳困難風險的產婦(例如乳頭平坦或凹陷，曾接受乳房手術，或之前的哺乳經驗不成功等)，以便為她的特殊狀況提供照護。(I, II-1, II-2, II-3, III)
4. 醫事人員在產後第一時間與母嬰互動，乃視當地醫療和保險系統情況而定。舉例來說，如果醫療系統允許你能見到還在醫院的嬰兒，你可以協同當地醫院，社區的產婦照護人員，^{16,23,25} 診所的產房和嬰兒室，應提供產後一小時內啟動母乳哺育的政策。開立醫囑給在醫院或生產機構，沒有醫療上的需求，不給予配方奶、無菌水、葡萄糖水，不要發送裝了配方奶、配方奶折價券或奶瓶的出院贈品袋。^{27,28} 在醫院巡房時對表現出對母乳哺育的支持，幫助媽媽開始並持續餵奶。教導母親依嬰兒的清醒度來判斷他飢餓或滿足，確保 24 小時至少哺餵 8-12 次。²⁹ 鼓勵親子同室並

依需求餵奶。(I, II-2, III)如果你所在的系統，新生兒是由醫院內的人員照顧，院外醫師無法開立處方，你得在出院後才能看到寶寶並支持母親(參考第 6 點)。然而，很多醫院接受過愛嬰醫院訓練，媽媽在住院期間就可以受到良好的照顧。

5. 鼓勵媽媽只餵母乳，除非有醫療需求，避免給嬰兒配方奶、葡萄糖水或其他飲料。^{25,30} 建議媽媽親餵成功之前，不要給予奶瓶奶嘴或安撫奶嘴。^{31,32} (I, III)
6. 在世界上很多地區，產後第一次的追蹤是由非醫護人員來完成。大部分歐洲國家，母嬰在產後幾天到幾週是由助產師來照顧。以德國為例，每對母嬰都可有一位保險給付的助產師(通常是產後八週內每天探訪)。產婦可在產後三週內由保險給付的小兒科醫師做第一次診察。在此系統中，這是兒科醫師第一個支持母乳哺育的機會。在其他國家，如澳洲和紐西蘭，嬰兒由家庭醫師照護，有的嬰兒可能從未看過兒科醫師。在美國等國家，照護嬰兒的是醫師和醫療人員(如醫師助理、專科護理師等)，安排出院後 48-72 小時首次回診，若出院前有母乳相關問題者(例如體重降低 >7%、黃疸)預約提早回診。^{25,30,34} 在某些文化或醫療的狀況，母嬰住院的天數足夠讓體重回升並建立父母的信心，在嬰兒 1-2 週大時安排回診或許較適當。舉例來說，在日本產後母嬰通常留院 5-6 天。日本小兒科學會建議產後首次回診是出院後一週，就是嬰兒大約 2 週

大時。確保在回診時能有泌乳顧問/指導，或其他受訓能處理泌乳問題的醫療人員。建議母親回診時讓醫療人員觀察她餵奶一次，候診時嬰兒若準備吃奶，就告知工作人員。提供母嬰需要的隱密舒適的座位和授乳枕，以利於做充分評估。

以開放性問題做為開場，例如“餵母奶的狀況如何呢？”聚焦在他們關心的事情上。留足夠的時間讓媽媽提問，只要是媽媽都會有許多疑問。在早期的回診評估嬰兒含乳和是否成功吃到足夠奶水。辨識泌乳危險因子並評估體重、脫水程度、黃疸、餵食的活力和排泄量。乳頭疼痛或其他母親健康問題也會影響哺乳，在醫療上要協助這些婦女。密切追蹤直到父母充滿自信，而嬰兒也健康，體重增加足夠，符合世界衛生組織的兒童黃金標準。³⁵(III)

7. 確保父母有合宜的教育資源可使用。為符合世界衛生組織國際母乳代用品銷售守則，教材必須非商業化，不能廣告母乳代用品³⁶、奶瓶、奶嘴或安撫奶嘴²⁸。教育資源的形式有講義、照片、書籍和 DVD。推薦的教育主題包括：成長的型態、母乳寶寶的餵食和睡眠的型態、成長衝刺期的處理、辨識飢餓和滿足的暗示、擺位與含乳、乳頭痛的處理、乳腺炎、奶量不足、乳腺管阻塞、乳房充盈、逆流、正常排尿解便型態、母嬰分開時維持泌乳(如：病嬰、早產兒，或返回職場)、公共場所的哺乳、產後憂鬱、母親藥物的使用，哺乳期間母親的疾病。(I)



圖一. 美國一間診所裡母乳親善的照片。經 Tim Tobolic, MD, FABM 同意後刊登

8. 允許並鼓勵在候診室哺乳。在候診區顯示鼓勵哺乳的標誌。提供隱私並舒適的區域讓重視隱私的媽媽哺乳。不要在診間打斷或阻止親餵母乳。(II-2, II-3)



圖二. 美國一間診所裡母乳親善的圖片。經 Tim Tobolic, MD, FABM 同意後刊登

9. 確保診間環境展示出對母乳的提倡與支持。不發送給父母免費配方奶和配方奶公司贊助的嬰兒用品^{27,28}。依循世界衛生組織守則³⁶將配方奶貯存在父母視線之外。在診間展示母親哺乳的非廣告海報、小冊子、照片和圖畫。^{1,14,17}不要展示瓶餵的圖片。不接受製造奶粉、奶瓶、奶嘴公司的禮物(包括書寫板、筆或月曆)，或個人試用包。³⁶特別針對低母乳哺育率的族群設計教材(表一)。(II-2、II-3)
10. 發展並依循電話檢視分診方案處理哺乳的擔憂和問題。^{10,12,37}進行後續電話追蹤以協助哺乳母親。提供現成可用的資源，如書籍、指導指引給檢視分診的護理師。(I)(參考表一)
11. 每次回診都讚美哺乳媽媽選擇且堅持餵母乳。提供哺餵母乳的預先指引、給予教育講義，在每次例行健兒門診討論哺乳目標。鼓勵嬰兒父親和其他照顧者陪母嬰一起回診。^{3,5,11,26}(I、II-1、II-2、II-3)
12. 鼓勵媽媽純餵母乳至少 6 個月，加上副食品並持續哺餵到嬰兒至少 2 歲，直到母嬰雙方願意停餵為止。討論在 6 個月時加入副食品，強調高鐵食物的必要性，並推薦補充維他命(如維他命 D、K 或 A)，根據各地醫學會公佈的標準。²⁵ (III)
13. 為你的母嬰和社區設立典範。擬定一份哺乳員工政策，提供集乳室和配備讓員工在工作中擠奶。^{16,38,39}在有薪育嬰假較長的國家(例如德國 12 個月)，比起有薪育嬰假較短或無的國家影響較小。(III)
14. 取得或維持社區資源清單(例如：集乳器租借處)並瞭解轉介程序。將懷孕或新手父母轉給同儕、社區支持或資源團體。認識當地的泌乳專家，瞭解它們的訓練背景，與他們發展工作上的關係以得到額外協助，支援當地母乳支持團體。^{6,19,33,40,41} (I、II-3、III)
15. 在尚未實行的國家，支持並主張健康政策將哺乳照護的支出納入常規健康服務項目。此支出包括此類專門診所可能需要的諮詢和設備。
16. 有立法的地方，執行支持母乳哺育的職場法規。沒有立法的地方，鼓勵雇主和日托單位支持母乳哺育。^{38,39}現有網站有助於激勵雇主的動機，且引導其在職場提供對母乳哺育的支持。³⁸ (II-2、III)
17. 所有的臨床醫事人員在踏入臨床前幾年都應接受母乳教育。^{13,42-46}建議教育領域包括：人工餵食的危險、泌乳的生理、泌乳常見問題的處理，和醫療上餵母乳的禁忌症。製作容易取得的教育資源，方便醫療專業人員快速查閱(書籍、指導指引、網路連結等[表 1])。對全體員工教育，包括櫃檯行政、護理人員和醫療助理。從員工中分別出 1 位或以上的泌乳人力。若在可行的國家，考慮雇用一位受過泌乳訓練的泌乳顧問或護理師。若是不可行，與其他專業人員連結，並加入當地可用並適宜的周產網絡。^{6,19,33} (I、II-2、II-3)
18. 開放醫學生和住院醫師到你的診所實習。參與醫學生和住院醫師教育。鼓勵為現在和未來的醫療從業者，建立正式的訓練計畫。⁴²⁻⁴⁶ (II-2，II-3)

19. 追蹤所服務單位的開始的母乳哺育率和持續母乳哺育率，並了解所在社區的母乳哺育率。

提供母乳哺育服務的障礙

建立母乳親善診所是有挑戰性的。在美國和某些國家，基層醫療的給付是按量計酬，而不是依據照護的品質。⁴⁷

母乳問題的處置和諮詢通常是勞力密集的。在某些系統，診所的收入是來自診療的病患數量，照護母乳嬰投入的時間不保證有給付，醫療照護者有相當的壓力想放棄或縮短這類的照護。即使給付不是問題，限縮時間才能預約越多病患，這種勞力密集的介入方式會被排擠。複雜的母乳問題常需要立刻被關注，打斷門診的流暢度，原先約好的病患必須等很久。

雖然醫事人員可能有助理來協助媽媽經歷哺乳的困難，在美國非專業泌乳人員所提供的服務時間，若有給付是很低的。若要轉介給其他母乳支持服務，哺乳家庭必須負擔額外的費用。

這些障礙雖然艱鉅，但卻非不能克服。例如，在美國已初步完成主張公衛強烈建議，和近期立法要求保險給付母乳服務。當保險給付泌乳顧問服務，將會大幅強化各層級的母乳照護。由於美國醫療系統的獨特性和複雜度，附錄中列出針對美國現行財政與照護政策的建議。

對未來研究的建議

1. 大型、多中心、前瞻性的隨機研究，評估是否在門診例行使用國際認證泌乳顧問。對照組是“一般的

母乳支持”。結果評估包括純母乳哺育的持續期間，以及添加副食品之後的無配方奶持續時間。理想追蹤至少出生 1 年後的母乳哺育率。在同一地點的回顧性研究顯示此介入方式可改善非配方奶餵食。⁶然而多中心的試驗可以評估在其他機構實施的效能。在美國以外有許多醫事人員也身兼國際認證泌乳顧問，在那樣狀況下的研究結果可能不準。

2. 大型多中心試驗應評估讓媽媽訂定母乳目標的效能。一個非常小型的試驗性研究顯示，納入教育講義，讓媽媽設立母乳目標能增加母乳哺餵的持續時間和純母乳哺育率。¹⁵可對此進行較大規模的研究，每次產前和健兒門診追蹤到嬰兒滿一歲，即使產前產後是在不同地方進行(例如婦產科和兒科門診)。也可以在不同族群中評估，有較高的倫理、社經多樣性，特別包括高風險人口。如果跨族群證明有效，可以此調查和講義發展一套可以輕易複製和散播的標準工具，類似發展里程評估表。
3. 大規模的介入前與後的試驗可以評估給予醫事人員母乳持續醫學教育的影響。結果評估可涵蓋母乳哺餵開始率，純母乳哺育率，和添加副食品後的無配方奶比率。
4. 應更多研究成立母乳友善診所所需步驟的成本效益。

表一 電話檢視分診資源舉例

組織	接聽者	網址
世界衛生組織	醫療專業人員	www.who.int/topics/breastfeeding/
美國母乳醫學會	醫療專業人員	www.bfmed.org/Resources/protocols.aspx
美國兒科醫學會 母乳部	醫療專業人員 與哺乳家庭	www2.aap.org/breastfeeding/
國際泌乳顧問協會	泌乳顧問與醫療專業人員	www.ILCA.org
國際母乳會	一般資訊	www.lli.org
美國兒科醫學會	醫療專業人員	Bunik, ³⁷ Breastfeeding Telephone Triage and Advice (書名)
澳洲母乳協會	醫療專業人員	www.breastfeeding.asn.au/
泌乳資訊網	醫療專業人員	www.e-lactancia.org
美國國家醫學圖書館毒物網	醫療專業人員	toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT

感謝:

此工作由美國衛生與人群服務部婦女兒童健康局支持部分經費。

參考文獻

- Bentley M, Caulfield L, Gross S, et al. Sources of influence on intention to breastfeed among African-American women at entry to WIC. *J Hum Lact* 1999;15:27–34.
- Lu M. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
- Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinical support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.
- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405–e411.
- Witt AM, Smith S, Mason MJ, Flocke SA. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice. *Breastfeed Med* 2012;7:38–42.
- Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home.

- Breastfeed Med 2009;4:31–42.
8. de Oliveira M, Camacho L, Tedstone A. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: Results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19:365–373.
 9. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
 10. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr* 2010;10:21–28.
 11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
 12. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, et al. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr* 2010;10:14–20.
 13. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrál A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115:139–146.
 14. Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, et al. Workshop to implement the Baby-Friendly Office Initiative. Effect on community physicians' offices. *Can Fam Physician* 2000;46:1090–1097.
 15. Betzold C, Laughlin K, Shi C. A family practice breastfeeding education pilot program: An observational, descriptive study. *Int Breastfeed J* 2007;2:4.
 16. ABM clinical protocol #7: Model breastfeeding policy (revisions 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:173–177.
 17. Cardoso LO, Vicente AS, Damiaño JJ, et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:147–153.
 18. Lawlor-Smith C, McIntyre E, Bruce J. Effective breastfeeding support in a general practice. *Aust Fam Physician* 1997;26:573–575, 578–580.
 19. Thurman S, Allen P. Integrating lactation consultants into primary health care services: Are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs* 2008;34:419–425.
 20. Mattar C, Chong Y, Chan Y, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:73–80.

21. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed February 9, 2013).
22. Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 2. Strengthening and Sustaining the Baby-Friendly Hospital Initiative: A Course for Decision-Makers. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf (accessed February 9, 2013).
23. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(Suppl 2):S43–S49.
24. Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed February 9, 2013).
25. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
26. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, et al. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:708–712.
27. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008; 98:290–295.
28. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breastfeeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
29. Kandiah J, Burian C, Amend V. Teaching new mothers about infant feeding cues may increase breastfeeding duration. *Food Nutr Sci* 2011;2:259–264.
30. 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.
31. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111:511–518.
32. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadat MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:378–382.
33. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs. office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*

- 2012; 166:263–270.
34. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
 35. World Health Organization Child Growth Standards. www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html (accessed February 9, 2013).
 36. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981. www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf (accessed February 9, 2013).
 37. Bunik M. Breastfeeding Telephone Triage and Advice. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2012.
 38. U.S. Department of Health and Human Services. The Business Case for Breastfeeding. www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/business-case-forbreastfeeding/(accessed February 9, 2013).
 39. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004; 30:111–119.
 40. World Health Assembly. The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003. www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html (accessed February 9, 2013).
 41. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010; 26:314–332.
 42. Freed G, Clark S, Sorenson J, et al. National assessment of physicians’ breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995; 273:472–476.
 43. O’Connor M, Brown E, Orkin Lewin L. An Internet-based education program improves breastfeeding knowledge of maternal–child healthcare providers. *Breastfeed Med* 2011;6:421–427.
 44. Hillenbrand K, Larsen P. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002; 110:e59.
 45. Feldman-Winter LB, Shanler RJ, O’Connor KG, et al. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:1142–1149.
 46. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126:289–297.
 47. Miller HD. From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:1418–1428.

48. GovTrack.us. H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act. 2009. www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=h111-3590&tab=reports (accessed February 9, 2013).
49. American Academy of Pediatrics. Building Your Medical Home Toolkit. www.pediatricmedhome.org (accessed February 5, 2013).
50. Title XIII—Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH). <http://waysandmeans.house.gov/media/pdf/111/hitech.pdf> (accessed February 9, 2013).
51. Dlugacz YD. Value-Based Health Care: Linking Finance to Quality. John Wiley and Sons, San Francisco, 2010.

ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner if there are significant changes in the evidence.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

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

Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

For correspondence: abm@bfmed.org

附錄:

給美國診所的建議:提供母乳照護的獎勵

1. 泌乳中心歸入照護組織的支援責任之下,⁴⁸ 可以強化對哺育母乳的母嬰照護品質, 同時提供經濟援助。
2. 也可以由國家品質保證委員會認證⁴⁹ 的母乳哺育支援服務, 向官方整合醫護之家模式提供獎勵。
3. “有意義的使用”的電子健康記錄,⁵⁰ 可以透過跨醫療網站協調母嬰照護, 激勵強化母乳哺育支援服務。
4. 在發展給付相關的品質指標時,⁵¹ 納入母乳哺育支持服務, 也可強化基層醫療對母嬰提供的照護品質。