

### 母乳哺育醫療學會臨床程序 17：以母乳哺育有唇裂，顎裂或唇顎裂

#### 嬰兒的準則(母乳哺育唇顎裂嬰兒的準則)

Sheena Reilly, J. Reid, J. Skeat 及母乳哺育醫療學會臨床程序制訂委員會

一些常見的醫療問題常影響母乳哺育的成效，而母乳哺育醫療學會的主要目標就是發展出可以處理相關醫療問題的臨床程序。這些臨床程序只用來作為照顧母乳母親與嬰兒的方針，而非絕對的治療方式或是醫療照護的標準。根據個別病人的需求而有治療上的差異可能是適當的。

#### 背景

##### *唇顎裂之定義與發生率*

唇裂是指嘴唇構造不連續，而顎裂會使口腔與鼻腔相通<sup>1</sup>。唇顎裂的嚴重度視裂縫的大小而定，輕微的可能只是上唇有小凹痕，嚴重時裂縫從上唇延伸到鼻腔底部，齒槽與門齒也會受影響<sup>2</sup>。單側的唇裂較常發生在左側，約為右側的兩倍<sup>3</sup>。同樣的，顎裂可能只影響軟顎，或延伸到部分甚至全部的硬顎與軟顎<sup>1</sup>。顎裂時齒槽不受影響。顎裂表面可能有完整的黏膜組織，而使臨床上沒有明顯症狀，時不會立即被發現<sup>1</sup>。

全球唇顎裂的盛行率約為每一千個活產新生兒有 0.8 到 2.7 個個案<sup>4</sup>。發生率的不同有種族上的差異，非裔美國人的發生率最低(約 0.5/1000)<sup>5,6</sup>，其次為高加索人(約 1/1000)<sup>4</sup>，美國原住民的發生率較高(約 3.5/1000)<sup>7,8</sup>，亞裔約(為 1.7/1000)<sup>9</sup>。雖然不同報告的數字有差別，一般預估所有唇顎裂的新生兒中，約 50%合併有唇裂與顎裂，約 30%單純有唇裂，約 20%單純有顎裂；顎裂延伸到齒槽者約佔 5%<sup>10</sup>。裂縫大多是單側發生，不過約有 10%的病人有雙側的裂縫<sup>11</sup>。

##### *母乳哺育與唇顎裂*

在這些準則中，母乳哺育(breastfeeding)是指嬰兒直接從乳房吸吮母乳親餵，以母乳餵食(breastmilk feeding)是指將母乳用奶瓶、杯子、湯匙或其他方法餵食給嬰兒。嬰兒可經由吸吮與擠壓成功的親餵。吸吮的能力是正確含乳及維持穩定餵食的必需條件，再配合噴乳反射，母乳可被擠出。在正常的餵食情況下，嬰兒的嘴唇會緊貼乳暈，使口腔前方密封；軟顎會往上往後移動，貼住咽壁，使

口腔後方密封。當舌頭及下巴在吸吮動作往下移動時，口腔空間變大產生吸力，使母乳移出乳房<sup>12</sup>。擠壓則是嬰兒用舌頭與下巴擠壓乳房組織。吸吮與擠壓在親餵時幫助嬰兒吃到母乳<sup>13-15</sup>。

在餵食時，口腔壓力的大小與裂縫大小和形態<sup>16</sup>及嬰兒的成熟度有關。舉例來說，單純唇裂的嬰兒比合併顎裂或單純顎裂的嬰兒容易親餵<sup>17</sup>。有些嬰兒僅有小範圍軟顎裂可以吸吮的很好<sup>18</sup>，而較大範圍的軟顎裂或合併硬顎裂的嬰兒則可能無法產生良好吸吮力<sup>18-20</sup>。新生兒及早產兒的吸吮力比年齡較大的嬰兒弱<sup>16,21,22</sup>。唇顎裂嬰兒的吸吮困難來自於餵奶時口腔與鼻腔未能適當分隔<sup>20,23</sup>。干擾吸吮及擠壓的唇顎裂會對親餵造成影響。

有關唇顎裂嬰兒母乳哺育的成果報告是有限的<sup>24</sup>，軼聞的而且通常互相矛盾。更進一步來說，研究的個案並未將裂縫的大小，位置及形態(單側或雙側)做詳細描述，因此影響資料的解讀與可用性。

## 目的

發展出母乳哺育唇顎裂嬰兒的實證準則

## 建議

### 臨床工作的建議摘要

根據回溯實證而產生以下的建議

1. 有鑑於這些嬰兒較易發生中耳炎，我們應該鼓勵母親哺乳以提供母乳中的保護因子。證據顯示母乳哺育可保護這些嬰兒免於中耳炎的發生<sup>25,26</sup>。另外，有推測性的想法指出親餵母乳比瓶餵對口腔發育更有助益。在生產前或後，教導父母親有關配方奶餵食與母乳哺育的風險，及可能遇到的餵食困難和解決方法格外的重要。這些家庭除了常規轉介給一般的母乳支持團體，可能更需要其他以母乳哺育唇顎裂嬰兒家庭的協助，可從Wide Smiles 尋找。
2. 每個唇顎裂的嬰兒都應該當成個案評估。特別應該列入考慮的包括嬰兒唇顎裂的大小與位置、母親的期望、之前哺乳的經驗與可獲得的支持。中度證據認為唇裂的嬰兒可以產生吸吮<sup>23</sup>，而描述性的報告指出這些嬰兒通常可以哺乳成功<sup>27</sup>。中度證據認為合併唇顎裂或單純顎裂的嬰兒會有吸吮困難<sup>18,20</sup>，造成與正常嬰兒不同的無效吸吮動作<sup>19</sup>。合併唇顎裂或單純顎裂的嬰兒母乳哺育成功率低於單純唇裂的嬰兒或正常嬰兒<sup>17,27,28</sup>。
3. 如同一般的母乳哺育，知識上的支持相當重要。期望哺乳的母親應該立即轉介給泌乳顧問協助有關擺位，維持泌乳和擠乳以提供額外餵食的方法。
4. 母親應被教導如何成功的親餵母乳。如果親餵可能無法當做是唯一的餵食方法時，用其他方法餵食母乳及之後可能轉換為親餵的方法應該被討論。
5. 以其他方法餵食母乳(如用杯子、湯匙、奶瓶等) 應該被鼓勵多於餵食配方奶。在這種情形下，第一天開始就應協助母親擠奶。

6. 在哺乳方法開始實施時，觀察嬰兒是否脫水與體重是否增加很重要。如果有不足的情況，應該要給予或增加補充餵食量(請參考 ABM protocol#3)
7. 調整哺乳姿勢可能增加哺乳的效率與效果。哺乳姿勢的建議是依照較弱證據(臨床經驗或專家意見)所提出，可評估其成功率:
  - a. 唇裂的嬰兒
    - i. 抱唇裂嬰兒時，應該使唇裂的方向朝著乳房的上方<sup>29,30</sup>，舉例來說，右側唇裂的嬰兒以搖籃式抱法吃右側乳房，以及以橄欖球式抱法吃左側乳房時會較有效率；
    - ii. 母親也可以在餵食時用手指堵住裂縫<sup>7,31,32</sup>，或同時托住嬰兒的臉頰，以減少裂縫的寬度，增加乳頭附近的密合度<sup>33</sup>；
    - iii. 對雙側唇裂的嬰兒，臉朝上兩腿跨坐在母親大腿上的哺乳姿勢(face-on straddle position)比其他姿勢來得有效<sup>30</sup>。
  - b. 顎裂或合併唇顎裂的嬰兒
    - i. 姿勢應保持半直立的狀態，以減少鼻腔逆流及母乳逆流到耳咽管中<sup>30,32,34-40</sup>；
    - ii. 橄欖球式的抱法(身體靠在母親身邊，而不是放在大腿上，並且使嬰兒的肩膀比身體高)會比傳統搖籃式抱法更有效<sup>29</sup>；
    - iii. 對顎裂的嬰兒來說，將乳房組織盡量放在較多完整上顎組織的部分(上顎骨組織較完整處)也會有幫助<sup>29</sup>。這會造成較有效的擠壓，也可避免乳頭被推向裂縫處<sup>41</sup>；
    - iv. 有些專家建議在吸吮時托住嬰兒的下巴以穩定下顎<sup>32</sup>，也可同時支持乳房使乳房能保持在嬰兒口腔裏<sup>33,37,42</sup>；
    - v. 如果裂縫很大時，有些專家建議乳房應該朝下，避免乳頭被推向裂縫處<sup>29</sup>；
    - vi. 母親可能需要用手將母乳擠入嬰兒嘴裏，以彌補吸吮與擠壓的不足，並刺激噴乳反射的產生<sup>42-44</sup>。
8. 有些為了矯正骨骼的矯正器會在手術前使用，建議父母親使用這些矯正器時，要小心避免提到這些矯正器可以幫助哺餵母乳，明確證據顯示這些矯正器未能有效增加餵食的效率或效果<sup>45,46</sup>。
9. 證據指出，當唇裂修補完畢後<sup>47,48</sup>及顎裂修補完畢一天後<sup>47</sup>，可以立即開始哺餵母乳，並不會產生傷口的併發症。
10. 評估合併其他症候群的唇顎裂嬰兒是否適合母乳哺育需以個案來考慮，症候群的其他症狀可能會對母乳哺育造成影響。

### 對未來研究的建議

對照顧這些母親希望以母乳哺育自己唇顎裂嬰兒的醫護人員來說，最急迫的問題是臨床的決定缺少實證。針對唇顎裂嬰兒的餵食成功率，處理的步驟以及預

後進行設計良好及資料導向的研究是必要的。更進一步，研究者應該清楚描述他們研究的嬰兒以及介入的方法，如此研究成果才能有一致性。

## 感謝

這篇文章由美國健康及人類服務部母子健康局贊助部分經費

## 參考文獻

1. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. St Louis, MO: Mosby, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. Can Med Assoc J 1980;122:19–24.
3. McWilliams BJ, Morris HL, Shelton RL. Cleft Palate Speech. Philadelphia, PA: BC Decker, 1984.
4. Vanderas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. Cleft Palate J 1987;24:216–225.
5. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. Cleft Palate Craniofac J 1996;33:284–290.
6. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, Tolarov MM. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983–1992. Am J Med Genet 1998;79:42–47.
7. McClurg-Hitt D. The Breastfeeding Handbook: A Self-Teaching Study Guide for the Dietician. State of Missouri Department of Health and Senior Services website, nd. Available at: [http://www.dhss.state.mo.us/dnhs\\_pdfs/R\\_NPE\\_pdimodule\\_bf.pdf](http://www.dhss.state.mo.us/dnhs_pdfs/R_NPE_pdimodule_bf.pdf) (last accessed November 24, 2005).
8. Niswander JD, Barrow MV, Bingle GJ. Congenital malformations in the American Indian. Soc Biol 1975;22:203–215.
9. Cleft Lip and Palate Association of Ireland. The incidence of clefts. Cleft Lip and Palate Association of Ireland website, 2003. Available at: <http://www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts> (last accessed August 3, 2007).
10. Young G. Cleft lip and palate (UTMB Dept. of Otolaryngology Grand Rounds). University of Texas Medical Branch website, 1998. Available at: <http://www.utmb.edu/otoref/Grnds/Cleft-lippalate-9801/Cleft-lip-palate-9801.htm> (last accessed February 10, 2006).
11. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity—state of the art. Cleft Palate Craniofac J 2000;37:342–347.
12. Wolf LS, Glass RP. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management Tucson, AZ: Therapy Skill Builders, 1992.

13. Brake S , Fifer WP , Alfasi G , Fleishmann A. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev.* 1988;11:1–9.
14. Anderson GC , Vidyasagar D. Development of sucking in premature infants from 1 to 7 days post birth. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1979;15:145–171.
15. 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.
16. Reid JA. Feeding difficulties in babies with cleft lip and/or palate: An overrated problem or a neglected aspect of care? PhD , La Trobe University , 2004.
17. Reid JA , Reilly S , Kilpatrick NM. Breastmilk consumption in babies with clefts. 63rd Annual Meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association. Vancouver , Canada , 2006.
18. Reid J , Reilly S , Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312–320.
19. Maserai AG , Sell D , Habel A , Mars M , Sommerland BC , Wade A. 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.
20. Mizuno K , Ueda A , Kani K , Kawamura H. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227–1232.
21. Jain L , Sivieri E , Abbasi S , Bhutani VK. Energetics and mechanics of nutritive sucking in the preterm and term neonate. *J Pediatr* 1987;111(6 Pt 1):894–898.
22. 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.
23. Choi BH , Kleinheinz J , Joos U , Komposch G. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:167–169.
24. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41:268– 278.
25. Paradise JL , Elster BA , Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breastmilk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994;94(6 Pt 1):853–860.
26. Aniansson G , Svensson H , Becker M , Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:9–15.
27. 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.
28. da Silva Dalben G , Costa B , Gomide MR , Teixeira das Neves LT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:84–87.
29. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:634–639.
30. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines* 1998;2: 45–49.
31. Helsing E , King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J of India* 1985;76:46–47.

32. Bardach J , Morris HL. Multidisciplinary management of cleft lip and palate Philadelphia , PA: WB Saunders Company , 1990.
33. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In: Pediatric swallowing and feeding: Assessment and Management. 2nd ed. Arvedson JC , Brodsky LB , eds. Albany , NY: Singular Publishing Group , 2002 , pp. 527–561.
34. Biavati MJ , Bassichis B. Cleft palate. E-Medicine web-site , 2003. Available at: <http://www.emedicine.com/ent/topic136.htm> (last accessed August 3rd , 2007).
35. Wide Smiles. Special considerations of the bottle-fed baby with a cleft. Wide Smiles website , 1996. Available at: [www.widesmiles.org](http://www.widesmiles.org) (last accessed July 19 , 2007).
36. Glass RP , Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999;12:70–81.
37. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986;82:46–47.
38. Dixon-Wood VL. Counselling and early management of feeding and language skill development for infants and toddlers with cleft palate. In: *Communicative Disorders Relating to Cleft Lip and Palate*. 4th ed. Bzock KR , ed. Austin , TX: Pro-Ed , 1996 , pp. 465–474.
39. La Leche League International. Breast-feeding the baby with special healthcare needs: Cleft lip or palate and cystic fibrosis. *Exceptional Parent* 1999;29:52–53.
40. Balluff MA , Udin RD. Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft palate. *Ear Nose Throat J* 1986;65:50–55.
41. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In: *Cleft Palate Dentistry*. Mc-Kinstry RE , ed. Arlington , VA: ABI Professional Publications , 1998 , pp. 33–66.
42. Lehair-Yenchik J. Cleft palates. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11–12.
43. Clarren SK , Anderson B , Wolf LS. Feeding infants with cleft lip , cleft palate , or cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1987;24:244–249.
44. Willis K. The milk of human kindness. *RCSLT Bull* 2000:6–7.
45. Masarei AG. An investigation of the effects of presurgical orthopaedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate. PhD , University College , 2003.
46. Prah C , Kuijpers-Jagtman AM , van't Hof MA , Prah-Andersen B. Infant orthopedics in UCLP: Effect on feeding , weight , and length: A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42: 171–177.
47. Cohen M , Marschall MA , Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992;3:30–32.
48. Darzi MA , Chowdri NA , Bhat AN. Breastfeeding or spoon feeding after cleft lip repair: a prospective , randomised study. *Br J Plast Surg* 1996;49:24–26.
49. Young JL , O’Riordan M , Goldstein JA , Robin NH. What information do parents of newborns with cleft lip , palate , or both want to know? *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38:55–58.
50. Cleft Lip and Palate Association. Feeding babies with a cleft lip? CLAPA website , 2007. Available

at: [http://www.clapa.com/faqs.php?topic\\_id=14](http://www.clapa.com/faqs.php?topic_id=14) (last accessed August 3, 2007).

51. Kelts D, Jones E. Selected topics in therapeutic nutrition. *Curr Prob Pediatr* 1983;13:1–62.
52. Martin WL, Gornall P, Kilby MD. Cleft lip and palate. *Fetal Matern Med Rev* 1999;11:91–104.
53. Curtin G. The infant with cleft lip or palate: More than a surgical problem. *J Perinat Neonat Nurs* 1990;3:80–89.
54. Carlisle D. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1998;94:59–60.
55. Grady E. Breastfeeding the baby with a cleft of the soft palate: Success and its benefits. *Clin Pediatr (Phila)* 1977;16:978–981.
56. 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.
57. King NM, Samman N, So LLY, Cheung LK, Whitehill TL, Tideman H. The management of children born with cleft lip and palate. *Hong Kong Med J* 1996;2:153–159.
58. Trenouth MJ, Campbell AN. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *Int J Paediatr Dent* 1996;6:241–244.
59. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, Singhal VK, Moore D, Bell H. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38:519–524.
60. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent Clin North Am* 2003;47:305–317.
61. Wilton JM. Cleft palates and breastfeeding. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11.
62. Goldberg WB, Ferguson FS, Miles RJ. Successful use of a feeding obturator for an infant with a cleft palate. *Spec Care Dentist* 1988;8:86–89.
63. Nagda S, Deshpande DS, Mhatre SW. Infant palatal obturator. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1996;14:24–25.
64. Jones JE, Henderson L, Avery DR. Use of a feeding obturator for infants with severe cleft lip and palate. *Spec Care Dentist* 1982;2:116–120.
65. Hemingway L. Breastfeeding a cleft-palate baby. *Med J Aust* 1972;2:626.
66. World Health Organization. Health factors which may interfere with breast-feeding. *Bull World Health Organ* 1989;67(Suppl):41–54.
67. Chen Z, Chen J, Wu J, Zhang X. Factors involved in intelligent development of children with cleft lip and palate [Chinese]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2001;19:174–177.
68. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, Haapenen ML. 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.
69. McCartney J. Supplementing the breastfed infant with a cleft. Wide Smiles website, 1996.
70. Cleft Lip and Palate Association. How to feed babies with a cleft palate or cleft lip and palate?

- CLAPA web-site , 2007. Available at: [http://www.clapa.com/faqs.php?topic\\_id=15](http://www.clapa.com/faqs.php?topic_id=15) (last accessed August 3 , 2007).
71. Jacobs SC. Nursing care of the child with cleft lip and/or palate. *Plast Surg Nurs* 1983;3:61–65.
  72. Cohen MM , Bankier A. Syndrome delineation involving orofacial clefting. *Cleft Palate Craniofac J* 1991;28:119–120.
  73. Landis J. Pierre Robin sequence. *LEAVEN* 2001;37: 111–112.
  74. Wide Smiles. Feeding and Pierre Robin. Wide Smiles website , 1997. Available at: <http://www.widesmiles.org/cleftlinks/> (last accessed August 3 , 2007).
  75. Pierre Robin Network. Feeding. Pierre Robin Network website , 2007. Available at: <http://www.pierre-robin.org/Feeding.htm> (last accessed August 3 , 2007).
  76. Shprintzen RJ. The implications of the diagnosis of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J* 1992;29:205–209.
  77. Pandya AN , Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:471–475.
  78. Gerdes M , Solot C , Wang PP , Moss E , La Rossa D , Randall P. Cognitive and behavior profile of preschool children with chromosome 22q 11.2 deletion. *Am J Med Genet* 1999;85:127–133.

國際母乳哺育醫療學會臨床流程的效期自出版後只有五年，五年內或在證據支持上有明顯的改變，則在更短時間內會有新的研究證據支持的修訂版。

撰稿者

\*Sheena Reilly , Ph.D.

Speech Pathology Department  
Royal Children’s Hospital , Melbourne  
and Murdoch Children’s Research Institute  
Melbourne , Victoria , Australia

\*J. Reid , Ph.D.

Speech Pathology Department  
Royal Children’s Hospital , Melbourne  
and La Trobe University  
Melbourne , Victoria , Australia

\*J. Skeat , Ph.D.

Murdoch Children’s Research Institute  
Melbourne , Victoria , Australia

臨床程序制定委員會

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM,

共同主席

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM,

共同主席

Nancy G. Powers, M.D., FABM

\*主要作者

翻譯者

毛心潔 醫師

中文審稿

楊靖瑩 醫師

For reprint requests: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

## 附錄 1: 常見問與答

### 母乳哺育有唇裂、顎裂或唇顎裂嬰兒

除非特別提到，回溯的文章僅限於非症候群的唇顎裂

#### 1. 唇裂嬰兒是否可以成功哺乳?

並無明確證據提到有關唇裂嬰兒與哺乳。有中度證據 (Level II-2) 顯示唇裂嬰兒在餵食時可良好吸吮<sup>18,23</sup>。描述性的研究(Level III)提出哺乳成功率近似一般嬰兒<sup>27</sup>。專家意見(Level III)認為對唇裂嬰兒來說，親餵比瓶餵更為容易，因為乳房組織比人工奶嘴更能成功的堵塞裂縫將空隙塞滿<sup>34,49-52</sup>。專家意見認為調整擺位姿勢有助於這些嬰兒的哺乳<sup>7,29-33</sup>。

#### 2. 顎裂嬰兒是否可以成功哺乳?

並無明確證據提到有關顎裂嬰兒與哺乳。有中度證據 (Level II-2) 顯示顎裂嬰兒在瓶餵時無法吸吮<sup>18,20,23</sup>，然而只有軟顎裂的嬰兒可能可以吸吮<sup>16,18</sup>。描述性的研究指出顎裂嬰兒的哺乳成功率遠低於唇裂嬰兒<sup>27,28</sup>。微弱證據(Level III，專家意見)指出部分哺乳 (加上補充餵食)可以達成<sup>35,36,51,53,54</sup>，而裂縫的大小與位置決定哺乳是否可以成功<sup>31,40,43,55</sup>。如同唇裂嬰兒，調整擺位姿勢有助於這些嬰兒的哺乳成功率(Level III，專家意見)<sup>30,32,34-40</sup>。

#### 3. 合併唇顎裂的嬰兒是否可以成功哺乳?

並無明確證據提到有關合併唇顎裂的嬰兒與哺乳。有中度證據 (Level II-2) 顯示，以瓶餵測量時合併唇顎裂的嬰兒無法吸吮<sup>16,18,23</sup>，中度到微弱證據顯示合併

唇顎裂的嬰兒有時可以順利哺乳<sup>51,56,57</sup>。描述性的研究指出哺乳成功率從 0–40%<sup>27,28,58</sup>。專家建議調整擺位姿勢可以增加這些嬰兒的哺乳成功率(Level III)<sup>29,30,32,34–40,42–44</sup>。

#### 4. 在評估及幫助唇顎裂嬰兒哺乳時，有任何實證可參考嗎？

除了明確證據提到有關，有中度證據 (Level II-3) 顯示泌乳教育對提高唇顎裂嬰兒的哺乳效率很重要<sup>59</sup>。其他證據較微弱(Level III，專家意見)且多著重在評估的範圍與補充餵食的建議。

#### 5. 有實證顯示 palatal obturators 可幫助唇顎裂嬰兒哺乳嗎？

哺乳是否成功可能受到使用feeding plates(可將部分裂縫擋住希望使口腔盡量接近於正常的餵食狀況)<sup>46</sup>或presurgical orthopedics(手術前調整裂縫的矯正器)的影響。在這篇報告裏通稱為 obturators矯正器。有明確證據(Level I)指出obturators對母乳哺育的唇顎裂嬰兒的餵食狀況及體重增加並沒有助益<sup>45</sup>，對嬰兒瓶餵的比率也沒有改善<sup>46</sup>。中度證據(Level II-2)指出obturators在瓶餵時無法增加吸吮力<sup>23</sup>。因為obturators在餵食時，無法使軟顎與後咽壁完全密合。矛盾的證據也存在，認為使用obturators對唇顎裂嬰兒哺乳有幫助，不過證據較為薄弱(Level II-3，Level III 描述性的及個案報告，和專家意見)<sup>29,39,51,53,59–66</sup>。

#### 6. 有實證顯示母乳哺育唇顎裂嬰兒比一般嬰兒更有助益嗎？

一些中度到微弱的證據(Level II-2 and below)的確如此顯示，其中大多數為專家意見(Level III)。大家公認母乳哺育或以母乳餵食對嬰兒與母親雙方均有正面效益。考慮唇裂嬰兒時，中度到微弱的證據顯示以母乳餵食可保護唇裂嬰兒免於中耳炎<sup>25,26</sup>。這些嬰兒由於軟顎的肌肉不正常，所以比一般嬰兒容易得到中耳炎<sup>25,26</sup>。中度到微弱的證據指出母乳可促進唇顎裂嬰兒的智能發育及學校表現<sup>67,68</sup>。專家意見(Level III)認為母乳中的抗菌成份可以促進手術後的恢復<sup>21,61,69</sup>，以及比配方奶減少對黏膜的刺激<sup>70</sup>。另外，專家也指出母乳哺育可以促進口腔肌肉的發育<sup>29,61</sup>，說話能力<sup>29,37,66</sup>，母子情感連繫<sup>37,61</sup>以及術後安撫嬰兒的效果<sup>29,51</sup>。

#### 7. 有實證顯示唇顎裂嬰兒術後哺乳是安全的嗎？

唇裂修補手術通常在出生後數個月內進行<sup>9</sup>，而顎裂修補手術通常在六個月大到一歲中間施行。有數個研究提出有關這個問題的明確證據(Level I to Level II-2)。中度到明確的證據(Levels I and II-2)指出唇裂修補手術後立即開始哺育母乳是安全的<sup>47,48</sup>，而中度證據(Level II-2)指出顎裂修補手術後一天開始哺育母乳是安全的<sup>47</sup>。明確證據(Level I)指出手術後立即開始哺乳可以比用湯匙餵食更有效的增加體重及減少住院支出<sup>48</sup>。也有矛盾的證據存在，不過證據較為薄弱(Level III，expert opinion)且通常是建議<sup>32–34,39,69,71</sup>。

#### 8. 有實證顯示合併症候群的唇顎裂嬰兒可以哺乳嗎？

超過 340 種的症候群可能合併唇顎裂的出現<sup>72</sup>。這已經超出這篇準則所能回溯的範圍，也無法針對細節一一做建議。然而，有一些重要的資料可以幫忙母親哺餵母乳。中度到微弱的證據顯示，除唇顎裂外的顏面其它畸形(如肌肉低張、小下巴、大舌頭)也會影響餵食成功率<sup>73-78</sup>。在評估及建議治療方法時，一併參考這些因素是很重要的。

### 方法

將相關文獻做系統性回顧，並以美國預防工作小組\* 的架構篩選並分級所有的實證，分級標準如下：

- I- **極可靠證據**，從隨機有控制組試驗中獲得，或從系統性回顧 RCT。
- II-1- **中強可靠證據**，例如，從妥善設計、有控制組試驗獲得，但沒有隨機抽樣。
- II-2- **中等可靠證據**，從世代研究或病例對照研究中獲得。
- II-3- **中弱可靠證據**，例如，從多次系列設計。
- III- **薄弱證據**，根據意見、門診經驗、描述性研究、個案報告等。

\* 美國預防工作小組分級標準：Strength of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services， Third Edition: Periodic Updates， 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality， Rockville， MD.  
<http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/rating.htm>.