

母乳哺育醫療學會臨床程序

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。

母乳哺育醫療學會臨床程序7:

母乳哺育政策範本

母乳哺育政策

機構名稱及單位

政策#：

公告日期：

審查/修正日期：

目的

為了促進母嬰照護理念中有關倡導母乳哺餵及支持母嬰關係建立的正常生理功能，以協助家庭在開始時選擇哺餵母乳，並且有一個成功及滿意的哺乳經驗。

本政策乃參考美國婦女健康部人類及健康服務處¹、美國小兒科醫學會²、婦產科醫學會³、家庭醫師學會⁴、世界衛生組織⁵、美國飲食學會⁶、母乳哺育醫學會⁷、以及聯合國兒童基金會/世界衛生組織具實證基礎的「成功母乳哺育十大措施」^{5,8,9}等近期所公布的母乳哺育政策聲明。

政策聲明

1. “(機構名稱)”的工作人員會積極地支持母乳哺餵為提供給嬰兒營養的最佳方法。本院並建立一個跨專業、切合文化的團隊，包括：行政人員、醫護人員、母乳哺育諮詢員與專家、營養師、父母及其他相關人員，共同確認與極力消除機構中妨礙母乳哺育的相關措施。這個委員會每年收集及評值有關支持母乳哺育服務的相關資料，並建構行動計畫來推動必要的改變。
2. 有一書面的哺乳政策並與所有的工作人員溝通。“(機構名稱)”哺乳政策會定期(兩年一次)以目前的實證研究基礎作為檢核與更新的依據。
3. 提供所有的懷孕婦女及她們的支持者有關哺乳的資訊，諮詢有關哺乳的好處、哺乳的禁忌及配方奶的危險性。
4. 病歷上記載婦女哺乳的意願。
5. 鼓勵媽媽完全哺餵母乳，除非她有醫療上的禁忌；嬰兒的病歷記載餵食方式。

- 完全哺餵母乳乃指母乳為唯一的營養。完全哺餵母乳的嬰兒不接受母乳以外的任何液體或固體食物。
6. 如果母嬰情況皆穩定，新生兒在出生後或立即會與媽媽進行肌膚接觸。肌膚接觸乃指將全裸的嬰兒放置在媽媽裸露的胸上，讓母親與嬰兒有機會在出生一個小時內有機會開始哺餵母乳。剖腹產的寶寶則鼓勵儘早哺餵母乳；出生後一個小時內應延遲給予維生素K及預防新生兒眼炎的抗生素，以允許母嬰接觸及哺乳不受干擾¹⁰。
 7. 住院期間應鼓勵母嬰在一起，包括夜間（親子同室），鼓勵經常肌膚接觸。
 8. 每一班別及每個工作人員與媽媽接觸時，皆應評估、教導及紀錄母乳哺餵情形。每次餵食後，工作人員應在嬰兒的病歷上記載餵食的資料，包括：含乳、姿勢、所面臨的問題。若非工作人員直接觀察，則應記錄媽媽的主訴。每一班別應在餵食時觀察一次寶寶的姿勢、含乳並記錄。
 9. 鼓勵媽媽運用哺乳的相關資源，包括：課程、書面資料、影片。有問題時，醫護人員可將個案轉介給泌乳顧問或專家。
 10. 應教導哺乳的媽媽有關：
 - 適當的姿勢與含乳
 - 有效的吸吮與吞嚥
 - 乳汁的製造與排出
 - 餵食的次數/餵食暗示
 - 擠乳，需要時教導使用擠奶器
 - 如何評估寶寶是否獲得適當的營養
 - 需要洽詢醫師的情況初產婦及經產婦都應教導上述這些技巧，並在出院返家前複習。
 11. 教導父母有關哺餵母乳的寶寶（包括剖腹產寶寶）應該每天至少餵 8-12 次；以寶寶餵食的暗示（如較警醒、活動力增加、嘴張開、尋乳）做為寶寶準備要進食的指引；哺餵母乳的寶寶夜間也要餵食。
 12. 不需要對每邊乳房的餵食時間設限。嬰兒每次餵食時可以提供兩邊的乳房，但在剛出生後的幾天，他可能每次的餵食僅吃一邊乳房。
 13. 不補充水、葡萄糖水、或配方奶，除非是醫師、專科護理師或是記載媽媽告知有需求。在非醫療情況下給予添加物之前，必須告知媽媽添加物的危害。盡可能用杯子餵食添加物，對足月寶寶每次添加不應超過 10-15mL¹¹⁻¹³，也可以使用替代的餵食方法（例如空針或湯匙），然而這些方法對於持續的哺乳並無效益。哺乳寶寶的嬰兒床上不可放置奶瓶。
 14. 本機構不提供調配配方奶法的團體衛教。在衛教諮詢後，若父母仍然選擇採配方奶餵食他們的寶寶，則會給予個別的指導。
 15. 不提供安撫奶嘴給哺餵母乳的正常足月寶寶。“（機構名稱）”的安撫奶嘴指引乃是針對新生兒加護病房或特殊照護單位的早產兒，或是特殊醫療情況的嬰兒有非營養性吸吮需求時可提供安撫奶嘴。新生兒在進行具疼痛性的治

16. 足月且體重適於妊娠週數的健康嬰兒不需要常規地監測血糖，但會持續地評估低血糖和脫水之臨床症狀。
17. 不給予任何的產後婦女退奶藥物。
18. 除非有皮膚的問題需要執行治療，否則應避免常規地施予乳頭乳膏、藥膏或其他局部調劑。媽媽有乳頭酸痛問題時應觀察含乳技巧，並教導在每次餵奶後擠一些初乳或乳汁塗在乳暈上。
19. 不應常規地使用乳頭罩或是假乳套於乳頭來治療含乳問題、預防或處理乳頭酸痛/乳頭皸裂、乳頭平/凹陷。在諮詢泌乳顧問後方可使用乳頭罩。
20. 出生 24 小時後，如果寶寶仍無法含乳或是無法有效吸吮，應教導媽媽乳房按摩並在餵奶時用手將初乳擠至寶寶的口中。鼓勵肌膚接觸（教導父母密切觀察寶寶的餵食暗示，當觀察到寶寶想吃奶時應該吵醒寶寶並給予餵食）。如果寶寶持續地餵食不佳，應該開始教導手擠奶技巧或是用雙邊電動擠奶器擠奶，並維持一天至少 8 次或是至少每三小時擠奶一次，擠出來的初乳或媽媽的奶水應採替代方式餵食。要提醒媽媽他在開始幾次的擠奶可能不會有太多的奶水（甚至是沒有奶水）。在奶水建立之前，媽媽、護理人員及醫師應共同一起討論決定有關寶寶的添加物需求，且醫師要每天諮詢有關添加物的種類及量。應該避免使用安撫奶嘴。個案如果有餵食方面的問題，應該諮詢泌乳顧問或專家。
21. 在返家前如果寶寶還是含乳不佳或是餵得不好，除了常規的哺乳教導外，應該要再討論有關「餵食/擠奶/添加物計畫」，在出院後的 24 小時內應該安排探訪或聯繫。端賴臨床上的需要，必要時可延後出院以提供更進一步的哺乳介入措施、支持及教育。
22. 產後幾天內，應追蹤所有的寶寶，探訪時應有一位兒科醫師或是其他合格的健康照護專家完整地評估哺乳技能、檢查體重、黃疸及排泄：
 - 出生後兩天內就出院的寶寶（少於 48 小時）：出生 2-4 天追蹤
 - 出生後兩天以上出院的寶寶（大於 48 小時）：出生 4-5 天追蹤
 - 所有的新生兒應該在產後一個月追蹤
23. 與生病寶寶或早產兒分離的媽媽，應該：
 - a. 教導用手擠奶技巧或是用雙邊電動擠奶器擠奶—內容包括每天至少擠奶 8 次或是至少每三小時擠 15 分鐘（或直到乳汁不再流出，兩者取其大），及不可於夜間停止擠奶的重要性。
 - b. 當嬰兒情況許可時應鼓勵盡早依需求哺乳。
 - c. 教導乳汁適當的儲存方法及貼標籤。
 - d. 出院前應學會用手擠奶技巧或是用雙邊電動擠奶器擠奶。

24. 在離開醫院前¹⁵，哺乳的媽媽應該會：
- 正確的哺乳姿勢，且於餵奶時不覺疼痛。
 - 寶寶的含乳正確
 - 說出寶寶正在吞嚥乳汁
 - 陳述寶寶每 24 小時應餵食 8-12 次直到飽足。
 - 陳述適合寶寶年齡的排泄型態（出生後第四天起，每天至少有 6 次小便及 3-4 次的大便）
 - 列出需要尋求醫師協助的情況。
 - 示範用手擠奶技巧。
25. 在回家前，應該告知媽媽社區中的哺乳資源的名稱及聯絡電話，包括（支持團體或由“（機構名稱）”所建議的資源）。
26. “（機構名稱）”不接受免費提供的配方奶或是母乳代用品。嬰兒室或是新生兒加護病房提供給媽媽的出院背包中不可含有嬰兒配方奶、配方奶折價券、配方奶公司圖像，或配方奶公司的任何印刷品。
27. “（機構名稱）”的健康專業人員應參加哺乳處理及促進哺乳的系列教育課程，以確保想要餵奶的媽媽得到正確、現行的及一致的資訊。

應用範圍：所有餵奶的個案。

例外情況

以下的情況禁止哺餵母乳：

- 發展中國家（如美國、歐洲）HIV 為陽性的媽媽
- 媽媽使用違禁藥物（例如：古柯鹼、海洛因），除非是特別經過個案的健康照護提供者許可。
- 媽媽使用一些特定的藥物。雖然大部分有處方簽的藥品及不需處方簽的藥物對於哺乳寶寶是安全的，但有些藥物可能會干擾哺乳，包括：放射性同位素、抗代謝藥、癌症化學治療及少量的其他藥物。“（機構名稱）”所使用的參考書為 Thomas Hale 所著的 “Medications and Mother’s Milk”¹⁶、R. A. Lawrence 及 R. M. Lawrence 所著的 “Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession”¹⁷ 及美國小兒科醫學會對「藥物傳輸至母乳」的聲明¹⁸。
- 媽媽罹患活動性未治療的肺結核
- 寶寶罹患半乳糖血症
- 媽媽的乳房部位罹患皰疹性損傷—沒有感染的那側乳房仍可餵奶（有問題的可諮詢感染性疾病服務中心）
- 媽媽罹患具傳染性的水痘
- 媽媽罹患 HTLV1（人類第一型 T 細胞病毒白血病）

專責人員

護理師、護士、泌乳顧問、專科護理師、醫師、助產人員

表件

- 新生兒流程單
- 產婦流程單

其他相關政策

政策 # :

其他參考文獻/資源^{17, 19-22}

作者 :

發表單位

參考文獻

1. U.S. Department of Health and Human Services: HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. 1 – 31. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women’s Health, 2000.
2. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 100:1035 – 1039, 1997.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists and Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice, Queenan, JT (ed): Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Washington, DC, The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Educational Bulletin, 2000, 1 – 15.
4. The American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding: Breastfeeding Position Paper 2002. The American Academy of Family Physicians. Compendium of AAFP positions on selected health issues at <http://www.aafp.org/policy/x1641.xml>. Kansas City, MO, The American Academy of Family Physicians, 2002.
5. World Health Organization, United Nations Children’s Fund: Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). Int J Gynecol Obstet31:171 – 183, 1990.
6. Position of the American Dietetic Association: Breaking the barriers to breastfeeding. J Am Diet Assoc101:1213 – 1220, 2001.
7. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. ABM Mission Statement. www.bfmed.org. 2003.
8. WHO/UNICEF Joint Statement. Meeting on Infant and Young Child Feeding. J Nurse-Midwifery25:31 – 38, 1980.
9. World Health Organization and United Nations Children’s Fund: Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. New York UNICEF, 1990.
10. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Cordes R, Howard CR: Clinical Protocol #3:Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Newborn. www.bfmed.org. Academy of Breastfeeding Medicine, 2002.

11. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al: Randomized clinical trial of pacifier use and bottlefeeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 111:511 – 518, 2003.
12. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al: Physiologic stability of newborns during cup- and bottlefeeding. *Pediatrics*104:1 – 7, 1999.
13. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL: A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 21:350 – 355, 2001.
14. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Eidelman AI, Howard CR, Schanler RJ, Wight NE: Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. *ABM News and Views* 5:insert, 1999.
15. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Gartner L, Howard C R: Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Infant and Mother, “The Going Home Protocol.” www.bfmed.org. Academy of Breastfeeding Medicine, 2002.
16. Hale TW: Medications and Mother’s Milk, 10th ed. Amarillo, TX, Pharmasoft Medical Publishing, 2002.
17. Lawrence RA, Lawrence RM: Breastfeeding: A guide for the medical profession, 5th ed. St. Louis, Mosby, 1999.
18. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics: The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*108:776 – 789, 2001.
19. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Chantry C, Howard CR, McCoy RC: Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term. www.bfmed.org. Academy of Breastfeeding Medicine, 2002.
20. Riordan JM, Auerbach KG: Breastfeeding and Human Lactation. Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1993.
21. American Academy of Pediatrics. Redbook: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases, 26th ed. Elk Grove, Ill, American Academy of Pediatrics, 2003.
22. Merewood A, Philipp BL: Breastfeeding: Conditions and Diseases. Amarillo, TX, Pharmasoft Publishers, 2001.

成功哺餵母乳的十大措施

- 一、有一書面的哺餵母乳政策並定期與健康照護工作人員溝通。
- 二、訓練健康照護工作人員執行此政策所需的技巧。
- 三、提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導。
- 四、幫助母親產後一小時內開始哺餵母乳。
- 五、提供母親哺餵母乳及維持奶水的分泌的衛教，即使媽媽與她的寶寶分離。
- 六、非有醫療上的需要，不得提供母乳之外的食物或飲料給嬰兒。
*所有的嬰兒配方奶及餵食添加物醫院皆應付市場所需的價錢，不可接受免費或折價之配方奶及添加物。
- 七、實施 24 小時母嬰同室。

- 八、鼓勵依嬰兒的需求哺餵母乳。
- 九、不得提供奶瓶或安撫奶嘴給哺餵母乳的嬰兒。
- 十、鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，在媽媽離開醫療院所時轉介給支持團體。

版權所有© 2003 The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc.

通過日期 2/20/04

臨床程序制定委員會

Caroline J. Chantry, MD, FABM

Cynthia R. Howard, MD, MPH, FABM

*Barbara L. Philipp MD, IBCLC, FABM

這篇指引由美國健康及人類服務部母子健康局贊助部分經費

*主要作者

翻譯者

高美玲 教授

國立台北護理學院