

母乳哺育醫療學會臨床程序

母乳哺育醫療學會臨床程序 #5：健康足月母嬰週產期時哺乳的建議

2008年6月修定

母乳哺育醫療學會臨床程序委員會

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

醫院的政策及例行作業流程對哺乳育成功與否影響很大。¹⁻⁶愛嬰醫院行動曾提出成功哺乳十個步驟，而最近的研究再次證明“愛嬰醫院計劃可有效提高美國醫院的開始哺乳的比率。¹

週產期在醫院的經驗中，應包含充份的支持、衛教及關懷，以確保哺乳成功開始。這些措施是產前衛教與照護延伸的一部份，目的是促進哺乳成為嬰兒餵哺的最適當方法，衛教內容還包括哺乳對母嬰的好處。建議將下列原則及方法納入醫院的週產期照護內。

產前

1. 所有孕婦都應該接受有關哺乳方法與好處的衛教，讓母親可以在知情同意的情况下決定嬰兒的餵食方法。⁴⁻⁶一個分析改善哺乳時間或開始哺乳方法的實證報告發現“有充份證據支持建議提供完整的產前衛教...”。⁷美國婦產科醫學會的政策亦支持在懷孕初期由專業醫療人員提供資訊與建議。條文內容是婦產科醫師的建議及鼓勵是母親決定哺乳與否的關鍵⁵。
2. 產前教育應包括產程各階段、不使用藥物的止痛、生產時使用藥物的可能副作用、及在產後一個小時內，開始完全哺乳對母嬰的好處等資訊。⁴配方奶製造商提供的衛教資料並不適合用在嬰兒餵食的衛教。⁸
3. 母親關懷照護包括評估任何會影響母親哺乳能力的醫療或身體情況。在產前得到兒科醫師、或泌乳顧問或專家的諮詢及擬定一份在生產時使用的計劃對有些個案可能有用。⁵分娩前參加小組討論或轉介至民眾支持團體（例如母乳聯盟，La Leche League），對婦女會有幫助。⁶有足夠的證據指出團體諮詢可以促進開始與持續哺乳。⁸

待產和生產

1. 在待產與生產時，有人（例如陪產員）可以一直作伴，對婦女有幫助。有陪產員的作伴，可以增強母親開始哺乳及延長哺乳的時間。有很多風險因素可能導致提早放棄哺乳，包括平均產程的長短、剖腹手術的需要、及使用硬脊膜外麻醉與其他藥物作為減痛方法，這些因素都會因為有陪產員者而減少。⁹⁻¹²
2. 生產中止痛可能會影響哺乳，所以請謹慎考慮止痛的需求、以及給藥的方式及藥量。^{5,13,14}生產程中使用高劑量的fentanyl（麻醉藥），會阻撓哺乳。¹⁴

產後即時

1. 健康新生兒可直接交給母親進行肌膚接觸至完成第一次哺乳。可能要擦乾嬰兒，並評估Apgar分數，而初步的身體評估可在母親抱着嬰兒時進行。肌膚接觸給予嬰兒最理想的生理穩定、保溫、以及第一次餵食的機會。^{6,15-17}徹底執行早期肌膚接觸可增延長哺乳的期間。¹⁷延後（可延後一小時）量體重、身高頭圍、注射維他命K及擦眼藥膏等措施能加強早期的親子互動。當母子都沒有問題時，嬰兒出生後應立即（出生1小時內）放到母親的乳房上。¹⁸可這種措施可以在產房或恢復室開始，而且應該教會每位母親正確的哺乳技巧^{4,6,19,20}。
2. 24小時為基礎的母嬰同室，可加強親子依付關係及適當的開始哺母的機會。不管任何時間，住院期間母嬰都盡可能在一起。^{6,20}為了避免不必要的分離，產後嬰兒的及後續檢查最好在母親房間內進行。證據顯示，不管是親子同室或晚上將嬰兒送回嬰兒室，媽媽的睡眠時間及品質都一樣。^{21,22}
3. 衛教父母有關24小時親子同室的好處，可以鼓勵父母將親子同室視為醫院照護親子的標準模式。執行親子同室時，要有足夠的人力去評估嬰兒及確定嬰兒與餵食的狀況。^{4,6,23-25}
4. 媽媽需要幫忙以確定她們抱寶寶和嬰兒含乳的姿勢是正確的。而剖腹產的母親，需要護理人員提供更多的協助去找出舒適的哺乳姿勢。訓練有素的觀察者，產後到母嬰出院前，應該最少要每8至12小時評估與確定哺乳是否有效。⁶母嬰的週產期照護需要強調及確定抱嬰兒的姿勢、含乳的方式、母乳的吸食量、每日體重、黃疸、以及母親所有會影響母親哺乳的問題，例如乳頭疼痛或自覺母乳量不足。為了有效哺乳及找到最好的方法，要仔細評估正式住院哺乳指導計劃。²⁶哺乳成功的嬰兒，24小時內可以哺乳8至12次以上，或24小時內至少8次。不用限制哺乳次數，因為這樣做可能會影響母奶量。當嬰兒喝飽後，常會睡着或自動放開乳房。
5. 除非有醫療上的需要，哺乳的嬰兒不用再添加其他食物。^{6,27,28}添加物會防阻母乳量的增加及對哺乳有害（例如延遲母乳的製做、脹奶）。添加物可能會改變嬰兒腸道的正常菌落，使嬰兒對過敏原（視餵食的種類與方法，會有不同的過敏原）產生過敏反應產生致敏化；以及干擾母嬰依附關係，甚至影響

嬰兒體重的增加。^{27,29}如果嬰兒沒有脫水，不用定時給嬰兒添加水或葡萄糖水，因為反而會造成高膽紅素血症。²⁸在給予任何添加物之前，務必仔細評估母子兩人，包括當場觀察哺乳。³⁰

6. 新生兒期應避免使用奶嘴。研究指出”新生兒期使用安撫奶嘴會危害完全與整體哺乳。這些發現支持新生兒期不要給予哺乳嬰兒安撫奶嘴的建議。³¹
7. 一般來說，如果能有效控制與治療急性傳染病、不明原因的發燒及母親常見的產後感染，並不需要停止哺乳。若媽媽感染愛滋病且居住在已開展國家、或未治療的活動性肺結核、或乳房上的單純疱疹，都不適合哺乳。^{32,33}週產期的水痘有可能需要開分母嬰並禁止哺乳。列出全部哺乳的禁忌已超過本草案的範圍，但包括有關藥物與放射性物質使用的資料彼彼皆是。³³⁻³⁵

問題與併發症

1. 早期發現問題並提供協助，對有哺乳問題風險的母嬰最有幫忙。與哺乳專家進行諮詢，對下列問題可能有幫助。
 - a. 母親的需要／焦慮
 - b. 以前哺乳的負面經驗
 - c. 母親的乳頭扁平或凹陷
 - d. 母親曾動過乳房手術
 - e. 多胞胎（雙胞、三胞、或更多胞的妊娠）
 - f. 早產兒（懷孕年齡少於 37 週）
 - g. 嬰兒有先天異常、神經系統損傷，或其他會影響嬰兒哺乳能力醫學問題
 - h. 母親或嬰兒的病情，必須暫時延後哺乳或需要擠奶特殊狀況
 - i. 在開始哺乳幾次後，即確定哺乳很難成功（例如含不好，嗜睡的寶寶）
 - j. 高黃疸血症
2. 提早（不滿 48 小時）出院的母嬰，意味着要及早找出影響功成哺乳的風險，因此更有善加利用住院期間。³⁶所有哺乳的嬰兒在出院後 48 至 72 小時內，都要經醫護人員評估健康狀況及哺乳已經成功。^{6,36,37}
3. 如果新生兒需要轉到中重度或加護病房，必需採取保障母親持續泌乳的措施。可能的話，最理想的狀況是將母親也送至上述病房繼續哺乳。如果不能哺乳，應安排新生兒持續餵食母乳。母嬰分開時，要教會母親如何透過擠奶器或手擠奶維持泌乳。^{4,6}有證據指出電動擠奶器可以擠出較多奶水。如果有電動擠奶器時，可考慮使用。
4. 如果在出院時，嬰兒並不是持續哺乳，要教會母親如何透過擠奶器或手擠奶維持泌乳，而且在出院前母親要熟練擠奶的方法。一定要說明嬰兒可能需要添加餵食的情況，重點在選擇那種添加物及餵食方法。任何一滴擠出的母乳都不能浪費，只有在母乳不足的時候才能提供其他添加物。需要餵食多次添

加物時，杯餵也許能延長餵食母乳的期間。³¹為提供持續的協助和支持，需要將母嬰轉介給有能力的泌乳專家。

感謝

美國健康及人類服務部母子健康局贊助部份經費。

參考文獻

1. Philipp BL, Merewood A. The Baby-Friendly way: The best breastfeeding start. *Pediatr Clin North Am* 2004;51:761–783.
2. World Health Organization. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*, revised ed. WHO/CHD/98.9. World Health Organization, Geneva, 1998.
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA* 2001;285: 4–15.
4. 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 Obstet* 1990;31(Suppl 1):171–183.
5. American College of Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Special Report from ACOG. Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *ACOG Clin Rev* 2007;12(Suppl):1S–16S.
6. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115:496–506.
7. Palda VA. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004;170:976–978.
8. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians’ office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
9. Sosa R, Kennell J, Klaus M, et al. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980;303:597–600.
10. Klaus MH, Kennell JH. The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr* 1997;86:1034–1036.
11. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, et al. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996;88:739–744.
12. Kennell J, Klaus M, McGrath S, et al. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA* 1991;265:2197–2201.
13. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
14. Jordan S, Emery S, Bradshaw C, et al. The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *BJOG* 2005;112:927–934.
15. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in

- healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81: 488–493.
16. Varendi H, Christensson K, Porter RH, et al. Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants. *Early Hum Dev* 1998;51:47–55.
 17. Mikiel-Kostyra K, J Mazur, I Bo, truszko, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.
 18. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
 19. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–189.
 20. University of California at San Diego, Wellstart International. Model hospital breastfeeding policies for full-term normal newborn infants. In: *Lactation Management Curriculum: A Faculty Guide for Schools of Medicine, Nursing, and Nutrition* (Woodward-Lopez G, Creer AE, eds.). Wellstart International, San Diego, CA, 1-1 to 11-51, 1994.
 21. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
 22. Waldenstrom U, Swenson A: Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
 23. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: An analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
 24. Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: Crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol* 1994;18:517–524.
 25. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23:154–160.
 26. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001;28:236–242.
 27. Bystrova K, Matthiesen AS, Widström AM, et al. The effect of Russian Maternity Home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
 28. 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.
 29. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
 30. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical protocol #3: Hospital

- guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed newborn. Academy of Breastfeeding Medicine, 2002. www.bfmed.org (accessed May 9, 2008).
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. Lawrence RA. *Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States*. National Center for Education in Maternal and Child Health, Arlington, VA, 1997.
 33. Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005.
 34. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776–789.
 35. Naylor A, Wester R: Providing professional lactation management consultation. *Clin Perinatol* 1987;14:33–38.
 36. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical protocol #2: Guidelines for the hospital discharge of the newborn infant and mother, “The Going Home Protocol.” *Breastfeeding Med* 2007;2:158–165. www.bfmed.org (accessed May 9, 2008).
 37. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS. 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:e139–e146.
 38. Slusher T, Slusher IL, Biomdo M, et al. Electric breast pump use increases maternal milk volume in African nurseries. *J Trop Pediatr* 2007;53:125–130.

母乳哺育醫療學會臨床程序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

**Rosha Champion McCoy, M.D., FABM*

臨床程序制定委員會

Caroline J. Chantry, M.D., FABM,

共同主席

**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

For reprint requests: abm@bfmed.org

翻譯者：宋玉英 醫師/小天使聯合診所

校閱：蘇秦明 醫師