

ABM 臨床程序#26：哺乳時的持續性疼痛

Pamela Berens, Anne Eglash, Michele Malloy, Alison M. Steube及母乳哺育醫療學會

翻譯：林姪慧

校稿：楊靖瑩

母乳哺育醫療學會的主要目標是發展臨床常規，用來處理可能會影響成功母乳哺育的常見醫療問題。這些常規只用來作為照顧授乳母親與嬰兒的指引，而不應視為惟一的治療方法或是當成醫療照護的標準。治療的方式可以因病人個別的需求而有差異。

目的

針對哺乳媽媽的持續性乳頭及乳房疼痛提供診斷，評估及處理的實證指引。

定義

在哺育母乳的婦女中，要區分病理性的疼痛還是頭幾個星期的哺乳時常見的不舒服並不容易。此篇文章中，我們將持續性的疼痛定義為和母乳哺育相關且已超過二星期的疼痛。我們並不著墨在急性或者是復發性的乳腺炎，因為已涵蓋在2014年3月修訂的母乳哺育醫療學會臨床程序#14 乳腺炎中。¹

背景

哺乳引起的疼痛和不舒服在生產後的最初幾個星期相當常見。²(II-2)(根據美國預防工作小組的指引³，每一項建議的證據品質在括弧內[I、II-2和III])因為這是早期停止哺乳的常見原因，⁴有此問題的哺乳母嬰應該給哺乳專家評估。渡過這段時間之後，疼痛的報告通常即慢慢減少。但約五分之一的婦女在產後二個月仍有持續性的疼痛。⁵

雖然早期含乳相關的不適可視為生理性的，但疼痛厲害到提早離乳則否。在一份1323位產後一個月即停止母乳哺餵的婦女的研究顯示，29.3%的婦女指出疼痛，36.8%的婦女確認乳頭酸痛、皸裂、流血是停餵的重要原因。⁶其他多位研究者也發現母乳哺育相關的疼痛和產後憂鬱有關。^{7,8}(II-2,III)

這些研究顯示與哺乳相關的疼痛和明顯的心理壓力有關連，因此，有疼痛的母親應做情緒症狀的評估，並密切追蹤是否有緩解，需要時給予治療。及時查明和適當處置母乳哺育相關的持續性疼痛對於婦女達成嬰兒餵食目標有著關鍵的作用。

雖然文獻上對於持續性乳頭和乳房疼痛的研究有限，且需要鑑別的診斷很廣泛，但一些病因及處置策略已漸漸浮現，多數基於專家意見。母乳哺育的關係具有高度個人化的特質，加上泌乳乳房的複雜性，包括解剖構造，生理，微生物動態，在在都挑戰著臨床工作者。

疾病史和檢查

評估持續性疼痛要從對母親及

嬰兒詳細的病史詢問及理學檢查開始，特別要注意以下各點：

- 母乳哺育史
 - * 過去母乳哺育經驗／問題／疼痛
 - * 懷孕前乳頭／乳房敏感度
 - * 乳汁的產量供應（持續的乳房腫脹，乳汁量多 vs 乳汁量少）
 - * 母乳哺育型態（頻率，持續時間，一側或兩側）
 - * 擠乳頻率，手擠和／或何種擠乳器
 - * 母親對母乳哺育的態度和目標
- 疼痛病史
 - * 產後何時開始
 - * 早期乳頭受傷（破皮，皸裂，流血）
 - * 疼痛背景（含乳時，哺餵母乳時，二次哺乳中間，擠乳時）
 - * 位置（乳頭和／或乳房，深 vs 淺）
 - * 持續期間（特定時間，斷斷續續，固定）
 - * 特性（灼熱，搔癢，尖銳，突發性劇痛，隱隱作痛，酸痛）
 - * 評定量表評估疼痛程度，例如 0—10
 - * 伴隨的病徵和症狀（皮膚變化，乳頭顏色變化，餵食後的乳頭形狀外觀，發燒）
 - * 加劇／改善因素（冷，熱，輕觸，深壓）
 - * 迄今為止的治療（止痛藥，包括 NSAID 和／或麻醉藥品）

抗生素，抗黴菌藥，類固醇，草藥，潤滑劑，其他

- 母親疾病史
 - * 懷孕，分娩，生產時有無併發症（醫療狀況，手術）
 - * 身體的疾病狀況（雷諾氏症候群，對冷敏感，偏頭痛，皮膚炎，濕疹，慢性疼痛，念珠菌感染，舌繫帶過緊的家族史）
 - * 乳房手術的病史與原因
 - * 使用的藥物
 - * 過敏史
 - * 憂鬱，焦慮
 - * 乳房或乳頭曾有單純性疱疹或帶狀疱疹病灶
 - * 最近有無乳房感染
- 嬰兒疾病史
 - * 產傷或檢查異常
 - * 嬰兒目前的年齡及出生時的妊娠週數
 - * 出生體重，體重增加及健康狀況
 - * 在乳房上的行為（拉扯，動來動去，咬，咳嗽，呼吸急促，嗜睡）
 - * 煩躁不安
 - * 腸胃問題（逆流的症狀，血便，黏液便）
 - * 身體醫療狀況／併發症狀
 - * 之前有舌繫帶過緊的診斷或接受舌繫帶切開手術
 - * 使用的藥物

檢查應包括以下各項：

- 母親
 - * 一般外觀（蒼白（貧血），疲憊）

- * 乳頭評估（皮膚完整度，敏感度，膿狀分泌物，有無皮疹，顏色，病灶）
- * 乳房檢查（腫塊，對輕／重的按壓是否疼痛）
- * 乳房，乳暈，乳頭對輕或劇烈碰觸的敏感度
- * 觀察手擠奶（評估過程中疼痛程度）
- * 評估母親心理狀況，使用有信效度的工具，如 Edinburgh 產後憂鬱量表
- 嬰兒
 - * 頭部，臉部特徵是否對稱（包括下巴角度，眼睛/耳朵位置）
 - * 口腔構造（有無舌下繫帶，鵝口瘡，上顎異常，黏膜下顎裂）
 - * 呼吸道（有無鼻塞）
 - * 頭頸部活動範圍
 - * 嬰兒的肌肉張力
 - * 其他的嬰兒行為，有無潛在性神經性疾病的線索，如眼球震顫

直接觀察一次完整的哺乳，並評估以下各項：

- 母親姿勢
- 嬰兒在乳房上的姿勢和行為
- 含乳（嘴巴張大，嘴唇外翻）
- 吸吮動態－餵食模式，營養性或非營養性吸吮，睡覺
- 餵食完後的乳頭形狀及顏色。

如果母親是擠出乳汁餵食，應觀察一次完整的擠奶，並評估以下各項：

- 手擠奶技巧

- 乳房和杯罩邊緣密合度
- 擠奶器動態，包括吸力及母親使用循環頻率
- 因擠奶器而受傷的跡象

實驗室檢查，例如乳汁和乳頭細菌培養（表二）可以根據以下各項病史及檢查的發現來決定：

- 急性乳腺炎或乳腺炎經過抗生素治療仍未緩解
- 持續乳頭皸裂或傷口引流。
- 紅斑或皮疹顯示有病毒或黴菌感染。
- 乳房的疼痛與檢查的結果不成比例（檢查看起來正常，但乳頭乳房非常疼痛）。

鑑別診斷

會造成乳房乳頭持續疼痛的潛在原因很多，可以同時或依序發生，包括以下各項：

- 乳頭受傷
- 皮膚疾病
- 感染
- 血管收縮／雷諾氏政候群
- 感覺超敏／功能性疼痛

表一列出以下所敘述的各種不同診斷的症狀與處置。

乳頭受傷

上皮細胞受損增加了發展為感染及疼痛的危險，母乳哺餵或擠奶器擠奶可能引起乳頭皮膚的發炎反應而導致紅斑，水腫，皸裂，水泡。

1. 不正常的含乳／吸吮動態

- **姿勢不良：**
通常被認為是引起乳頭酸痛最常見的原因，嬰兒在母乳哺育時姿勢不良可導致較淺的含乳和乳頭在上顎與舌頭之間受到不正常的擠壓。⁹⁻¹¹（Ⅱ-2,Ⅲ,Ⅲ）

- **混亂不規律或功能不佳的含乳／吸吮：**

嬰兒室是否能正確含乳和哺乳的能力取決於是否早產，口腔及下頷構造，肌肉張力，神經系統成熟度、逆流，或嬰兒有無先天異常，還有母親的因素例如乳汁流量，乳房／乳頭大小，乳房腫脹。早產的嬰兒口腔張力較低，逆流/嗆奶、和先天異常的嬰兒都有不規律吸吮型態的風險。¹²（Ⅲ）評估嬰兒在協調性的吸吮及吞嚥方面是否有困難是需要的。

- **舌繫帶過緊：**

0.02—10.7%的新生兒被發現有此問題，因為舌下繫帶過短或過厚而使舌頭活動受限（吐舌）無法超過下牙齦，¹³舌頭的運動不良可能導致嬰兒無法將乳頭含深一點，常與母親的乳頭疼痛有關。^{14,15}（Ⅱ-3,Ⅰ）

其他因素如乳房腫脹，乳汁流量，乳頭的大小與彈性，嬰兒的上顎形狀與高度也都會影響舌繫帶過緊對母親乳頭的衝擊。並非所有舌繫帶過緊的嬰兒對哺乳母嬰都會造成問題。

- **嬰兒咬乳房或在乳房上下顎緊閉：**

嬰兒在哺乳時咬乳房或下

顎緊閉可能造成乳頭受傷及乳房疼痛。造成這種行為可能的情況包括鎖骨骨折，斜頸，頭頸部或臉部受傷，下頷骨不對稱，¹⁶口腔防禦或厭惡（例如被以奶嘴強迫餵食），緊張性的咬合反射，鼻塞，對過度活躍的噴乳反射的反應，長牙。（Ⅲ）

2.擠乳器外傷／使用不當

現今擠乳器廣泛使用於許多國家，但使用者的教育程度，識字能力和支援系統有相當大的不同，使用擠乳器存在著值得注意的潛在風險。美國的一項調查顯示，1844位母親中，14.6%有和擠乳器相關的傷害¹⁷，（Ⅱ-2）受傷可能是擠乳器使用不當直接導致或使本來存在的舊傷惡化。觀察母親如何使用擠乳器擠奶有助於釐清受傷的原因（喇叭罩杯緣密合不佳，抽吸壓力太大或使用時間過長）

皮膚疾病

乳房皮膚疾病如濕疹樣變化或較少見的如乾癬、佩吉特氏病（Paget's disease）都可以造成哺乳婦女乳頭/房疼痛。上述情況也可能合併金黃色葡萄球菌的二度感染造成膿痂疹樣變化如滲液，黃色膿痂和水泡¹⁸（Ⅲ）。

1.濕疹樣變化

可以影響任何皮膚位置，但常見於哺乳婦女的乳暈週圍，注意皮膚不適及病灶的分佈，有助於辨識潛在的病因／誘發物。濕疹樣的皮疹差異很大。

- **異位性皮膚炎(濕疹)：**會發生在有過敏體質的婦女，可能被

刺激皮膚的物質或其他因素如氣候和溫度的變化誘發。¹⁹

- **刺激性接觸性皮炎**：常見的誘因包括磨擦、嬰兒口服的藥物、嬰兒的副食品、溢乳墊、洗衣精、乾衣機衣物柔順紙、衣物柔軟精、香精和乳頭酸痛使用的乳膏。
- **過敏性接觸性皮炎**：包括羊脂膏、抗生素藥膏、洋甘菊、維他命 A、E、香精^{18,20}(III)。

2. 乾癬：

偶而會在哺乳期突然發作，通常在產後 4~6 星期²¹(III)或因嬰兒含乳、吸吮、咬引起的皮膚損傷(koebnerization)而發作。

3. 乳房佩吉特氏症(乳頭 Paget's disease)：

在停經後婦女較常見(佔病例的 60-80%)，但也可見於年輕婦女，這種生長緩慢的乳腺管內癌外觀看起來像乳頭皮膚濕疹。單側、進展緩慢由乳頭開始的濕疹，對一般治療沒有反應，持續超過 3 週，或合併觸摸有硬塊即要懷疑。¹⁸ 其他符合診斷的發現有潰瘍、濕潤的紅疹、水泡或顆粒狀糜爛²²(II-2)，皮膚切片和轉介給專家治療是必須的。

感染：

雖然有一些研究試圖證明，微生物可以導致哺乳期乳房/頭持續疼痛，但細菌、黴菌的角色至今仍不明確。葡萄球菌、念珠菌可以在婦女的乳頭或乳汁中被發現，但並無疼痛症狀²³(II-2)。另外有假說提到微生物致病特性會使得偵測或消滅

這些可能致病菌十分困難。這些致病特性包括生物薄膜(biofilm)的形成，可以僅由細菌本身^{24,25}(III, III 動物/體外研究)形成或由葡萄球菌、念珠菌混合形成。^{26,27}(III, III 動物/體外研究) 微生物致病特性也包括小菌落變異(small colony variants)引起的細胞內感染。²⁸ (III 動物/體外研究)。

1. 細菌：

- **皮膚外傷時表層的細菌感染**：皮膚損傷後的二度感染，特別是發生在乳頭乳暈處，是常見的。膿痂疹及蜂窩性組織炎，可以單獨發生或合併有潛在的皮膚疾病。¹⁸
- **細菌生態失調和乳腺管感染**：

細菌過度增生，加上細菌製造形成的生物薄膜(也可能和念珠菌聯合製造)可導致乳腺管變窄，上皮發炎(III)。持續深沈的悶痛和乳房檢查時觸診有壓痛，是此種發炎的特徵²⁹(II-3)。乳汁流出和噴乳時壓力會上升，導致噴乳反射及哺乳時尖銳的劇痛。反覆性的乳腺管阻塞，腫脹和乳汁過度供應，乳頭皸裂也可能和此有相關³⁰(III)

婦女易有細菌生態失調和乳腺管感染的好發因素如下：

- ◇ 前胎哺乳有類似症狀²⁹
- ◇ 之前曾有急性乳腺炎
- ◇ 乳頭皸裂或有病灶²⁹
- ◇ 最近曾使用抗生素和/或抗黴菌藥物

表一 持續乳頭／乳房疼痛的狀況、症狀、處置

狀況	病徵／症狀	處置
嬰兒舌繫帶過緊	• 不斷的乳頭損傷及嬰兒舌頭活動因舌繫帶太緊而受到限制	• 繫帶切開手術，有經驗的醫療專家使用剪刀或雷射進行 ⁴⁴⁻⁴⁶ (I, II-2, 1)
擠乳器外傷／使用不當	• 乳頭或軟組織受傷／淤血	• 觀察擠乳 • 調整機器的吸力或杯緣的密合度
濕疹	皮膚紅斑 • 急性期：水疱、潰瘍、滲液／滲血、結痂 • 慢性皮疹：乾燥、脫皮苔癬樣增厚 • 病灶可以發癢、疼痛或灼熱 ^{18,20}	• 減少已知誘發物 • 使用潤膚劑 • 使用輕到中強度的類固醇藥膏 • 2次/天×2週（餵完奶立即使用直到下次餵奶前以增加藥劑和乳房皮膚接觸時間） ²⁰ • 皮膚搔癢使用2代抗組織胺 ²⁰ • 效果不佳的病例可使用短期（<3 wks）的口服類固醇 ^{20,47}
乾癬	• 界限明顯的紅色斑塊覆蓋銀白色的鱗屑	• 使用潤膚劑 ^{20,48} (I) • 第一線治療使用輕-中強度的類固醇藥膏2次/天 餵完奶立即使用 • 不要長期局部使用類固醇藥膏以避免乳頭上皮變薄，傷口不易癒合 • 局部維他命D乳膏或凝膠和光療法（UVB）是安全的 ^{20,48} • 免疫調節藥物不要使用在乳頭以防嬰兒食入吸收 ⁴⁷
和皮膚外傷相關的表層細菌感染	• 持續皸裂、裂縫 • 滲液、黃色膿痂，特別是併有其他皮膚狀況 • 蜂窩性組織炎	• 局部使用 Mupirocin 或 bacitracin 藥膏 • 口服抗生素，如 cephalosporin 或 penicillinase-resistant penicillin ^{18,49} (I)
細菌生態失衡	• 二側悶痛，深部酸痛±灼熱感 • 在餵食時和餵食後疼痛 • 乳房有壓痛（尤其在下1/4） ²⁹	• 考慮口服抗生素如 cephalosporin, amoxicillin/clavulanate, dicloxacillin, 或 erythromycin 2-6週 ^{20,29} • 間接證據顯示乳房益生菌可以幫助乳房重建正常菌落 ^{50,51}

狀況	病徵／症狀	處置
念珠菌感染	<ul style="list-style-type: none"> • 乳頭／乳暈發紅 • 乳頭外觀發亮脫屑 • 乳痛疼痛和臨床發現不成比例 • 乳頭灼熱疼痛，痛延伸到乳房 	<p>在乳頭上</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用局部azole類抗黴菌藥膏（miconazole, clotrimazole, 也可抑制葡萄球菌的生長）²⁰ <p>嬰兒口腔</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nystatin 懸浮液或 miconazole 凝膠²⁰ • 龍膽紫藥水 (<0.5%水溶液) 可以每天使用，但不要超過7天，長期或較高濃度可造成潰瘍或皮膚壞死^{20,52} • 有抗藥性的病例母親可使用口服 Fluconazole (200 mg, 一次, 然後 100 mg QD×7-10 天) • 在處方 Fluconazole 之前，需檢查母親所有的藥物並評估藥物的交互作用。Fluconazole 不能和 Domperidone 或 erythromycin 一起使用（可能造成 QT 間隔延長）
單純疱疹	<ul style="list-style-type: none"> • 小巧而簇集的水疱，疼痛有紅腫的底部 • 孤立性的小潰瘍^{20,53} • 腋下淋巴結腫大⁵³ 	<ul style="list-style-type: none"> • 母親口服抗病毒藥物如 acyclovir 或 valacyclovir（以治療初次或復發單純疱疹的劑量） • 避免嬰兒接觸病灶 • 避免乳頭／乳房有病灶側哺乳或擠乳餵食嬰兒，直到病灶癒合以防止新生兒疱疹感染
帶狀疱疹	<ul style="list-style-type: none"> • 沿著皮節分佈的疼痛水疱皮疹 	<ul style="list-style-type: none"> • 母親口服病抗毒藥物如 acyclovir 或 valacyclovir 以治療帶狀疱疹劑量 • 避免乳頭／乳房有病灶側哺乳或擠乳餵食嬰兒，直到病灶癒合
血管痙攣	<ul style="list-style-type: none"> • 突發劇痛或灼熱痛 • 同時有乳頭泛白 • 或其他顏色變化(紫或紅) 	<ul style="list-style-type: none"> • 在餵奶後或覺得疼痛時熱敷 • 乳房或乳頭避免寒冷 • 如果疼痛持續，初期可使用 Nifedipine 30-60mg 長效 QD 或 10-20mg 短效 tid 2 週⁵⁴ (I) 某些婦女可能需要更久的治療

狀況	病徵／症狀	處置
痛覺超敏／功能性疼痛	<ul style="list-style-type: none"> • 輕觸即會疼痛 • 衣服輕拂過乳頭或只是毛巾擦乾乳房即導致劇痛 • 有其他疼痛疾病史 	<ul style="list-style-type: none"> • 定時服用 NSAID • 若反應不佳，則使用 Propranolol 20 mg tid⁵⁵ (I, 根據顛顎關節痛治療) • 抗憂鬱藥物可能有效 (參考床常規#18 母乳哺育的抗憂鬱藥使用) • 評估尋找激痛點並用按摩治療
復發性的乳腺管阻塞	<ul style="list-style-type: none"> • 乳房上有大小約數公分的局部索狀物，容易疼痛，但在擠奶後會改善 	<ul style="list-style-type: none"> • 熱敷，直接加壓，通常擠奶即緩解
乳汁過度供應	<ul style="list-style-type: none"> • 乳房腫脹，漏奶 	<ul style="list-style-type: none"> • 不要過度刺激，例如二次餵奶中不要使用擠乳器或手擠奶。只在睡前或睡前乳房太漲時擠奶 • 許多哺乳專家贊成使用區段餵食 (Block feeding) 的策略，但實證有限而未定論。這是指一段時間內只餵食一側乳房，一般為 3 小時，讓另一側的充盈感能反饋而使得乳汁供應減少⁵⁷ • 藥物如 pseudoephedrine 或鼠尾草萃取物，曾被用來減少乳汁，如同吃含雌激素的避孕藥丸

對於持續性母乳哺育相關疼痛的治療，支持的數據有限，多數來自於專家意見。因此以上建議除非另有說明，是基於 Level III 的實證。

正確使用抗生素前需要做檢查，應包括²⁹ 以下(請見表二):

- ◇ 乳頭和乳汁細菌培養
- ◇ 如果有皸裂破皮，做傷口細菌培養

2. 黴菌感染

- 念珠菌和乳頭/乳房疼痛的相關性並不明確，乳汁在黴菌培養中並不會抑制念珠菌的生長。³¹ (II-2)
- 有些研究者並沒有發現念珠菌和疼痛症狀的關連，^{32,33} (II-2, II-2) 有些研究則呈正相關^{34,35} (II-2, II-2) 包括一項使用

聚合酶連鎖反應(PCR)技術的研究。²³ (II-2)

婦女易有黴菌感染好發因素如下：

- ◇ 體質
- ◇ 嬰兒口腔有鵝口瘡，或白色念珠菌尿布疹
- ◇ 母親或嬰兒最近曾使用抗生素

表二 培養方法(乳頭、乳汁)(III)

- 培養方法⁵⁹
 - ◇ 不管使用何種培養方式，確定採集檢體的人員有清潔雙手並戴手套，並正確標示檢體(右側，左側)及運送
- 乳頭(皮膚完整)
 - ◇ 將乾燥的拭子尖端在培養管中的培養基弄濕
 - ◇ 將拭子以鋸齒型走向在乳暈上 10 個不同位置點上輕刷，儘量不要接觸到乳房皮膚
 - ◇ 將拭子置入可輸送培養管(拭子的容器)
 - ◇ 標示清楚病人資料及哪一側乳頭
 - ◇ 在另一側乳頭重覆上述步驟
- 乳頭/乳暈皸裂或開放性傷口培養
 - ◇ 乾燥傷口：將乾燥的拭子尖端在培養管中的培養基弄濕
 - ◇ 將拭子在傷口中轉動 5 秒鐘
 - ◇ 將拭子置入可輸送培養管
- 乳汁培養
 - ◇ 詢問病人是否要自己手擠奶或由專業人員執行
- 清潔乳頭
 - ◇ 在灌洗前放一條毛巾在病人的膝上
 - ◇ 擠奶前，以無菌生理食鹽水灌洗乳頭
 - ◇ 以無菌紗布吸乾
 - ◇ 以酒精綿片擦拭兩側乳頭，等待酒精乾燥
 - ◇ 脫掉手套，清潔雙手
 - ◇ 戴上乾淨手套
 - ◇ 將慣用手大姆指及手指握成”C”型，放置離乳頭約 1.5 吋的位置
 - ◇ 往胸壁壓
 - ◇ 轉動手指往前方擠奶，不要直接碰觸乳頭
 - ◇ 可以讓擠出的最初幾滴乳汁掉落至毛巾上
 - ◇ 擠出 5-10ml 乳汁至一無菌杯子，杯子不要接觸乳頭
 - ◇ 另一側乳房重覆上述步驟

3. 病毒感染

- **單純性疱疹**：乳頭/房可以在哺乳期之前或哺乳時被嬰兒傳染單純性疱疹。乳頭/乳房上的單純性疱疹皮膚感染也可以在哺乳時傳染給嬰兒，使其有

罹病或死亡的重大風險。³⁶
(III)。做水泡的病毒培養以確定診斷是最理想的。母親直到病灶痊癒之前都不應該用患側哺乳，患側擠出的乳汁也應丟棄。^{19,37} (III)

- **帶狀疱疹**：帶狀泡疹可能發作在乳房所在皮節區域 (dermatome)，疹子通常由胸部背面接近脊椎處沿著皮節往週邊延伸至乳房。接觸到這些病灶會讓未接種疫苗的嬰兒發生水痘。治療大都如同單純性疱疹，病灶未痊癒前，婦女不應哺乳，也應將擠出乳汁丟棄。嬰兒可視情況給予帶狀疱疹免疫球蛋白。

血管痙攣

血管痙攣以乳頭泛白或變色(紫)合併尖銳疼痛，突然劇痛，或燒灼般疼痛來表現^{38,39} (II-3, II-3)。婦女通常在哺乳完，從溫水浴中離開，或寒冷的環境下(例如超市中的冷凍食品部門)會覺得疼痛。症狀在新或舊的乳頭外傷下可以是雙側或單側。有些母親有手腳冰冷的病史，如需要穿襪子睡覺或溫和的天氣下也要戴手套，或之前曾有“雷諾氏症候群”的診斷病史。有結締組織病史的婦女如類風濕性關節炎或雷諾氏症狀群是乳頭血管痙攣的高危險群。

痛覺超敏(Allodynia)／功能性疼痛

痛覺超敏(Allodynia)定義為即使是普通的非疼痛刺激如輕觸，病人都會覺得疼痛。乳房的痛覺超敏可以單獨發生或併有其他疼痛性疾病例如：大腸激躁症、纖維肌痛症、間質性膀胱炎、偏頭痛、顳顎關節症候群、性行為疼痛。詳細的病史

詢問來評估其他疼痛性疾病對告知病人如何治療非常重要。在慢性疼痛的文獻中，疼痛疾病和大禍臨頭般的感覺，心裡不能接受、沮喪、憂慮有相關。而這些心理因素會降低治療反應⁴² (II-2)，這些文獻也建議，乳房痛覺超敏的婦女，特別是在有其他疼痛症候群的情況下，接受為慢性疼痛症候群設計的心理治療是有益的。⁴³ (I)。

其他原因

1. 復發性乳腺管阻塞

哺乳婦女中很常見，常伴隨持續疼痛。減少過多的乳汁供應以降低阻塞是最重要的。只依賴擠乳而不是親餵，可能會因為乳汁引流不足而增加乳腺阻塞風險。如果出現紅腫，必須考慮感染可能性，如果症狀持續超過3天，則要排除膿瘍的可能。

2. 母親乳汁過度供應

乳汁過度供應可以引起持續性乳房乳頭疼痛。母親通常在乳房相當脹時抱怨有尖銳乳房痛，隱隱悶痛和壓痛。乳汁過度供應在產後最初數星期很常見，因為母體正在調適以符合嬰兒需求，擠乳應減少因為可導致持續的乳汁過度供應。

對未來研究的建議

對乳房持續性疼痛的治療仍有許多爭議

- 需要更多科學研究以評估處理所有可能原因，如感染、神經性疼痛、擠乳器技術(如乳房罩的

- 合適度)、舌/唇繫帶的處理。
- 缺乏評估乳房疼痛的標準化工具來比較不同研究間的嚴重度及治療。
- 和母乳哺育相關的疼痛中，主要的疼痛敏感度和情緒失調的角色需更進一步研究。在慢性乳房疼痛婦女中，未來研究需量化母親情緒、大禍臨頭般的疼痛，和併發的自律神經失調。
- 關於深部疼痛和尖銳疼痛是否可歸因於念珠菌感染，或乳汁中典型細菌的細菌生態失調或非感染因素，在哺乳專家中仍未有共識。
- 區段餵食(Block feeding)是否可視為乳汁過度供應的治療方式，需更多研究。
- 需要進一步研究來說明持續疼痛的原因和了解存在於母乳哺育/泌乳之間複雜的相互作用，包括生物薄膜的原理

參考文獻

1. Amir LH. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:239–243.
2. Division of Nutrition Physical Activity and Obesity. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Infant Feeding Practices Survey II: Results. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. Available at www.cdc.gov/ifps/results/ch2/table 2–37.htm (accessed November 11, 2015).
3. US Department of Health and Human Services. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. Washington (DC): US Preventive Services Task Force. 1996. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed January 4, 2016).
4. Odom E, Li R, Scanlon K, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–e732.
5. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, et al. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med* 2014;9:56–62.
6. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breast-feeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122 (Suppl 2):S69–S76.
7. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, et al. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:53–58.
8. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, et al. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Ob-stet Gynecol* 2011; 118:214–221.
9. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, et al. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;

- 11:5–10.
10. Morland-Schultz K, Hill P. Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *J Obstet Gynecol Neo-natal Nurs* 2005; 34:428–437.
11. Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986;2:172–176.
12. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr* 2003;92:721–727.
13. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015; 100: 489–494.
14. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breast-feeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
15. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027–1033.
16. Wall V, Glass R. Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: Experience from 11 cases. *J Hum Lact* 2006;22:328–334.
17. Qi Y, Zhang Y, Fein S, et al. Maternal and breast pump factors associated with breast pump problems and injuries. *J Hum Lact* 2014;30:62–72.
18. Barankin B, Gross MS. Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *J Cutan Med Surg* 2004; 8:126–130.
19. Schalock P, Hsu J, Arndt K. *Lippincott's Primary Care Dermatology*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp. 29, 146–147, 174–175, 232–236.
20. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, et al. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther* 2013; 26: 331–336.
21. Mervic L. Management of moderate to severe plaque psoriasis in pregnancy and lactation in the era of biologics. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2014;23:27–31.
22. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, Carson WE, 3rd. Paget's disease of the breast: A 33-year experience. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 171–177.
23. Amir LH, Donath SM, Garland SM, et al. Does *Candida* and/or *Staphylococcus* play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open* 2013;3:e002351.
24. von Eiff C, Proctor RA, Peters G. Coagulase-negative staphylococci. Pathogens have major role in nosocomial infections. *Postgrad Med* 2001;110:63–64, 69–70, 73–66.
25. Melchior MB, Vaarkamp H, Fink-Gremmels J. Biofilms: A role in recurrent mastitis infections? *Vet J* 2006;171:398–407.
26. Harriott MM, Noverr MC.

- Candida albicans and Staphylococcus aureus form polymicrobial biofilms: Effects on antimicrobial resistance. *Antimicrob Agents Chemother* 2009;53:3914–3922.
27. Adam B, Baillie GS, Douglas LJ. Mixed species biofilms of *Candida albicans* and *Staphylococcus epidermidis*. *J Med Microbiol* 2002;51:344–349.
28. Proctor RA, von Eiff C, Kahl BC, et al. Small colony variants: A pathogenic form of bacteria that facilitates persistent and recurrent infections. *Nat Rev Microbiol* 2006;4:295–305.
29. Eglash A, Plane MB, Mundt M. History, physical and laboratory findings, and clinical outcomes of lactating women treated with antibiotics for chronic breast and/or nipple pain. *J Hum Lact* 2006; 22:429–433.
30. Delgado S, Arroyo R, Jimenez E, et al. Mastitis infecciosas durante la lactancia: Un problema infravalorado. *Acta Pe- diatr Esp* 2009;67:77–84.
31. Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009; 4:57–61.
32. Graves S, Wright W, Harman R, et al. Painful nipples in nursing mothers: Fungal or staphylococcal? *Aust Fam Physician* 2003;32:570–571.
33. Hale T, Bateman T, Finkelman M, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009; 4:57–61.
34. Andrews JI, Fleener D, Messer S, et al. The yeast connection: Is *Candida* linked to breastfeeding associated pain? *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:e421–e424.
35. Francis-Morrill J, Heinig MJ, Pappagianis D, et al. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact* 2004;20:288–295.
36. Parra J, Cneude F, Huin N, et al. Mammary herpes: A little known mode of neonatal herpes contamination. *J Perinatol* 2013; 33:736–737.
37. Jaiyeoba O, Amaya MI, Soper DE, et al. Preventing neonatal transmission of herpes simplex virus. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55:510–520.
38. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud’s phenomenon of the nipple: A treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113:e360–e364.
39. Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: An underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol* 2013;149:300–306.
40. de Boer MJ, Struys MM, Versteegen GJ. Pain-related catastrophizing in pain patients and

- people with pain in the general population. *Eur J Pain* 2012;16:1044–1052.
41. de Boer MJ, Steinhagen HE, Versteegen GJ, et al. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS One* 2014; 9:e87445.
42. Bergbom S, Boersma K, Overmeer T, et al. Relationship among pain catastrophizing, depressed mood, and outcomes across physical therapy treatments. *Phys Ther* 2011;91:754–764.
43. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11:CD007407.
44. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280–288.
45. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
46. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with an-kyloglossia: A randomized, prospective study. *J Pediatr Surg* 2006;41:1598–1600.
47. Butler DC, Heller MM, Murase JE. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part II. Lactation. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70:417.e1–e10.
48. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:459–477.
49. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: A randomized comparative study. *J Hum Lact* 1999; 15:241–246.
50. Arroyo R, Martin V, Maldonado A, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: Antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breastmilk. *Clin Infect Dis* 2010; 50:1551–1558.
51. Fernandez L, Arroyo R, Espinosa I, et al. Probiotics for human lactational mastitis. *Benef Microbes* 2014;5:169–183.
52. Kayama C, Goto Y, Shimoya S, et al. Effects of gentian violet on refractory discharging ears infected with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Otolaryngol* 2006; 35:384–386.
53. Dekio S, Kawasaki Y, Jidoi J. Herpes simplex on nipples inoculated from herpetic gingivostomatitis of a baby. *ClinExp Dermatol* 1986; 11:664–666.
54. Thompson AE, Pope JE. Calcium channel blockers for primary Raynaud’s phenomenon: A

meta-analysis. *Rheumatology* 2005; 44:145–150.

55. Tchivileva IE, Lim PF, Smith SB, et al. Effect of catechol-O-methyltransferase polymorphism on response to propranolol therapy in chronic musculoskeletal pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *Pharmacogenet Genomics* 2010; 20:239–248.

56. Kernerman E, Park E. Severe breast pain resolved with pectoral muscle massage. *J Hum Lact* 2014; 30:287–291.

57. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: An

alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* 2007;2:11.

58. Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, et al. Pseudoephedrine: Effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 56:18–24.

59. UNC protocol. UNC School of Medicine at Chapel Hill staff. Health Care Professionals: OB Algorithms: Breastfeeding: Culture Collection Protocol. 2014. Available at http://mombaby.org/PDF/culture_protocol.2.0.pdf (accessed November 1, 2014).

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

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee:

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM

Cadey Harrel, MD

Ruth A Lawrence, MD, FABM

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH

Tomoko Seo, MD, FABM

Rose St. Fleur, MD

Michal Young, MD

For correspondence: abm@bfmed.org