

ABM 臨床程序#7：母乳哺育政策模式 2010 年修正

母乳哺育醫療學會臨床指引委員會

翻譯：許美月

校稿：簡世華

母乳哺育醫療學會的主要目標是發展臨床指引，以管理可能影響成功母乳哺育常見的臨床問題，此指引僅提供照顧母乳哺育母嬰的指導原則，不可視為特定單一的程序或臨床照護標準，得依據母嬰個別的需求做適當的調整。

目的

此指引的目的是促進母嬰照護的理念和做法以倡導母乳哺育。照護策略應支持能建立母嬰程序的正常生理功能，並協助選擇哺育母乳的家庭，啟動並發展出成功滿意的經驗。

這項政策是最新公佈的母乳哺育政策建議聲明，來自於美國衛生及公眾服務部的婦女保健局所¹，美國兒科醫師學會²，美國婦產科醫學會³，美國家庭醫師學會⁴，世界衛生組織⁵，母乳哺育醫學會⁶，和聯合國兒童基金會/世界衛生組織以實證為基礎的成功母乳哺育十措施^{5,7-10}

除了有實證支持成功十措施能讓母乳餵得更純或更久以外；也有文獻指出措施執行的劑量效性作用：有一份報告指出住在六個醫院中有執行七個措施醫院的婦女較那些從未執行或只執行其中一個措施醫院的婦女，有六倍更可能滿足她們的純母乳哺育的目標¹¹。對措施執行的遵從程度也很重要：醫院遵行母乳哺育十措施的自我報告是較好者，其母乳哺育持續時間較長¹²。

政策聲明

1. (OO 醫療院所)的工作人員會主動支持母乳作為提供嬰兒營養的首選方法。組織並維護一個符合當地文化及跨學門的團隊，包括醫院主管、醫師和護理人員、泌乳顧問和專家、營養師、其他相關工作人員，以及父母們，以辨識和消除制度上對母乳哺育的阻礙。每年該團隊成員彙集和評價支持母乳哺育服務的相關數據，並制定一個行動計畫，以實現必要的改進。
2. 制定書面的母乳哺育政策並週知所有的醫護人員。(OO 醫療院所)的母乳哺育政策會每年二次以最新的研究實證指南進行審查和更新。
3. 所有孕婦及其支持者被適當的告知母乳哺育的訊息，親餵母乳好處的諮詢，母乳哺育的禁忌和配方奶餵養的風險¹³。
4. 婦女純母乳哺育的意願應記錄於她的病歷。
5. 鼓勵母親純母乳哺育，除非有醫療上的禁忌。每一位嬰兒的餵食方式應紀錄於病歷中。(純母乳哺育是指提供母乳作為營養的唯一來源。純母乳哺育的嬰兒沒有進食其他的液體或固體食物，醫師為嬰兒開立之口服藥物則除外)。

6. 所有的新生兒在出生時或不久之後，如果母嬰狀況都穩定，就可執行母嬰肌膚接觸。將赤裸的嬰兒俯臥接觸到母親裸露的胸前肌膚，之後拭乾嬰兒的皮膚，保持這樣懷抱在一起的肌膚接觸，並披上適宜且暖和的毯子。在出生後的 1 小時內讓嬰兒就有機會與父母親在一起並開始母乳哺育。鼓勵剖腹生產後的新生兒儘早的母乳哺育，可在手術室或恢復室中進行（表 1）。維生素 K 注射及防止新生兒眼炎的預防性抗生素眼藥膏，應延遲至出生第一個小時後再給予，讓母嬰持續的肌膚接觸和母乳哺育。¹⁴⁻¹⁶
- 醫護人員將會轉介到泌乳顧問或專家，進行更多的教導和協助。
10. 教導母乳哺育的母親有關的事項如下：
- 正確餵奶姿勢和含乳
 - 有效吸吮和吞嚥
 - 奶水製造和釋出
 - 餵乳頻率/想吃奶的表現
 - 手擠奶和需要時使用擠奶器
 - 如何評估是否嬰兒吃到足夠奶水
 - 與醫護人員接觸的理由
- 這些技能要教導初產婦和經產婦，並提供書面衛教單張¹⁷，於返家前再次回覆示教。

表 1. 剖腹產後支持母乳哺育的最佳實務操作

早期母嬰接觸，避免分離，除非有醫療上的適應症
 早期母乳哺育 < 分娩後 1 小時。可在產房或恢復室
 剖腹產採取區域麻醉
 新生兒抱姿，以減少腹部傷口不適為主。採用側臥，橄欖式抱姿，並用枕頭支托保護腹部傷口
 斷臍後使用區域性藥物，以減少術後麻醉劑的需求
 優先使用較少對新生兒行為不利影響的麻醉劑
 頻繁哺餵母乳和親子同室，如同陰道分娩的常規
 如果因醫療需求而母嬰分離，例如早產兒。則在出生當天就要儘早以手擠乳
 若需要進一步的支持和協助時，可以容易找到泌乳專家
 監測母親延遲泌乳和新生兒體重下降過多者
 教導並鼓勵新家庭成員支持母乳哺育的方法

- 鼓勵母乳哺育的嬰兒與母親在住院期間都能住在一起，包括在夜裡(執行親子同室)。鼓勵肌膚接觸，儘可能越多越好。
- 每班和醫療人員與母親接觸的所有機會，要完成母乳哺育的評估、教導且紀錄。每次餵奶都要記錄，包括含乳、擺位和遇到的任何問題，記錄在嬰兒的醫療護理記錄單。對於不能直接觀察到的餵養，可詢問母親。每班要將直接觀察到寶寶的含乳情形、哺餵姿勢和餵食過程中母嬰的互動記錄下來。
- 鼓勵母親利用母乳哺育的資源，包括教育課程、書面教材和影片。如果有臨床上需求，
- 教導父母親以母乳餵養嬰兒，包括剖腹生產的嬰兒，至少每 24 小時要有 8 到 12 次的哺乳，有些嬰兒需要更頻繁地親餵。嬰兒的暗示（例如，警覺性或活動力增加、張嘴、尋乳反射）表示嬰兒的想吃奶準備就緒的指標。
喝母奶的嬰兒要在夜間進行母乳哺育。
- 避免限制每側乳房哺乳的時間。每一次兩側的乳房皆可提供嬰兒哺乳，但嬰兒可能在最初幾天的哺乳僅對單側的乳房哺乳有興趣。
- 不補充水份、葡萄糖水、或配方奶，除非是醫療專業人員特別指示（如醫師，具有證照

- 的助產師或護理師)，或有母親的知情要求書。若非屬醫療上的需求而補充之，則應向媽媽們充分說明補充的風險。補充時盡可能以杯餵方式餵食嬰兒，足月兒每次餵食配方奶不超過 10~15 毫升（在剛出生 1-2 天）。可以使用針筒或湯匙替代餵食，然而，這些方法還沒有被證明是有效的維護母乳哺育。不將奶瓶放置在母乳餵養嬰兒的搖籃周圍。¹⁸⁻²⁰
14. 機構不會以團體衛教方式教導配方奶的餵食方法。針對選擇配方奶餵養嬰兒的父母，給予適當的諮詢後，應提供個別性的配方奶餵食指導。
 15. 不會給予正常足月母乳餵食的嬰兒人工奶嘴。“OO 醫院”的奶嘴使用指南重申：早產兒在新生兒加護中心或特殊照護室或嬰幼兒特殊醫療條件（例如，新生兒戒斷綜合症候群）可給予安撫奶嘴作為非營養性吸吮用。當新生兒經歷疼痛過程時（例如，包皮環切術）可給予安撫奶嘴作為在手術過程中疼痛管理的方法，當嬰兒回到母親身邊時不會使用人工奶嘴。“OO 醫院”鼓勵“新生兒無痛護理”，其中可以包括在新生兒代謝篩檢過程中給予親餵母乳。²¹
 16. 足月健康且體重與胎齡相符的新生兒不需要常規血糖監測。而是對於具有低血糖和脫水臨床症狀者，則需持續進行評估。²²
 17. 不給予任何產後的母親退奶藥物。
 18. 避免常規使用乳頭霜劑，軟膏劑，或其它局部製劑，除非是屬於治療此皮膚問題的指示用藥。母親乳頭疼痛時，要觀察新生兒含乳姿勢，及指導每次餵食後以手擠出初乳或母乳塗在乳暈/乳頭上。
 19. 不常規使用乳頭護罩或奶瓶奶嘴包覆母親的乳頭，以解決嬰兒含乳的問題，或預防或控制疼痛或皸裂的乳頭，或使用於母親乳房平坦及乳頭凹陷。乳頭護罩只用於結合泌乳諮詢且經過多方嘗試，但含乳還是失敗後才使用。
 20. 出生 24 小時後，若寶寶還無法正確含乳或有效吸吮乳房，指導母親可開始嘗試按摩她的乳房，以手擠乳並將初乳滴入寶寶的嘴內，鼓勵母嬰進行肌膚接觸，且教導父母親密切觀察寶寶想吃奶的暗示，當觀察到寶寶清醒時就親餵寶寶。如果寶寶持續餵食不佳，母親採取以手擠乳的方法或使用雙側電動吸奶器，維持約每 3 個小時或每天至少八次的擠乳，所擠出的初乳或乳汁可以用其它的替代方法餵食寶寶。提醒母親在最初幾次的擠奶量，可能不會獲得很多，甚至是沒有。而在母親的奶量分泌到足夠之前，醫護人員將與母親溝通協商如何補充寶寶的餵食，由每天負責的醫護人員針對給予補充的奶量和方式進行諮詢，避免使用人工奶嘴，萬一有母乳哺育問題，需要泌乳顧問或專家持續的進行諮詢。¹⁴
 21. 若寶寶出院返家時，仍然含乳不良或親餵不順，除了給予常規性的母乳哺育指導外，要再審視其母乳餵養/手擠奶/補充奶量的計畫進行指導，返家後 24 小時內給予電訪或居家訪視。或可依據臨床情況妥善安排延後出院，並相對應提供進一步的母乳哺餵介入措施，支持和教育。
 22. 在產後最初幾天內對所有的嬰兒家訪。家訪由醫師（兒科醫師或家庭醫師）或其他專業醫護人員進行母乳餵食情況、體重測量、黃疸評估以及符合年齡的排泄量。家訪時間：

(a) 低於出生 2 天年齡出院的嬰兒 (<48 小時)，在年齡 2-4 天追蹤家訪；(b) 出生 48 到 72 小時出院的嬰兒，在年齡 4-5 天追蹤家訪，出生 5-6 天出院的嬰兒可於一週後追蹤家訪。

23. 因病嬰或早產兒而母嬰分離：

- a. 教導如何以手擠乳或使用雙側電動吸奶器，包括每天至少 8 次或約每 3 小時進行 15 分鐘（或直到乳汁流速停止，乳汁移除順暢）的擠乳，教導夜間不要錯過擠乳的重要性。
- b. 鼓勵在寶寶狀況許可下儘快按需親餵。
- c. 教導正確的母乳儲存和貼上標籤。
- d. 協助學習手擠乳技術或於返家前取得雙側電動吸奶器。

24. 出院前²³ 母乳哺育的母親應該能夠

- a. 正確母乳哺餵姿勢，哺餵期間無疼痛感
- b. 引導寶寶含乳正確
- c. 陳述寶寶正在吞嚥乳汁
- d. 陳述寶寶應每天母乳餵養至少 8 到 12 次，直至飽足，有一些寶寶需要更頻繁地餵食
- e. 陳述與年齡相適應的排泄模式(在出生後第四天每天至少 6 次排尿，3~4 次排便)
- f. 列出應該求助醫護人員的適應症
- g. 會以手擠乳的方法

25. 在返家前，給予母親可以協助其母乳哺餵之社區資源的單位名稱和電話號碼，包括（母乳哺育支持團體或資源由“OO 醫院”所推薦）。

26. “OO 醫院”不接受廠商的免費配方奶或母乳代用品。嬰兒室或新生兒加護中心在母嬰出院時，贈送的禮物袋內不提供嬰幼兒配方奶、優惠券、配方奶公司商標或有

配方奶公司商標的宣傳單。

27. “OO 醫院”的醫護專業人員，將參與哺乳期管理和促進母乳哺育的教育課程，確保以正確的、最新趨勢且一致性的訊息，提供所有期望母乳哺育的母親們。²⁴

運用

所有母乳哺育父母

例外

母乳哺育的禁忌^{2,25} 在以下幾種情況：

- 母親有人類免疫缺陷病毒陽性，在人工餵食是可接受的、可行的、經濟實惠、可持續和安全的地區。²⁶
- 母親目前使用違禁藥物（例如，可卡因、海洛因），除非是由醫師依據嬰兒的具體情況逐案特別批准者。
- 母親服用某些藥物。大多數的處方藥和非處方藥對母乳哺餵的嬰兒是安全的。有些藥物可能必須中斷母乳哺餵，如放射性同位素、抗代謝物、癌症化療、一些精神藥物，以及少量的其他的用藥。醫療院所機構參考引用自書籍和網站: Medications and Mothers' Milk by T. Hale,²⁷ 美國國家圖書館的數據庫、TOXNET: Toxicology Data Network (毒物資料網)(LactMed),²⁸ 母乳哺育: 專家醫學指南，作者 R.A. Lawrence and R.M. Lawrence,²⁹ 妊娠用藥和泌乳，作者 G.G. Briggs, R.K. Freeman, and S.J. Yaffe,³⁰ 以及美國兒科醫學會「藥物轉入母乳聲明」(Statement on the Transfer of Drugs into Human Milk)³¹ (註: 可以以當地有的參考文獻及資源取代)
- 母親具活動性未經治療的肺結核。母親手擠奶，直到她不再具有傳染性。
- 嬰兒具半乳糖血症

- 母親乳房上有活躍皰疹性病變。建議以未感染的一側乳房餵食。(傳染疾病服務應諮詢傳染病的議題。)
- 母親水痘發病在生產前 5 天內或產後 48 小時內，直到她不再具傳染性
- 母親具人類 T 淋巴細胞病毒 I 型或 II 型

成功母乳哺育的十個措施

1. 有正式文字的哺育母乳政策，並例行性的和所有醫療人員溝通。
2. 訓練所有醫護人員實行此政策之必要技巧。
3. 讓所有的孕婦知道哺育母乳之好處及如何餵奶。
4. 幫助產婦在生產後 1 小時內開始哺餵母乳。
5. 教導母親如何餵奶，以及在必須和嬰兒分開時，如何維持泌乳。
6. 除非有醫療上的需求，不要給嬰兒母乳之外的食物或飲料。
7. 實施 24 小時親子同室。
8. 鼓勵依母嬰需求餵奶。
9. 不要給予母乳哺餵之嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴。
10. 幫助建立哺育母乳支持團體，並於母親出院後轉介至該團體。

其他相關政策

政策 #

其他參考文獻/資源 ³²⁻³⁵

發起者

羅列適當姓名和部門

貢獻單位

羅列所有參與政策發展的部門

研究需要

在醫院環境設施的改變是很難的。全方位的醫院母乳哺育政策且明確地週知產科醫護人員，可能是改變支持母嬰過程中的關鍵步驟。Rosenberg 等³⁶報告，一個書面母乳哺育政策的存在與提升母乳哺餵率在統計學上具相關性。

某些產婦的照護實務，如同成功母乳哺育的十個措施(表 2)，世界衛生組織聯合國兒童基金會愛嬰醫院倡議的框架，已被證明會影響母乳哺育的結果。嬰兒餵養實踐研究 II(IFPS II)的分析發現，沒有經歷任何措施的哺乳期婦女提前停止哺乳的機會，是經歷了至少 6 個措施的婦女的 13 倍。多實施一個措施，在 2 個月時母乳哺育的期間和完全母乳哺育就更高。僅有 8 %IFPSI 受訪女性曾經歷愛嬰醫院所有的六個措施，有很多事項仍待努力。

建議進一步的研究，包括：

1. 在醫院環境的建置上，有那些有效的策略，可以增進落實愛嬰醫院的作法？
2. 如何以最好的方式監測醫護人員遵守醫院的母乳哺育政策？
3. 什麼附加的做法(不包括原來的母乳哺育十措施)，會影響母乳哺育的啟動與持續時間？

致謝

此報告由美國衛生和人類服務部門婦幼衛生局補助部分經費。

參考文獻

1. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2000.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk.

- Pediatrics 2005;115:496 – 506.
3. Queenan JT, ed. ACOG Educational Bulletin Number 258. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC, July 2000, pp. 1 – 16.
 4. AAFP Breastfeeding Advisory Committee. Family Physi-cians Supporting Breastfeeding: Breastfeeding Position Pa-per 2008. www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html (accessed January 27, 2010).
 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 Obstet* 1990; 31(Suppl 1): 171 – 183.
 6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:267 – 270.
 7. WHO/UNICEF meeting on infant and young child feeding. *J Nurse Midwifery* 1980;25:31 – 38.
 8. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, New York, 1990.
 9. World Health Organization, United Nations Children’ s Fund, Academy of Breastfeeding Medicine Board of Direc-tors. Celebrating Innocenti 1990 – 2005: Achievements, Chal-lenges and Future Imperatives. World Alliance for Breastfeeding Action. www.innocenti15.net/index.htm (ac-cessed March 24, 2010).
 10. United Nations Children’ s Fund, World Health Organi-za-tion. Section 1. In: Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization, UNICEF and Wellstart International, Geneva, 2009.
 11. Declercq E, Lobbok MH, Sakala C, et al. Hospital practices and women’ s likelihood of fulfilling their intention to ex-clusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009;99:929 – 935.
 12. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a na-tional level? *Pediatrics* 2005;116:e702 – e708.
 13. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol number #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting. *Breastfeed Med* 2009;4:43 – 45.
 14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neo-nate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175 – 182.
 15. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301 – 1306.
 16. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105 – 1107.
 17. Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive

- deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol* 1993;81:764 – 767.
18. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511 – 518.
 19. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;104:1204 – 1207.
 20. 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* 2001; 21:350 – 355.
 21. Gray L, Miller LW, Philipp BL, et al. Breastfeeding is anal-gesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002;109:590 – 593.
 22. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #1: Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates revision June, 2006. *Breastfeed Med* 2006;1:178 – 184.
 23. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: ‘ ‘The going home protocol.’ ’ *Breastfeed Med* 2007; 2:158 – 165.
 24. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2006.
 25. World Health Organization, UNICEF. *Acceptable Medical Reasons for the Use of Breast-Milk Substitutes*. World Health Organization, Geneva, 2009.
 26. World Health Organization. *HIV and Infant Feeding*. 2007
http://www.who.int/hiv/pub/mtct/infant_feeding/en/index.html (accessed June 8, 2010).
 27. Hale TW. *Medications and Mothers’ Milk*, 13th ed. Hale Publishing, Amarillo, TX, 2008.
 28. US National Library of Medicine. TOXNET: Toxicology Data Network. Drugs and Data Base (LactMed). toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT (accessed January 27, 2010).
 29. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th ed. Mosby, Philadelphia, 2005.
 30. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 8th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 2009.
 31. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776 – 789.
 32. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns*, 2009.
www.aap.org/bookstore (accessed January 27, 2010).
 33. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother

and infant at term revision, June 2008.

Breastfeed Med 2008;3:129 – 132.

34. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, under contract no. 290-02-0022). AHRQ Publication number 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007.

35. American Academy of Pediatrics. Redbook: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases, 28th ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove, IL, 2009.

36. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, et al. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. Breastfeed Med 2008; 3:110 – 116.

37. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics 2008; 122(Suppl 2):S43 – S49.

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.

Contributor

*Barbara L. Philipp, M.D., FABM

Protocol Committee

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

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

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM,
Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Larwrence Noble, M.D., FABM, Translations
Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Julie Scott Taylor, M.D., M.Sc., FABM

***Lead author**

For correspondence: abm@bfmed.org

