

哺乳早期困境與介入

王淑芳博士

一、泌乳生理與移出機轉：從「荷爾蒙」到「需求」驅動的關鍵奧秘

作為泌乳顧問與臨床醫事人員，我們必須理解，泌乳並非單純的「分泌」過程，而是一場精密的生理模式轉移。從產前的荷爾蒙預備，到產後由寶寶需求接手調控，其中的轉化歷程決定奶水能否順利建立並持續生成；同時醫事人員需能區辨「激素驅動-生理性脹奶/需求驅動-軟奶」與「病理性淤積」的差異，以提供合適且適時地介入。

1. 黃金 72 小時：泌乳機制的典範轉移 (The Paradigm Shift)

泌乳生理最基礎的轉變，是從產前的**內分泌控制 (Endocrine Control)** 轉向產後的**自泌控制 (Autocrine Control)**，產後黃金 72 小時內，頻繁移出奶水對受體 (Receptor) 建立的重要性。臨床上常見「生理性脹奶 (Physiological Engorgement)」與「病理性淤積 (Pathological Stasis)」的情況，前者是血管擴張與間質水腫的正常過程，後者則是因移出不力導致的病理狀態。

比較項目	內分泌控制 (Endocrine Control)	自泌控制/供需驅動 (Autocrine Control)
驅動力量	體內循環荷爾蒙 (激素驅動)	乳汁移出頻率 (需求驅動)
關鍵角色	泌乳素 (Prolactin)、黃體素下降	移出效率、乳房空虛程度
乳房特徵	生理性脹奶、血管充血、腫脹感明顯	奶水合成率與乳房空間感成反比 (乳房越空，生成越快)
所屬階段	產前至產後 Lactogenesis II 啟動前	Lactogenesis II~III (約產後 72 小時後)

2. 黃金 72 小時：30~72 小時/ Lactogenesis II 受體建立關鍵

根據 Pang & Hartmann (2007) 的研究，產後 30-72 小時是 **Lactogenesis II (奶水大量分泌期)** 的關鍵轉折點，亦即是泌乳發展的決定性時刻。在此階段，身體正準備將主控權從內分泌系統移交給由排空程度主導的自泌系統，而這場交接的成功與否，取決於產後初期的臨床實務。這段時間的「頻繁移出」不僅是為了刺激奶水生成，更為了在乳腺細胞上建立足夠的泌乳素受體 (Receptors)。

建立受體的關鍵期： 頻繁的吸吮或手擠乳能增加乳腺細胞上的受體數量。受體量決定了未來

乳腺對荷爾蒙刺激的敏感度，這也是為何「產後早期頻繁移出」的實證效益遠優於「單次長時間排空」。

3. FIL 機制：奶水生成的「剎車系統」

自泌控制的核心在於一種名為 **FIL** 的蛋白質。它是自泌系統中的「化學信使」，負責監測乳房的排空狀態。當奶水開始大量湧入，若未有效移出，會導致乳腺細胞內的壓力升高，這種高壓不僅會造成母親不適，更會對乳腺細胞產生機械性損傷，進而觸發 **FIL (Feedback Inhibitor of Lactation, 抑制乳汁分泌回饋)** 分泌，並提早誘發減產訊號。

FIL 的運作邏輯如下：

1. **積乳**：奶水長時間留在乳房內未被移出。
2. **壓力上升**：腺泡內壓力增加，導致 **FIL** 濃度局部上升。
3. **抑制訊號**：**FIL** 向乳腺細胞發出訊號，踩下剎車，減緩乳汁製造速度。
4. **產量下調**：長期高濃度的 **FIL** 會導致整體泌乳量萎縮。

Wilde et al. (1995) 的研究證實乳汁的生成速度取決於「乳房空間感」。這支持了臨床上「頻繁移出」優於「長時間等待」的實證基礎。乳房的空間感/保脹程度直接決定乳汁合成速率：乳房越空，**FIL** 濃度越低，生成速度就越快；乳房越脹，**FIL** 濃度越高，生成速度就越慢=拉起煞車。然而，在臨床觀察中並非所有母親的生理進程都完全相同。

二、預期性照護(Anticipatory Guidance)：影響泌乳的高風險族群

具備「早期辨識」的臨床敏感度是臨床泌乳照護的關鍵。專業人員應針對可能延遲 **Lactogenesis II** 啟動或影響受體建立的高風險族群提供預期性照護。

分類	高風險因素與實證說明
母親端因素	<ul style="list-style-type: none">• 妊娠糖尿病 (GDM)：泌乳二期通常延遲，需即刻啟動手擠乳介入(<i>Matias et al., 2014</i>)。• 肥胖 (BMI > 30)：可能干擾泌乳素(Prolactin)對吸吮的反應，增加早期斷奶風險(<i>Nommsen-Rivers, 2016</i>)。• 其他：多囊性卵巢症候群(PCOS)、乳房手術史、產後大出血 (PPH) 導致之席漢氏症 (Sheehan's syndrome)。
嬰兒端因素	<ul style="list-style-type: none">• 生理挑戰：早產、低出生體重、黃疸波動。• 結構挑戰：舌繫帶過緊(Ankyloglossia)。參考 ABM Clinical Protocol #11，並結合 Hazelbaker 評分工具 進行功能性評估。

專業人員識別風險後，臨床介入應回歸生理本質，透過優化移出效率來緩解壓力，最小化對組織造成損傷是優先考量。

三、早期常見困境與臨床介入策略：優化移出效率與舒適度

(一) 奶水不足(Perceived Insufficient Milk Supply)：

- 客觀指標(尿布數與體重曲線)
- 體重減輕警訊：根據 AAP (*American Academy of Pediatrics*) 指引，產後 3-5 天體重減輕超過 7-10% 即需介入。
- 治療性補充 (Therapeutic Supplementation)：參考 ABM Clinical Protocol #3 (2017)，若需補充配方奶，首選「母乳」(補充物順序建議：自己母親的乳汁→捐贈奶→母乳庫奶水→配方奶)，並採用杯餵或輔助餵食管(SNS)，避免乳頭混淆。

(二) 含乳不良與乳頭受傷疼痛：修正生物哺育法 (Biological Nurturing)，確認嬰兒下頷深含乳，而非僅吸吮乳頭。

- 生物哺育法：Colson et al. (2008)提出讓母親採取仰臥式 (Laid-back) 姿勢，利用重力讓寶寶全身貼合，能有效降低乳頭疼痛並誘發新生兒的尋乳反射。

(三) 脹奶與乳腺管阻塞(Engorgement & Plugged Ducts)：ABM 第 36 號指引 (2022)：

指出「乳腺管阻塞」本質上是間質組織水腫與炎症導致管路受壓，而非真的有固體「塞子」。事實上，強力的按摩會造成微創傷 (Micro-trauma)，加劇炎症反應。

- 反向壓力緩解法 (Reverse Pressure Softening, RPS)：由 Jean Cotterman (2004) 提出。在生理性脹奶水腫時，利用指腹輕壓乳暈周圍將水腫推開，使乳暈恢復柔軟，這是達成「深含乳」的必要前提。
- 減壓導向護理：捨棄推揉，改採「冰敷」減少充血，並搭配「輕柔的淋巴引流」。處理目標是緩解間質壓力與炎症，而非強行擠壓腫脹的組織，以免造成組織微創傷 (Micro-trauma)。

四、臨床決策與跨團隊合作：三位一體評估法與介入金字塔

面對早期哺乳困境，專業人員掌握具體的介入方向及技巧後，需要完整的架構最為臨床決策指引。

(一) 「三位一體評估法」：呼籲臨床需同時評估「轉移奶水的效率」、「母親的舒適度」與「母嬰的安全感」。同時，區分「主觀感受奶量不足 (PIMS)」與「客觀攝取不足」，後者需參考體重與排泄量。

(二) 案例解析：模擬一位產後第 4 天，乳頭破皮且嬰兒體重下降 8% 的產婦，醫事人員該

台中護理師護士公會。茂盛醫院。王淑芳智慧財產 P3

如何排定處理優先順序？

【介入金字塔與治療性補充】

1. **第一優先：** 確保嬰兒攝取足夠奶水（移出效率）。
2. **第二優先：** 維持奶量生成的刺激（正回饋）。
3. **第三優先：** 修正含乳姿勢與位置。

(三) 【跨專業轉介指引】若出現以下警訊，應啟動轉介：

- 體重流失超過 10% 且補充介入無效。
- 持續性乳頭破損或劇烈疼痛(轉介認證泌乳顧問/CCLC 或 IBCLC)。
- 疑似病理性乳腺炎（需轉介醫師評估或物理治療超音波介入）。
- 嬰兒結構性因素（如舌繫帶）影響功能，需轉介小兒外科。

哺乳育兒是生活事件，從產前預期性指導；友善生產照護支持，到產後泌乳生成黃金 72 小時，臨床工作人員透過生理機制的深度理解與精準介入，能協助母嬰跨越產後初期的生理轉折，建立穩定的泌乳關係；之後，秉持跨團隊合作架構，銜接醫療場域與社區居家，建置全面新手家庭泌乳支持網絡，以促進、保護持續哺乳育兒的生活實踐。

推薦教學參考文獻清單

1. **Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) Protocols: #3** (補充餵食), #11 (舌繫帶), #36 (乳腺管炎譜系)。
2. **Lawrence & Lawrence (2021): *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*** (泌乳教科書聖經)。
3. **Wambach & Spencer (2021): *Breastfeeding and Human Lactation*** 。

互動式哺乳理論 (ITB) 臨床應用與實務指南：仰望→自由→自在

哺乳觀察與評估始於結構化的評估流程。確保收集到全面的資訊，並給予最精準的指導。

步驟一【問候】：開場破冰從關注對方開始。親切地問候母親與家人，介紹自己的身份並清楚說明本次訪視目的，注意手部衛生及維護隱私。

步驟二【提問】：以開放性問題了解母親對嬰兒飢餓暗示行為的了解程度、過往的哺乳經驗（無論成功與否及目前習慣或偏好採用的哺乳姿勢）。

步驟三【看好】：請母親以她的方式哺餵，這是核心環節並從旁觀察並讚美個案做對的部分。

觀察面向	觀察指標	王淑芳博士
嬰兒擺位 仰望 (Gazing Up)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 確認嬰兒眼睛仰望乳頭(整體位置低一些才能仰望)。，輕柔地以乳頭觸碰嬰兒的鼻子，利用「視覺、嗅覺、觸覺」誘發尋乳反射，促使他張大嘴。 ✓ 抬頭仰望母親，建立眼神接觸與安全感。 ✓ 嬰兒的耳朵、肩膀、髖關節成一直線。胸腹部緊貼母親身體(肚子貼肚子)，臉部能正面面向乳房不需轉頭。頸部和肩膀受到良好支托，但頭部可自由活動。工作人員或母親沒有將嬰兒的頭強壓向乳房。 	
含乳 (Latch) 自由探索 (Freedom to Explore)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 當寶寶嘴巴張到最大時，迅速將他抱向乳房/穩定快速按壓嬰兒腰際像乳房靠近，使其下巴先接觸乳房。這代表寶寶的下顎含入了最大範圍的乳房組織，能最有效地擠壓乳房組織，促進「不對稱含乳/深含乳/下巴先貼近乳房/頭部後仰的空間，以利其呼吸順暢的含乳與吞嚥」。 ✓ 允許寶寶轉頭、伸展手臂觸碰乳房，自行尋找調整位置，善用「重力效益」。母親維持放鬆姿勢，促進「催產素反射效益」。 ✓ 不對稱含乳：上方乳暈露出多於下方。嘴巴張得很大，上下唇外翻。下巴緊貼乳房，頭部微微後仰。 	
吸吮與吞嚥 自在餵食 (Comfortable Feeding)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 在寶寶正確含乳後，確認母親無痛感且寶寶規律吸吮。母嬰舒適；減少肌肉張力之生物阻力，促進哺乳母嬰正向感知下的順利哺乳處遇。 ✓ 吸吮節奏呈現「慢而深」的規律，中間有短暫停頓。能看到或聽到規律的吞嚥聲。臉頰圓鼓，沒有內凹或發出「嘖嘖」聲。 	
哺乳後狀態	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 哺乳後，母親感覺乳房與乳頭舒適，乳房變得較鬆軟無疼痛感。 ✓ 哺乳後寶寶出現滿足放鬆的樣子(如手掌張開)，可能會自然放掉乳房。 	

步驟四【好知】：先要讚美母親做得好的行為，肯定她付出的努力。接著，引導母親自己說出哺乳的重點，如：「您覺得剛剛寶寶含上來的時候，跟之前有什麼不一樣的感覺嗎？」以加深學習印象。

步驟五【知己】：雙向回饋與總結：與母親共同討論做得好的部份及可以再加強的部份，並設定一個清晰、可達成的共同目標。

實用哺乳姿勢依循 ITB 概念：仰望→自由→自在指導焦點在於「反射性含乳+放手性支撐」
 坐姿哺乳要點在於嬰兒擺位：使用枕頭將嬰兒墊高至乳房的高度；確保嬰兒「抬頭仰望母親乳頭」。

○ 「含上後」再協助母親舒適(背部及手臂支撐、雙腳踏地、肩膀是放鬆)。

側躺哺乳嬰兒擺位關鍵確保能「抬頭仰望母親乳頭」的位置；背部用毛巾捲支撐嬰兒背部(必須放置於頸部以下)，以確保嬰兒能穩穩持續貼緊母親且頭部能自由後仰調整。

○ 「含上後」再協助母親舒適(背後及雙腿用枕頭支撐；雙手自由擺放)
 無痛、深含乳是哺育協助的最終目標～「營造讓母嬰發揮本能及生物反應的環境。」

互動式哺乳量表 (Interactive Breastfeeding Scale, INBS)

1. 專家效度驗證：根據 ITB 的 11 個核心概念初步擬定 58 個項目，由 40 位專家進行內容效度審查，僅保留內容效度指數(Content Validity Index, CVI) 達到或超過 0.80 的項目。
2. 前導測試與精簡：在目標族群（產後母親）中進行試用，根據回饋和數據分析，最終將量表精簡為信度與效度最佳的 30 個項目(Primo et al., 2020)。

概念維度	量表項目-Likert 五點量表	1=從不(Never)~5=總是(Always)
婦女的感知	1.哺乳時，我會和寶寶說話並看著他。	
	2.我能保持放鬆和舒適地進行哺乳。	
	3.我相信使用安撫奶嘴和奶瓶會危害哺乳。	
	4.我相信人乳能支持寶寶的成長。	
	5.我了解哺乳的好處。	
嬰兒的感知	6.我的寶寶在哺乳時能保持清醒和放鬆。	
	7.我的寶寶吃飽後會自動鬆開乳房。	
	8.我知道我的寶寶什麼時候餓了。	
	9.我的寶寶哺乳後很平靜和放鬆。	
婦女的生物條件	10.我在哺乳時感到疼痛。	
	11.我能分泌足夠的乳汁來哺餵我的寶寶。	
	12.我相信乳房手術會干擾哺乳。	
嬰兒的生物條件	13.我的寶寶能正確地吸吮我的乳房。	
	14.我的寶寶能持續含住乳房。	
	15.我的寶寶含乳有困難。	
婦女的身體意象	16.我認為哺乳會使我的乳房鬆弛下垂。	
	17.在哺乳期間我覺得自己沒有吸引力。	
哺乳空間	18.我在公共場所哺乳時感到舒適。	
	19.我在公共場所哺乳時會遮蓋我的乳房。	
母親的角色	20.我覺得有義務要哺乳。	
	21.我享受哺乳的過程。	
	22.我哺乳是因為這對我的寶寶最好。	
周遭保護、推廣與支持	23.我得到家人/伴侶的支持來進行哺乳。	
	24.我有專業人員支持我哺乳。	
家庭與社會權威	25.我會根據健康專業人員的指導改變我的看法。	
	26.我覺得家人會影響我對哺乳的決定。	
	27.我覺得朋友會影響我對哺乳的決定。	
婦女的決策	28.我希望進行哺乳親餵。	
	29.我相信正面的經驗會影響我哺乳的決定。	
	30.我認為了解哺乳優點有助於做出哺乳的決定。	

總分範圍為 **30~150 分**。分數越高，代表母-嬰-環境在哺乳過程中的互動越正向、越順利。

請特別注意第 10, 15, 16, 17, 19, 20, 26, 27 題為反向題。INBS 最強大的功能在於其診斷性。員不應只看總分，更應分析各個「概念維度」得分情況。若母親得分特別低的是在「婦女的生物條件」(如第 10 題疼痛得分高)和「家庭與社會權威」(如第 26 題家人影響得分高)，就應優先處理疼痛問題並與家庭成員溝通，而非僅僅重複教導哺乳技巧。這使得介入措施能真正地個人化，直擊問題核心。

父嬰肌膚接觸 (Father–Infant Skin-to-Skin Contact) 效益、應用與未來發展：綜論

中文摘要

肌膚接觸 (skin-to-skin contact, SSC) 被視為新生兒照護及母乳哺育支持的重要措施，過去研究多聚焦於母嬰肌膚接觸，而父嬰肌膚接觸之實證證據近年逐漸受到重視。本綜論旨在整理父嬰 SSC 對新生兒及父親之影響，並探討其於臨床照護中的應用價值。文獻顯示，父嬰 SSC 有助於維持新生兒體溫穩定、改善心率與血糖等生理指標、減少哭泣及壓力反應，並促進父嬰互動。同時，父親參與 SSC 可降低焦慮與壓力、增進父職角色認同及親職參與。當母親因剖腹產或其他醫療因素無法立即執行 SSC 時，父嬰 SSC 可作為重要的輔助照護策略。然而，現有研究仍以短期生理結果為主，對於母乳哺育持續率、家庭互動及長期親職發展等面向之證據仍有限。未來研究應建立一致的 SSC 操作定義與評估指標，以提升研究品質並促進臨床實務應用。

關鍵詞：父嬰肌膚接觸、皮膚接觸、新生兒照護、父職角色、親職參與

一、前言

建議改寫為：

世界衛生組織 (WHO) 及聯合國兒童基金會 (UNICEF) 皆將出生後立即肌膚接觸列為促進母乳哺育與新生兒適應的重要措施。過去 SSC 相關研究多以母嬰為主體，然而隨著家庭照護模式改變及性別平權意識提升，父親在新生兒照護中的角色逐漸受到重視。當母親因剖腹產、麻醉恢復或其他醫療因素無法立即進行 SSC 時，父嬰 SSC 成為值得關注的替代或輔助照護方式。因此，本文旨在統整父嬰 SSC 之實證研究成果，探討其對新生兒及父親之影響，並分析其臨床應用與未來發展方向。

二、父嬰 SSC 的生理與心理效益

(一) 新生兒生理穩定性

- 1. 體溫調節與熱量保存：**研究指出，父嬰 SSC 能有效維持新生兒體溫，其效果與母嬰 SSC 相近，並可降低熱量消耗。
- 2. 生理指標穩定：**父嬰 SSC 可改善：心率、呼吸頻率、血氧濃度、血糖濃度，有助於新生兒出生後之生理適應。
- 3. 壓力反應調節：**接受 SSC 的嬰兒具有較低皮質醇反應，顯示 SSC 對降低新生兒壓力具有保護效果。

(二) 新生兒行為表現

研究顯示父嬰 SSC 能：降低哭泣時間、提升安撫效果、促進睡眠與放鬆狀態及增加親子互動行為，有助於建立出生後早期親子連結。

(三) 父親心理與親職發展

1. 降低焦慮與壓力：SSC 過程中父親催產素增加、皮質醇下降，使其獲得較佳「為人父」的心理調適能力。
2. 提升父職角色認同：SSC 提供實際參與照護的機會，有助於建立父職角色與育兒信心。
3. 促進親子互動：參與 SSC 的父親展現更多敏感與回應性照護行為，有助父嬰依附形成。

三、父嬰 SSC 之臨床應用

(一) 剖腹產情境下的應用：當母親因：手術進行中、麻醉恢復期、術後身體狀況限制無法立即執行 SSC 時，父嬰 SSC 可作為過渡性照護措施。

(二) 新生兒轉運照護：研究發現，由父親抱持進行輪椅轉運與保溫箱轉運相比：

- 低血糖發生率無差異
- 低體溫發生率無差異
- 可增加出生 24 小時內首次 SSC 發生率

顯示其具有安全且可行之臨床應用價值。

四、父嬰 SSC 與母嬰 SSC 之關係

儘管父嬰 SSC 已展現多項正向效益，但其定位應被視為母嬰 SSC 的補充措施，而非取代策略。SSC 的核心目的除維持新生兒生理穩定外，更包含促進母乳哺育、建立母嬰依附關係及支持母親產後適應。因此，在推廣父嬰 SSC 的同時，仍應持續檢視醫療體系是否已盡最大努力協助母親於產後早期執行 SSC。

參考文獻

1. Cordolcini, L., Wallwiener, M., Mutschler, J., Schlamann, M., Hacking, S., Dittrich, J., & Reck, C. (2024). Skin-to-Skin Care and Spontaneous Touch by Fathers in Full-Term Healthy Infants: A Systematic Review. *Children*, 11(1), 157. <https://doi.org/10.3390/children11010157>
2. Shorey, S., He, H.-G., Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: An integrative review. *Midwifery*, 40, 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007>
3. Ayala, A., Christensson, K., Christensson, E., Cavada, G., Erlandsson, K., & Velandia, M. (2021). Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after Caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta Paediatrica*, 110(5), 1491–1497. <https://doi.org/10.1111/apa.15685>