

## 母乳哺育醫學會臨床程序# 16： 張力不足嬰兒之哺乳(2016 年更新版)

Jennifer Thomas, Kathleen A. Marinelli, 及母乳哺育醫學會

母乳哺育醫療學會的主要目標是發展出臨床程序來處理可能會影響成功母乳哺育的常見醫療問題。這些程序只作為照顧哺乳母親與嬰兒的方針，而非治療方式或醫療照護之絕對標準；根據個別需求不同而調整處置才是適當的做法。

### 目標

促進，支持，並維持張力不足的兒童哺乳

### 定義

肌肉張力(muscle tone)是指肌肉在休息狀態下對被動伸展的抵抗力。它與肌力(muscle strength)不同，而且可以受到很多因素的影響。張力不足(Hypotonia)是一種肌肉張力減少的情形，不一定會伴隨肌肉無力。張力不足病因很多，包括中樞或周邊神經系統異常、神經肌肉交接點病變、肌肉疾病、代謝疾病、內分泌病變、營養障礙、結締組織病變及染色體異常等。周產期缺氧、肌張力低下性腦性麻痺都可能造成中樞型張力不足。有一種稱為良性先天張力不足的情況，為了排除上述所有原因而做的診斷，這種張力不足會隨著年齡增加而改善或痊癒<sup>1</sup>。

### 背景

張力不足的嬰兒由於口咽結構的控制功能發育不佳或異常，造成吸吮力量不協調或較微弱，常導致哺乳的問題，類似早產兒的發展經驗。儘管關於張力不足的病因很多，但對肌張力低下嬰兒餵養問題進行的研究很少。然而，一些用來照護會出現肌張力低下表現的病嬰的方法，如 21 號三染色體(trisomy 21 唐氏症)和早產兒，也都可以應用於這些張力不足的嬰兒照護。

唐氏症是出現三條第 21 號染色體的遺傳性疾病，超過百分之九十的患者會出現張力不足，與其他導致張力不足的原因有許多相同的餵食風險和併發症。相關的口腔異常特徵包括咬合不正、嘴巴小但舌頭較大和突出，當與張力不足合併出現時，某些患兒會出現嚴重的餵食困難<sup>2</sup>。

在許多國家，可能也會與肌張力低下相關困難的早產兒，經常在出生後不久與母親分開，這會增加哺乳的困難。早產兒也會因口腔結構小且發育未成熟、以及吞嚥協調困難而有餵食問題<sup>3</sup>。

母乳哺育醫學會、美國兒科醫學會、世界衛生組織及其他國際組織建議除

非有醫療上的禁忌，所有兒童都應該哺乳<sup>4,5</sup>。這對唐氏症與其他張力不足的兒童，哺乳尤其重要，因為可以減少人工餵食造成的相關併發症的風險。舉例來說，除了口腔異常與咬合不正外，唐氏症兒童會有發育遲緩，容易有耳朵、呼吸道或其他部位的感染，心臟和胃腸道等先天性異常的發生率增加。

一項系統回顧研究探討哺乳對健康族群中相關問題的影響時，發現哺乳對耳朵和呼吸道感染的發展具有保護作用<sup>6,7</sup>。這也與咬合不正的風險顯著降低有關（勝算比 0.34; 95% 信賴區間 0.24-0.48）<sup>8</sup>，這表示哺乳可促進口腔運動強度，因此對唐氏症和其他導致肌張力低下的原因有潛在益處<sup>2</sup>。哺乳有助於正常的口舌協調。

研究發現，哺乳對於神經認知功能有正面的影響<sup>6,9</sup>，尤其是出生體重較輕及體重與妊娠年齡不符的兒童<sup>10</sup>。由於張力不足的嬰兒可能會有神經認知方面的問題，母乳哺餵好處對長期的預後有明顯的差異。

先天性心臟病兒童，哺乳比餵食配方奶的兒童成長更好、住院時間較短以及氧飽和濃度較高<sup>11</sup>。唐氏症孩童常合併有張力不足與心臟疾病，這個研究結果再次顯示，哺乳對這些嬰兒有明顯的益處。因此，雖然沒有針對張力不足的兒童進行研究，但基於一般族群研究所獲得的資訊，這些特殊兒童可能會從哺乳亦或餵食擠出的母乳得到同樣好處。

相較於正常足月兒，張力不足的兒童，特別是在唐氏症孩童的吸吮行為通常是較無效的，這些指標包括吸吮的力量、頻率和時間，以及缺乏平順的舌頭蠕動<sup>12</sup>。

追蹤第一年的吸吮行為，四個月大時吸吮力量顯著增加，八個月大時再次增加；吸吮頻率則在四個月大時增加；吸吮時間並沒有隨著時間增加，只有少數嬰兒在八個月大再次試驗時舌蠕動情形會正常。但是，整體而言一年後吸吮效率是有改善的。

母親常常會覺得哺乳問題在嬰兒 3-4 個月大時大為改善。了解吸吮功能改善時程，讓第一線工作人員可以有效地支持這些母親和他們肌張力低下的嬰兒，改善哺乳的技巧，即使在開始階段困難重重，最後能維持足夠的奶量並成功哺餵。

張力不足兒童的哺乳的確是一種挑戰，但仍有許多成功親餵的例子。沒有證據顯示唐氏症或其他張力不足的嬰兒，使用瓶餵會比親餵來得好。<sup>21</sup>此外，也沒有證據顯示，這些兒童在哺乳前必須先使用奶瓶餵食。<sup>16</sup>

如果可以，專業人員應組成的團隊一起協助有特殊需求的母嬰哺乳。研究顯示知識豐富專業人員的重要性，因為唐氏症的母親會感到他們沒有得到足夠的支持來哺乳。如果沒有達到她們哺乳的目標，她們會感到無助或沮喪<sup>14</sup>。有能力哺餵嬰兒會讓母親得到力量。

## 步驟

### 一、產前照護

1. 醫療照護者應該鼓勵所有媽媽哺乳，不論是否為肌張力低下風險的嬰兒。鼓勵對媽媽下決定是否哺乳極為重要<sup>15,16</sup>。

2. 詢問哺乳史應作為產前照護的一部分，關於哺乳困難的顧慮和危險因子應與嬰兒的醫療照護者溝通<sup>17</sup>。
3. 如果在懷孕期間知道嬰兒會出現張力低下，應將母親轉介給哺乳醫學專家及有肌張力低下嬰兒專業知識的泌乳顧問。

## 二、 教育

1. 應要教導所有母親哺乳及提供母乳對母嬰的好處，為數不少的肌張力低下嬰兒可以毫無困難的哺乳。
2. 在出院前後，所有嬰兒都應該持續追蹤，評估進一步需求。

## 三、 在產後立即促進和評估哺乳

1. 一旦嬰兒的狀況穩定，要立即開始第一次的哺乳。如果嬰兒的生理狀況穩定，沒有理由不能在產房進行第一次哺乳。可能需要額外的支持與指導。
2. 要大力鼓勵袋鼠式（肌膚接觸）護理。與所有嬰兒一樣，當肌張力低下嬰兒做肌膚接觸時，應注意確保母親完全清醒，嬰兒的臉部可見並保持呼吸道開放。如果嬰兒哺餵的不是很好，觸摸是一種刺激，更容易喚醒嬰兒進行哺餵。肌膚接觸顯示也可以幫助母親增加奶水量<sup>18,19</sup>，眼神接觸與撫觸也可以協助建立親子依附關係，對這些家庭格外重要。
3. 評估嬰兒含乳、吸吮與移除乳汁的能力。這種評估應由受過哺乳評估與處理的專業人員進行。
4. 因為這些嬰兒需要花費力氣在吸吮而不是在支持身體，在嬰兒嘗試哺乳時，要特別注意提供良好的頭部和身體的支撐。可使用吊帶或枕頭，支持嬰兒維持彎曲的姿勢，讓母親用她的雙手可以同時支持乳房和嬰兒的下顎(舞者手)。肌膚接觸將有助於頻繁的嘗試哺餵。
5. 5.“舞者手 (Dancer hand)”（見圖 1）姿勢可能值得母親一試，因為在哺餵時可以同時支撐乳房和嬰兒的兩頰和下顎。這姿勢在手掌呈杯狀握住乳房（從乳房下方支撐），及中指、無名指和小指捲曲支撐乳房外側的同時，嬰兒的下巴可以停在拇指和食指之間的空隙（見圖 1）。拇指和食指可以輕壓嬰兒的咀嚼肌穩定下巴<sup>20,21</sup>。此外，將下巴稍為拉前可讓嬰兒更緊密含住乳房。另一隻手則用來支持嬰兒的脖子和肩膀。
6. 其他方法也可以有效幫助嬰兒含乳和移出奶汁。有些母親在哺餵時併用手擠奶來促進乳汁的移出。不同於舞者手是用拇指和食指來支撐嬰兒的下巴，這種方法是將手指盡量靠近乳暈，當嬰兒吸吮時用手壓出乳汁。薄的矽膠乳頭罩可使用在奶量充沛（大於每天 500 毫升），而且母親學會用手擠奶維持奶量或在乳頭罩下使用哺乳輔助器時<sup>22</sup>。

讓母親知道有不同方法、輔助用具及想法，鼓勵她試試看，並找出最適合她和嬰兒的方式。

7. 在產後前幾週，要完成成功哺餵一次可能需要比較久的時間。母親和支持的家人也應該知道很多個案中嬰兒哺餵的能力，在接下來幾週到幾個月將會逐漸改善。
8. 經過訓練的人員，必須常常再評估嬰兒(至少每隔 8 小時)，因為這些嬰兒與接近足月的嬰兒相似(見 ABM 臨床程序#10 接近足月嬰兒的哺乳)，必須考慮有較高的哺乳風險。由於持續吸吮的能力可能受損，要鼓勵每天頻繁哺餵。嬰兒應該盡可能哺乳，目標每 24 小時最少 8 到 12 次<sup>5</sup>。長時間的肌膚接觸將有助於哺餵母乳。評估應包括脫水的程度與黃疸，以確認因進食不佳而可能出現的併發症。
9. 一旦出現轉換期母乳，使用適當的電子磅秤來測量體重，可能是一種判斷母乳移出量的方式。在哺餵母乳前後測量嬰兒體重，電子磅秤的誤差在 5 公克內，測量體重前後的尿布、衣服和毛毯都不能更換。增加的體重正好反應吸食奶量，1 克相當於 1 毫升。唐氏症的足月兒體重增加速度比正常足月兒慢<sup>24</sup>，2015 年推出新的唐氏症嬰兒專用成長曲線，可用來正確反應這類孩子的正常生長<sup>24</sup>。
10. 如果嬰兒無法哺乳或維持足夠的吸吮，可以考慮替代哺餵方式，包括使用杯子<sup>25</sup>、湯匙、或針筒。單獨使用哺乳輔助工具可能是沒有幫助的(沒有使用乳頭罩-詳見本段第 6 點)，因為這些工具需要嬰兒有效的含住乳房，這正是張力不足嬰兒缺乏的能力。
11. 如果必須使用添加物，請參考 ABM 臨床程序#3 (健康足月哺乳嬰兒使用添加物的醫院指引)<sup>26</sup>。如果嬰兒正在嘗試吸吮，鼓勵母親在每次哺乳後再擠奶(見下文四)，然後用湯匙、杯子或其他工具餵食，這樣能給予乳房更多的刺激並提供更多母乳給嬰兒。
12. 有時，這些嬰兒可能合併吞嚥困難和在各種類型的餵食中吸入異物的問題。有證據顯示，在這些情況下，增加食物的黏稠度可降低風險。與管理這些餵食的團隊密切溝通，對於即將提供母乳並與增稠物質一起使用的哺乳母親至關重要<sup>27,28</sup>。

#### 四、 確保母乳供應的預防措施

1. 如果嬰兒無法成功或完全的哺餵母乳，或是母嬰分離(例如嬰兒在新生兒加護病房住院)，應藉由擠乳器或手擠奶儘早開始並維持泌乳。鼓勵母親在生產後一小時內儘早擠奶<sup>29</sup>之後大約每 3 小時擠一次。舊的指引建議產後 6 小時內開始擠奶<sup>30</sup>。目標是每 24 小時至少移出母乳 8 次，類似一個健康的足月哺乳嬰兒的刺激。即使嬰兒已經表現一些能力去含乳、吸吮和移出母乳，在頭幾個星期，母親可能還是需要擠出更多的奶水，以達成和維持母乳的供應。
2. 大多數母親藉由擠奶來開始和維持母乳的供應的研究對象都是早產兒的母親。對於使用擠奶器的母親而言，母乳量是早產兒哺乳時間長短及是否完全哺乳的決定因素，而母乳量不足則是母親放棄哺餵母乳最常見的理由<sup>30-32</sup>。

隨著嬰兒吸吮節奏的發展，並出現想吃的舉動，奶水移出會開始改善，擠奶時間可以依據這些線索來作調整（如每次嘗試哺乳後再藉由擠奶排出奶汁）。這種方式應該繼續到母嬰在一起及嬰兒能夠持續哺乳成功。關鍵是教會母親如何有效擠奶，包括使用的醫院級的電動擠奶器和手擠奶。合併電動擠奶和手擠奶可以同時增加奶水量<sup>33</sup>及母乳裡的熱量含量<sup>34</sup>。

3. 透過早產兒的研究，1500 公克以下的早產兒可以成功地由管餵或瓶餵轉換成完全母乳哺育最低母乳量是每天 500 毫升<sup>35</sup>，這個結果可推論到張力不足的嬰兒。未有針對張力不足嬰兒的研究前，這是可以開始減少添加物的最低開始量，並以此作為計算成長所需的攝食量的調整基準。
4. 當用電動擠奶器時，使用醫院級擠奶器兩側同時擠奶比單側擠奶更有效。最近研究顯示使用電動擠奶器的婦女，併用手擠奶可以更有效的增加母乳量及母乳裡的熱量含量。相對於單獨使用擠奶器被動的由乳房抽吸母乳，在用擠奶器擠奶時併用手擠奶、按摩乳房及擠壓乳房更能增加母乳的移出<sup>33,36,37</sup>。
5. 一本擠奶/哺餵日記或日誌，能讓醫療人員可以追蹤母乳量且在必要時進行介入<sup>38</sup>。

## 五、 出院時及新生兒時期

1. 如果嬰兒會繼續住院，應每天評估母親的母乳量，包括哺乳時間、擠奶頻率、24 小時奶水總產量及任何乳房不適的跡象。小心監測嬰兒的體重增加，並在需要時考慮添加代用品。
2. 監測哺乳的長度（例如：限制為 1 小時）以確保嬰兒不會因餵食而過度疲勞。
3. 告知母親吸吮的效率經常會在第一年持續進步，哺乳的經驗可能會“正常化”，而不需要持續使用剛開始哺乳的介入措施（例如添加代用品、擠奶、更頻繁的哺餵等）。
4. 如果哺乳沒有持續改善，評估是否有其他原因造成的哺乳困難（例如舌繫帶）。
5. 提供關於當地母乳支持團體和相關疾病如唐氏症家族的病友會資料。支持和鼓勵，對這些需付出更多的耐心和時間來哺餵嬰兒的母親和家庭尤其重要。
6. 如果母乳量無法滿足或超過嬰兒的需要，或儘管在最佳哺乳或擠奶狀態下奶量仍開始減少，可以考慮使用促進泌乳物質（galactogogues）提高母乳量。請參閱 ABM 臨床程序#9（使用促進泌乳物質開始或加強母量）<sup>39</sup>。如果需要使用添加物且可拿到捐贈奶，巴斯德消毒過的捐贈奶是理想的選擇<sup>26</sup>。

## 進一步的研究

此份臨床程序是為母乳哺育醫學會提供臨床照護者指引而編制，內容是根據與肌張力低下嬰兒廣泛合作的專家意見所制訂。它也是少數解決哺乳和有特殊需要的兒童的資料之一。雖然這個族群特別需要以證據為基礎的哺乳實作，但只有很少的科學依據可以作為建議的依據。這次修訂的可供研究很少，我們會繼

續制訂其他弱勢患者族群的最佳實作。建議需要進一步的研究的領域包括：

1. 對有特殊需求哺乳嬰兒最佳做法所進行的研究很少，需要成為優先事項。這些母親和孩子從成功的哺乳經驗中獲益良多，我們需要更好的資訊來了解如何在這項工作中支持家庭。
2. 幫助張力不足嬰兒吸吮並移出母奶的適當方法需進一步研究。
3. 早產兒灌食時使用奶嘴來“練習”經口餵食，可幫助轉換到哺乳，張力不足嬰兒在需要時使用這種方法值得評估。
4. 一旦成功哺乳後，哺乳與配方奶餵食的張力不足嬰兒體重增加的評估，特別唐氏症的嬰兒。
5. 評估用在哺餵張力不足嬰兒的各種添加方法（杯，瓶，湯匙），以找出效果及最佳做法。
6. 可能加重或改善這些嬰兒哺乳困難之可改變因素的研究資訊，例如無痛分娩/麻醉、肌膚接觸及週產期諮詢等，應協助製定最佳執行標準。
7. 應該進行比較這個族群哺乳與瓶餵母乳（增稠與否）或配方奶吸入風險的研究，因為這是肌張力低下嬰兒常見的問題，可能導致過早和可預防的哺乳停止。

## 參考文獻

1. Bodensteiner JB. The evaluation of the hypotonic infant. *Semin Pediatr Neurol* 2008;15:10–20.
2. Aumonier ME, Cunningham CC. Breast feeding in infants with Down’s syndrome. *Child Care Health Dev* 1983;9:247–255.
3. Lau C. Development of infant oral feeding skills: What do we know? *Am J Clin Nutr* 2016;103:616S–621S.
4. World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
5. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
7. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:85–95.
8. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, et al. Effect of breastfeeding on malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:54–61.
9. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:14–19.
10. Vohr BR, Wright LL, Dusick AM, et al. Beneficial effect of breast milk in the neonatal intensive care unit on the development outcomes of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:e115–e123.
11. Marino BL, O’Brien P, LoRe H. Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital heart disease. *J Pediatr Nurs* 1995;10:360–364.
12. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants with Down’s syndrome. *Acta Paediatr* 2001;90: 1384–1388.

13. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd edition; Report of the U.S. Preventive Services Task Force. US Preventive Services Task Force, Washington, DC. US Department of Health and Human Services. 1996. Available at [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/) (accessed January 4, 2016).
14. Skotko B. Mothers of children with Down Syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics* 2005;115:64–77.
15. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
16. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.
17. ACOG. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. 2016 Available at [www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committeeon-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committeeon-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice) (accessed March 13, 2016).
18. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324.
19. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *J Perinatol* 1997;17:213–217.
20. Danner SC. Breastfeeding the neurologically impaired infant. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:640–646.
21. McBride MC, Danner SC. Sucking disorders in neurologically impaired infants: Assessment and facilitation of breastfeeding. *Clin Perinatol* 1987;14:109–130.
22. Meier PP, Brown LP, Hurst NM, et al. Nipple shields for preterm infants: Effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 2000;16:106–114.
23. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #10: Breastfeeding the late preterm infant (340/7 to 366/7 Weeks Gestation) (First Revision June 2011). *Breastfeed Med* 2011;6:151–156.
24. Zemel B, Pipan M, Stallings V, et al. Growth charts for children with Down Syndrome in the United States. *Pediatrics* 136:e1204–e1211.
25. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;212:350–355.
26. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, Revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
27. Gosa M, Schooling T, Coleman J. Thickened liquids as a treatment for children with dysphagia and associated adverse effects: A systematic review. *ICAN* 2011;3:344–350.
28. Tutor JD, Gosa MM. Dysphagia and aspiration in children. *Pediatr Pulmonol* 2011;47:321–337.
29. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Effect of early milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birthweight infants: A pilot study. *J Perinatol* 2012;32:205–209.
30. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2002; 109:e57.
31. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, et al. Lactation counselling for mothers of very low birth weight infants: Effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 2006;117:e67–e75.
32. Killersreiter B, Grimmer I, Buhrer C, et al. Early cessation of breast milk feeding

- in very low birthweight infants. *Early Hum Dev* 2001;60:193–205.
33. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
  34. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child* 2012;97:F18–F23.
  35. Meier PP. Supporting lactation in mothers with very low birthweight infants. *Pediatr Ann* 2003;32:317–325.
  36. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers with preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
  37. Jones E, Dimmock PW, Spencer SA. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch Dis Child* 2001;85:F91–F95.
  38. Meier PP, Engstrom JL. Evidence-based practices to promote exclusive feeding of human milk in very low-birthweight infants. *Neuroreviews* 2007;8:e467–e477.
  39. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion(First revision January 2011). *Breastfeed Med* 2011;6:41–46.
  40. McCain GC, Gartside PS, Greenberg JM, et al. A feeding protocol for healthy preterm infants that shortens time to oral feeding. *J Pediatr* 2001;139:374–379.

母乳哺育醫療學會臨床程序(ABM protocols) 從發表的日期算起，5年過期。這臨床程序的內容在發表時是最新版。5年內會再執行以實證為基礎的更新，如果實證有重大改變的話，甚至更在短時間內更新。最初版本是由Jennifer Thomas, Kathleen Marinelli,及Margaret Hennessy著作完成。

母乳哺育醫學會臨床程序委員會：

*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*

*Kate Naylor, MBBS, FRACGP*

*Sarah Reece-Stremtan, MD*

*Casey Rosen-Carole, MD, MPH*

*Tomoko Seo, MD, FABM*

*Rose St. Fleur, MD*

*Michal Young, MD*

通訊窗口: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)