

## 各區辦理母乳哺育種子講師討論會重點摘要

項目	重 點 摘 錄
個案討論	<p>1. 嬰兒哭泣與家庭壓力</p> <p>(1) 案例背景：嬰兒出生後前幾個月哭泣高峰期屬正常發展現象，對健康無直接威脅。</p> <p>(2) 臨床運用：院區分三階段推動哭泣高峰期計畫，包含：入住嬰兒室或新生兒病房時提供衛教單及口頭說明，出院前回收問卷並給予圖卡，加強家長認知；返家後透過門診、電話或居家訪視追蹤；與台大兒少保護中心合作宣導，轉介困擾家長至個案管理師。</p> <p>(3) 討論議題：嬰兒哭泣增加父母壓力，提供產婦喘息服務可減輕家庭負擔，提升親職照護能力。</p> <p>2. 產後憂鬱與哺乳</p> <p>(1) 案例背景：多名產婦因產後憂鬱或精神病出現哺乳困難，心理壓力大，家庭支持薄弱。部分個案有妄想或躁症表現，需住院與用藥治療。</p> <p>(2) 臨床運用：孕期進行心情評估，產後出院前使用愛丁堡產後憂鬱量表，分數高者安排心理諮詢，並由護理師二週後追蹤電訪。心理支持包括同理性溝通、正確哺乳姿勢指導、家庭教育與衛教轉介。</p> <p>(3) 討論議題：心理異常若未及時介入可能演變為嚴重精神疾病，影響母嬰安全與家庭穩定；家庭支持及環境管理對照護成效至關重要。</p> <p>3. 母乳相關醫療個案</p> <p>(1) 案例背景：35 歲產婦懷孕期間發現左乳纖維腺瘤，產後因傷口滲乳及癒合不良住院，面臨乳腺炎風險。</p> <p>(2) 臨床運用：強調跨科合作與心理支持，術後建議保守治療並持續哺乳；衛教包括乳瘻識別及哺乳期風險管理。</p> <p>(3) 討論議題：荷爾蒙變化影響乳腺增生，乳汁滯留與乳腺炎風險需早期辨識；心理支持可減少母親焦慮並促進哺乳持續性。</p> <p>4. 產後中醫調養</p> <p>(1) 個案簡述：產婦月中身體狀況不同，常見困擾包括落髮、乳腺炎與會陰損傷。</p> <p>(2) 調養方式：中醫先以食補，再用中藥湯調理，科學中藥為輔；針對乳腺充盈，使用產後 1 或 2 方疏通，嚴重乳腺炎則轉介外科；會陰損傷則依傷口狀況暫停進補，先攝取魚湯及輕補。</p> <p>(3) 補充品攝取：玉米鬚茶可喝，粉光蓼較燥，適量促泌乳，但需注意口乾便秘。</p>

5. 母乳哺育支持團體的執行情形，依據產婦課後回饋檢討改進方向：

- (1)母乳支持團體在產後護理之家進行時，若參加人數偏少，常使帶領者擔心活動互動度不足。建議可在開場先安排小遊戲或暖身活動，營造輕鬆氛圍，拉近與產婦間的距離，再循序引導她們分享育兒與哺乳困擾，如此更能提升參與度並使活動順利推展。
- (2)產後護理之家的參與者多為產後媽媽，每月成員不同，團體內容需依當期需求彈性調整；相較之下，門診對象包含孕婦與產婦，較具多樣性，可邀請熟識的產婦分享哺乳與育兒經驗，協助孕婦提前理解照護情境、減少焦慮，兩場域操作模式有所差異。
- (3)若支持團體長期由同一位帶領者負責，容易造成工作量與心理壓力累積。建議機構可增加母乳種子講師與帶領者的培訓，使團隊更能輪值；也可尋求跨單位支援，邀請外部種子講師協助帶領，以分散壓力並提升活動品質。
- (4)支持團體核心價值在「支持」，而非單純替產婦解決所有問題。女性從懷孕到成為母親需經歷 3R：Recognize（覺察）、Redefine（重塑）、Radiate（綻放）。透過同儕陪伴、情緒支持與經驗分享，可增強產婦的自我效能與育兒信心，使她們不再感到孤單，這是支持團體最重要的目的。

6. 協助前胎哺乳失敗經產婦哺乳經驗

- (1) 本案例討論一位前胎哺乳失敗的經產婦，探討其母乳哺餵經驗與照護策略。研究指出，對母性認同感高的女性，若無法順利哺乳，易產生挫敗、罪惡及自我懷疑等負面情緒，並可能提升產後憂鬱風險。影響因素包括乳頭受傷、乳腺炎、嬰兒含乳困難、早產或疾病、環境不佳及缺乏哺乳指導等。護理人員在產後住院期間的主動協助、產前教育及支持系統對哺乳成功至關重要，可減少焦慮、增加信心。
- (2) 個案在前胎哺乳時曾因乳腺膿瘍接受手術，醫師建議停止哺乳以利傷口復原，產後仍欲哺乳，但因害怕復發而服用退奶藥，導致乳房腫脹並情緒低落。護理策略包括：緩解乳房腫脹、了解產婦真實想法、促進肌膚接觸、分享挫敗經驗、鼓勵親餵、持續陪伴與正面肯定、排除腫脹原因、丈夫角色參與，以及轉介衛生局追蹤與加入母乳支持團體。

	<p>(3) 結論顯示，持續、階段式照護能有效支持哺乳：產前教育提供知識、待產過程採溫柔生產提升親子互動、產後早期介入解決哺乳困難、返家後透過社區資源及支持團體維持哺乳信心與持續性，整合多面向策略有助產婦克服心理與實務障礙，成功建立母乳哺餵經驗。</p>
哺乳哺育相關議題	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 多元家庭母乳哺育             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 文獻指出：女同志家庭可透過共同哺乳或誘導哺乳，男性同性伴侶可選擇配方奶、捐乳或誘導哺乳；跨性別或非二元性別者可獲得泌乳或胸部餵養支持。</li> <li>(2) 臨床運用：尊重身體認同與詞彙選擇，提供情感支持與教育，促進家庭凝聚力。</li> </ol> </li> <li>2. 職場母乳哺育支持             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 介入措施：提供私人集乳空間、彈性工作安排、產前產後課程、哺乳政策。</li> <li>(2) 支持機制：個人層面提供設備與時間；人際層面同事支持；組織層面包括產假與兒童保育。</li> <li>(3) 影響因素：教育程度、集乳認知、同事鼓勵、工作環境及效率感。</li> </ol> </li> <li>3. 中醫與母乳哺育             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 理論基礎：乳汁為血所化，氣血充盈、脾胃運化、肝氣順暢、腎氣充足可促進乳汁分泌。</li> <li>(2) 臨床問題：奶量不足或過多、乳腺炎、乳瘻等，透過補氣血藥膳及針灸改善。</li> <li>(3) 產後憂鬱影響哺乳，透過中醫調理可兼顧心理健康與母乳持續性。</li> </ol> </li> <li>4. 泌乳與心理健康             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 哺乳刺激 oxytocin 分泌，有助於降低周產期情緒及焦慮障礙 (Perinatal Mood and Anxiety Disorders, PMAD) 發生並改善睡眠。</li> <li>(2) 哺乳困難與產後心理障礙常同時出現，需整合照護計畫與專業支持。</li> <li>(3) 案例：人工生殖媽媽因母職焦慮過度擠奶，導致乳腺炎與情緒問題，提醒醫療人員關注母職焦慮對哺乳的影響。</li> </ol> </li> <li>5. 哺乳推廣與支持             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 產後護理之家：提高親子同室率，月中產婦哺乳意願受產前及醫院經驗影響，應強調對產婦自身利處。</li> <li>(2) 醫療院所：衛教可移至候診區，家人支持重要；產前衛教應涵蓋新生兒生理特性與產後可能狀況。</li> </ol> </li> </ol>

	<p>6. 個案背景與問題</p> <p>(1) 甜甜媽媽，38 歲，G2P2，第二胎自然產，嬰兒 3200 克，產後母乳+配方奶混合餵養。返家後擠奶每 4-6 小時一次，但乳房仍脹痛，手擠時出現破皮。嬰兒每日排便頻繁，臀部紅腫。</p> <p>(2) 李姓產婦，39 歲，G1P1，乳頭破皮改用吸乳器餵奶，乳暈水腫，求助母乳種子講師後透過親餵成功建立信心。</p> <p>7. 介入與建議</p> <p>(1) 母乳擠奶技巧與乳房護理：建議改用 C 型手勢固定乳房，輕柔按壓乳暈周圍乳腺，搭配熱敷與按摩，以促進乳汁流出並減少脹痛。使用電動吸乳器時應調整吸力與罩杯大小，避免過度排空乳房。適度休息與乳房護理能減少破皮與乳腺充血，提升哺乳舒適度。</p> <p>(2) 新生兒排便與護臀</p> <p>對於排便頻繁的新生兒，建議使用溫和方式清潔，避免過度摩擦皮膚；每次換尿布後塗抹含氧化鋅的護臀膏，並保持臀部乾燥，降低紅腫與刺激風險。</p> <p>(3) 哺乳自我效能與心理調適</p> <p>運用成長性思維 (growth mindset) 來鼓勵母親保持「我正在學習」的正向心態，幫助減少焦慮與自我懷疑。透過讚美、同理以及關注小進展，可以逐步強化母親的自信與哺乳自我效能。</p> <p>(4) 非哺乳期乳腺炎處理</p> <p>針對導管周圍乳腺炎、特發性肉芽腫性乳腺炎及結核性乳腺炎，需先排除惡性可能。建議結合中西醫治療方式，提供心理支持、芳香療法，並透過舒緩疼痛與乳腺腫脹的措施改善身心症狀。</p> <p>(5) 二胎剖腹產媽媽乳房腫脹疼痛，透過半斜躺姿勢與格式塔哺乳法改善嬰兒深含乳，提升乳汁轉移量與母親自信心。運用成長型思維，鼓勵「我正在學習」的正向心態，減少焦慮與自我懷疑。早期介入、親子同室、手擠奶與吸乳器指導、乳房護理、芳療及返家計畫，有助建立成功哺乳經驗。</p> <p>8. 產科醫師與助產師共同照護—淡水馬偕實務經驗分享</p> <p>(1) 本次新知探討以淡水馬偕婦產科推動「產科醫師與助產師共同照護」模式為主軸，說明其發展背景與核心理念，強調以孕產婦為中心，透過團隊合作促進自然生產、母乳哺育及產前至產後的連續性照護，並作為北區母乳種子講師之實務教學素材。</p> <p>(2) 會中分享政策、制度與臨床三層面實務經驗，包含風險分級、標準化轉介流程、醫師與助產師分工，以及產房與嬰兒室之協作模式。臨牀上由助產師與護理師主責低風險照護與情緒支</p>
--	---

	<p>持，產科醫師負責高風險評估與醫療介入，確保安全與效率並重。</p> <p>(3)綜合產房、嬰兒室及產後照護經驗，說明待產環境營造、非藥物舒緩、產後即刻肌膚接觸、早期吸吮、母乳追蹤及親子共讀之整合運作。與會者並建議持續強化跨專業溝通、教育訓練與臨床指標蒐集，以深化共照模式與母乳推廣成效。</p>
新知探討	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 園藝療癒與芳香療法             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 芳香療法與手作調香可刺激大腦邊緣系統，減壓、穩定情緒、提升哺乳信心。</li> <li>(2) 園藝療癒可促進自我效能，舒緩焦慮，形成「自我療癒—賦能他人—促進母嬰健康」正向循環。</li> <li>(3) 臨床運用：結合討論、互動及實作，提升護理人員及產婦心理健康與專業穩定性。</li> </ol> </li> <li>2. 母乳哺育教材與教學技巧             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 遊戲式教學與五感學習提升學習動機，分段練習、設計簡報與教材需兼顧易懂與專業。</li> <li>(2) 臨床經驗分享：運用工具（Copilot、Canva、Gamma）提升教學效果，結合一對一及團體衛教策略。</li> <li>(3) 母乳支持團體可促進產前產後產婦交流，建立跨機構合作及衛教師回饋機制。</li> </ol> </li> <li>3. 親子共眠與母嬰睡眠品質             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 討論餵配方奶對母親睡眠改善效果有限，介紹安全睡眠環境、5S 法及 Transport Response 策略。</li> </ol> </li> <li>4. 乳房膿瘍與母乳維持             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 分享臨床判別、轉介時機及健側乳房擠乳方法。</li> </ol> </li> <li>5. 新生兒黃疸與停餵母乳             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 多數黃疸情況不需停餵母乳，腸病毒感染 3 個月以下嬰兒可暫停 1-2 週。</li> </ol> </li> <li>6. 母乳支持團體運作             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 困境：用詞敏感、出席率低、人力不足。</li> <li>(2) 建議：多元餵養主題、夫妻共同參與、集點卡、線上諮詢、醫療端支持。</li> </ol> </li> <li>7. 哺乳技巧與教育             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 親餵姿勢與嬰兒手部活動：促進乳汁轉移與催產素分泌，避免過度包裹。</li> <li>(2) 手擠乳與吸乳器使用：教導正確手勢與吸乳器選擇，減少乳房傷害。</li> <li>(3) 哺乳自我效能量表及疼痛量表可量化母乳信心與疼痛，早期介入可提升成功率。</li> </ol> </li> </ol>

	<p>(4) 乳房腫脹、疼痛及失眠需跨團隊協作（醫院、產後護理之家、社區）提供整合支持。</p> <p>8. 新生兒生理與護理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 頻繁排便與紅臀：溫和清潔、適用護臀膏及透氣。</li> <li>(2) 母乳含褪黑激素，有助建立嬰兒晝夜節律與降低夜間哭鬧，母親睡眠受流程與家庭支持影響。</li> </ul> <p>9. 哺乳心理與成長性思維</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 鼓勵產婦關注小進展，避免二元對立（能與不能）。</li> <li>(2) 以「尚未達到」、「可以進步」、「你只是還沒學會」等用語替代負面表述。</li> <li>(3) 成長思維對母乳持續與嬰兒神經發展正向影響。</li> </ul> <p>10. 母乳與嬰兒睡眠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 母乳成分隨日夜變化，三個月前嬰兒需透過母乳調節晝夜節律。</li> <li>(2) 夜間低刺激照護（觀察、輕撫）有助自我安撫與穩定睡眠。</li> <li>(3) 臨床建議：持續母乳哺餵，觀察母嬰睡眠差異，夜間醒後快速再入睡。</li> </ul> <p>11. 非哺乳期乳腺炎新知</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 病因與臨床特徵：導管周圍乳腺炎、肉芽腫性乳腺炎、結核性乳腺炎。</li> <li>(2) 中西醫結合處置策略：疼痛舒緩、心理支持、芳香療法，尊重隱私與減少暴露。</li> <li>(3) 個案分享：反覆乳腺炎可透過中醫輔助改善，跨團隊合作提升哺乳成功。</li> </ul> <p>12. 成長性思維應用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 文獻與臨床證據支持，透過鼓勵式回饋建立「我正在學習」心態。</li> <li>(2) 適用於產前衛教與產後支持，降低焦慮、提升信心與適應力。</li> </ul> <p>13. 母乳含褪黑激素，有助三個月內嬰兒建立晝夜節律，減少夜間哭鬧與腸絞痛。母親睡眠主要受照護流程、心理壓力與家庭支持影響，餵養方式影響有限，夜間建議採低刺激照護，觀察嬰兒訊號並促進自我安撫。</p> <p>14. EASY 育兒架構 (Eat、Activity、Sleep、Your time)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 可作為新生兒照護的整合性理解工具。新生兒出生後首月頻繁進食屬正常生理現象，與胃容量小、母乳消化速度快及泌乳建立期調節相關，並非母乳不足或異常行為。過早補充配方奶可能干擾泌乳調節並影響照顧者信心。</li> <li>(2) 新生兒除進食與睡眠外，仍需要適度感官刺激與互動，包括說話、聽故事、輕柔肢體活動與伸展，有助神經發展、感覺統合</li> </ul>
--	--

	<p>及安全依附建立。其睡眠型態以「短週期、易醒、可快速入睡」為特徵，日夜節律尚未成熟，夜醒頻繁屬正常發展歷程，不宜過早進行睡眠訓練或強行延長睡眠。</p> <p>(3)「Your time」為 EASY 架構中重要但常被忽略的面向，照顧者若長期缺乏休息與情緒調節，易導致身心耗竭，進而影響照護品質。臨床觀察亦顯示，引產比例上升與新生兒短期適應風險相關，包括較高 NICU 入住率及較低 1 分鐘 Apgar 分數，引產決策除母體考量外，應納入新生兒適應風險評估與出生後支持策略。</p> <p>15. 延遲新生兒沐浴已成照護新趨勢，WHO 建議首次沐浴應延遲至出生 24 小時後，若因文化因素無法等待一整天，至少應延遲 6 小時。延遲沐浴的三大目的：一是促進生理穩定，如體溫與血糖平衡，幫助寶寶適應子宮外環境；二是保留寶寶天然保護層，降低感染風險；三是加強親密連結，創造有利母乳哺餵的環境。臨牀上，延遲沐浴可維持母嬰肌膚接觸，穩定情緒，減少哭鬧，啟動寶寶吸吮本能，促進泌乳。雖非專為哺乳設計，但延遲沐浴所營造的「黃金時刻」恰好支持母乳哺餵成功，為寶寶與媽媽提供最自然、安全的適應和連結機會。</p>
議題討論	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 產後喘息服務與支持             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 對母親提供多元托嬰、家訪及喘息服務選擇。</li> <li>(2) 產後母親身心重建階段需支持，喘息服務可減少照顧疲勞，促進母嬰健康。</li> <li>(3) 與院方討論納入公衛計畫可能性。</li> </ol> </li> <li>2. 哺乳狀況實境秀             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 觀察母乳種子講師處理各式哺乳問題的實際過程，增進經驗與活動趣味性。</li> <li>(2) 透過模擬案例或現場示範，分享處理乳房腫脹、乳頭破皮、哺乳困難的技巧與策略。</li> <li>(3) 可作為母乳聚會或教育活動常態化。</li> </ol> </li> <li>3. 母乳支持團體推動             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 是認證必要項目。</li> <li>(2) 增進產前產後產婦交流，提升學習動機與專業能力，並整合跨院所資源。</li> <li>(3) 建議於孕婦後期加入母乳支持團體活動，由衛教師觀察實施效果並回饋。</li> </ol> </li> <li>4. 母乳支持團體運作改進             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 用語調整：以「家庭支持」「育兒支持」降低媽媽壓力。</li> <li>(2) 出席率提升策略：夫妻共同參與、多元餵養主題、集點或小禮物激勵。</li> </ol> </li> </ol>

	<p>(3) 延伸支持：線上諮詢、社群平台及回娘家聚會，增加持續追蹤與支持。</p> <p>(4) 醫療端支持：產科醫師鼓勵、專責人員巡房、哺乳門診介入，提高早期哺乳率。</p> <p>5. 嬰兒揹巾安全使用</p> <p>頸關節發育不良概念及揹巾安全守則（TICKS、C型背、M字腿）。需要判斷家長正確使用背巾、指導母乳哺餵及各種背巾方法。要讓個案操作假嬰兒練習揹巾。</p> <p>6. 臨床案例常見困境</p> <p>(1) 包括剖腹產後母嬰分離、乳房疼痛、哺乳信心不足，以及家屬干預與制度支持有限，核心問題在於照護文化而非技術。</p> <p>(2) 建議將哺乳支持納入臨床照護流程、設置專責或跨團隊諮詢機制，並以支持語言與同理心取代指令式教導，強化伴侶與家庭參與。</p> <p>7. 哺乳的指導</p> <p>(1) 面臨資訊多元、價值觀分歧、參與型態線上化及講師角色轉換困難。</p> <p>(2) 建議以「共學」取代教學，聚焦母乳與生活整合，導入小組分享、伴侶參與與同儕導師制度。利用短影片、圖像懶人包及線上互動維繫，尊重多元選擇，同時保持專業可信度。</p> <p>8. 母乳種子講師續證</p> <p>新制度每三年一次，可透過跨機構授課、親職教室或線上直播完成，課程海報與截圖可作佐證，建議展延至四年。</p> <p>9. 早產兒使用捐贈母乳（DHM）的實證醫學</p> <p>(1) 早產兒因腸黏膜與免疫未成熟，易菌群失衡並高風險發生 NEC，其死亡率高，主要風險包括早產、配方奶餵食與快速增量。Cochrane 回顧顯示，捐贈母乳（DHM）可降低 NEC 超過 50%，因其含抗發炎與促腸成熟因子、HMOs 與 SIgA，是唯一證據一致能預防 NEC 的替代奶源。與早產配方相比，DHM 腸胃耐受佳、殘餘少，但成長較慢，因此臨床以「安全優先」採 DHM 加強化（HMF）。強化可補足巴氏殺菌後蛋白與能量下降。母乳庫流程從篩檢、收集、巴氏殺菌到檢測皆具標準化；餵養順序為母親母乳 &gt; DHM &gt; 早產配方。</p> <p>(2) 臨床運用：VLBW 與 NEC 高風險嬰兒建議優先使用 DHM；成長不佳時採 DHM + HMF，必要時部分加入配方。哺乳照護重點包括提升母親泌乳量（兩週約 400 mL）、適度使用乳套、袋鼠護理、維持乳房柔軟度及強化親餵技巧，如頭頸支撐與肌膚接觸。雙胞胎與高齡早產更需專業與家庭支持。多數 IBCLC 為兼任，建議提升制度性投入。</p> <p>3. 結論：DHM 能有效預防 NEC，搭配強化可兼顧成長，是母乳不足時最安全的選擇。</p>
--	---