



Regionalt Vårdprogram

**Bröstkomplikationer
i samband med amning**

Stockholms läns landsting

2003

Medicinskt
Program Arbete





Regionalt Vårdprogram

**Bröstkomplikationer i samband
med amning**

ISBN 91-85209-40-6

Inledning

Amning är en folkhälsofråga och kan beskrivas från ett hälsoekonomiskt perspektiv både på lång och kort sikt. Var tredje kvinna drabbas av någon form av bröstkomplikation, många söker akut på akutmottagningen och andra på vård-, barnvårds- eller mödravårdscentralen. Genom att förebygga bröstkomplikationer minskar man kostnaderna för sjukvård i samband med behandling av dessa. Med ett professionellt bemötande och med hjälp av vårdprogrammet kan mamman bli hjälpt redan per telefon. Genom att ta till vara mammornas egna resurser stärker vi deras självförtroende, självhjälp kan påbörjas i hemmet och man undviker onödiga sjukvårdsbesök. Ett professionellt bemötande och omhändertagande hjälper också kvinnorna att själva förebygga ytterligare komplikationer, och stärker dem i deras förmåga att fortsätta amma.

I ett långsiktigt perspektiv ger en hög amningsfrekvens i befolkningen bättre hälsa för mor och barn. Hälsoeffekter på barnet ses i form av skydd mot diarréer, öron-, lung- och urinvägsinfektioner samt astma, allergier, neonatal sepsis och nekrotiserande enterokolit (American Academy of Pediatrics, 1997, Bamseprojektet, 2001). Amningen minskar också risken för mamman att utveckla bröst- och äggstockscancer, järnbrist och höftledsfrakturer. Amningen ger även positiva fördelar miljöekonomiskt (Radford, 1991). Med hjälp av vårdprogrammet och samarbetet i vårdkedjan kan man dessutom minimera tid för antal telefonsamtal, och tid för antal barnmorske- och läkarbesök på olika mottagningar. Det sparar energi och tid för alla involverade, både patienter och personal. Vårdprogrammet syftar också till att minska överbehandling med antibiotika och eventuella följd effekter därav. Besökskostnader för amningsproblem bör ses över så att det blir lika oavsett vid vilken vårdinstans kvinnan söker. Syftet med primärprevention är att minska sjukligheten hos befolkningen, i vårt fall bröstkomplikationer och såriga bröstvårtor vid amning och att minska lidande, och inte i första hand undvika framtida sjukvårdskostnader.

Kristin Svensson
Ordförande i AMSAK

Gisela Wegnelius
Vice ordförande i AMSAK

Innehåll

Inledning.....	1
Innehåll	3
Förkortningar	4
Presentation av AMSAK	5
Vårdprogrammet omfattar följande diagnos nummer:	6
Faktadel	9
Bakgrund	9
Fysiologiskt normala tillstånd	12
Förekomst av bröstkomplikationer.....	14
Riskfaktorer	16
Viktiga förutsättningar.....	19
Målsättning med vårdprogrammet	19
Kvalitetsmått	19
Konsekvens- och kostnadsanalys	20
Organisatoriska aspekter	22
Att vara patient	23
Vårdkedjan.....	27
Prevention.....	27
Diagnostik	28
Psykosociala aspekter.....	32
Kliniska studieroch forskning	33
Kostens inverkan vid smärtor i bröstet och vid upprepade bröstinflammationer	37
Referenser:	39
Behandlingsdel	47
Anamnesupptagning.....	47
Ställningstagande till egenvård	48
Riktlinjer för läkemedelsrekommendationer.....	49
Några vanliga råd som man bör fundera över	50
Sårig bröstvärta	53
Smärtor i bröstet	55
Mjölkstas	59

Bröstinflammation = inflammatorisk mastit.....	61
Bröstinfektion = Infektiös mastit.....	65
Individuella omvårdnadsåtgärder vid behov	67
Bröstböld /Bröstabscess.....	69

Förkortningar

PASS	Patientadministrativt system
VAS	Visuell analog skala
DRG	Diagnosrelaterade grupper
KÖKS	Klassificering i Öppenvård Kirurgiska Specialiteter
SLL	Stockholms läns landsting
HSN	Hälso- och Sjukvårdsnämnden
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen

Presentation av AMSAK

AMSAK bildades HT-99 och består av barnmorskor och läkare inom obstetrik och gynekologi från samtliga fem kvinnokliniker i Stockholms läns landsting, SLL, samt några barnmorskor inom MHV och från vårdhögskolan. Deltagarna är resurspersoner vid respektive enhet i vårdkedjan, där de verkar för gruppens gemensamma mål. Gruppen kommer att utökas med amningskunniga representanter från barnklinikerna och BHV.

Gruppens syfte är att:

- Utforma ett regionalt vårdprogram för amningen i SLL
- Öka kunskapsutvecklingen kring amning och amningens fördelar ur olika perspektiv
- Stimulera organisationsutvecklingen kring amning

Målet för gruppen

Målet för gruppen är att SLL använder gemensamma vårdprogram och strategier för hur kvinnor med amningsproblem/bröstkomplikationer bör bemötas och behandlas professionellt, och att all personal i hela vårdkedjan, mödrahälsovård (MVC), förlossning, eftervård (BB), barnkliniker, barnhälsovård (BVC) och vårdcentral (VC) har aktuell amningskunskap.

Arbetsgång för vårdprogrammet

Vårdprogrammet har sammanställts av en arbetsgrupp inom AMSAK bestående av amningssakkunniga barnmorskor som representerar olika enheter i SLL. Under tre års tid har gruppen träffats regelbundet under ledning av ordföranden, som också varit sekreterare, och samordnat kommunikationen med referensgruppen. Vid de olika arbetsgruppsmötena har värskapet varierat mellan de olika enheterna och läkarna från arbetsgruppens referensgrupp har då deltagit.

Vårdprogrammet är en utveckling av tidigare vårdprogram/pm från KS, DS och SÖS som utarbetats och granskats av gruppen.

Uppbyggnaden av vårdprogrammet har skett utifrån det medicinska programarbetets riktlinjer ”regionalt vårdprogram”.

Remissinstanser: verksamhetschefer på kvinnoklinikerna, barn- och mödrahälsovårdssamordnare, barn- och mödrahälsovårdsöverläkare, Amningshjälpen, AMNIS – Amningsnätverket i Sverige, och enskilda representanter inom området.

Redigering av färdigt textmaterial: Malin Nordgren

Litteratur

Vårdprogrammet innehåller ingen basinformation kring bröstens anatomi, fysiologi eller okomplicerad amning. För detta hänvisar vi till den referenslitteratur som vi tagit upp i referenslistan och även till Amningshjälpens hemsida, www.amningshjalpen.se, där man dels kan hitta bra boktips, dels länka sig vidare till amningslistor och amnings-organisationer i världen. Där finns också bra patientinformation om amning, amningsproblem, bröstkomplikationer med mera som också kan delges till patienter.

Vårdprogrammet omfattar följande diagnosnummer:

091.0 - Smärtor i bröstet, infektion bröstvårta i samband med barnbörd
091.1A - Mastit
091.1B - Bröstabscess/bröstböld
092.1 - Sår
091.2 - Bröstinflammation, lymfangit
092.7 - Mjolkstas
092.7 - UNS plus andra amningsproblem
HAA 00 - Åtgärd av ultraljudsledd punktion av bröstböld
(Källa: SFOG 1999)

AMSAK:s referensgrupp

Danderyds Sjukhus		Kontaktpersoner på respektive sjukhus
Marianne Velandia	Bm	Tel: 655 5878 e-post marianne.velandia@kvk.ds.sll.se
Christina Larsson	Läkare	
Kerstin Lindahl	Bm	
Elisabeth Lindholm	Läkare Möl	
Ingela Wiklund	Bm Vårdsak	
Anders Å:son Berg	Läkare	
Huddinge sjukhus		
Karin Colliander	Bm	Tel: 585 80277 e-post karin_colliander@hotmail.com
Ingela Powell	Bm	Tel: 585 87799 e-post ingela.powell@obgyn.hs.sll.se
Lotta Klynning	Läkare	
Karolinska Sjukhuset		
Kristin Svensson	Bm ordf.	Tel. 517 74472 e-post kristin.svensson@ks.se
Ylva Stjernholm Vladic	Läkare	
Åsa Hägg	Bm	
Virpi Saastamoinen	Bm	
Måns Edlund	Läkare	
Sofia Zwedberg	Bm	
Södersjukhuset		
Britt Inger Malmberg		Tel: 616 2617 e-post britt-inger.malmberg@sos.sll.se
Giesela Wegnelius	Läkare v.ordf	
Södertälje sjukhus		
Annette Säll	Bm	Tel: 550 24242 e-post ansakk@sts.sll.se
Inga Wihman Fröding	Läkare	
Chatarina Carlsson	Bm	
MVC		
Elisabeth Hjærtmyr	Bm	Tel: 545 27464 e-post munkenlisa@spray.se
Ewa Kolskog	Bm	Tel: 545 27464 e-post e_kolskog@hotmail.com
Ann Tiits	Bm	Tel: 556 93773 e-post ann.tiits@home.se
Högskola		
Ulla Thörnblom	Bm /lärare	Tel: 690 0155 e-post thou.@nursing.redcross.se

Faktadel

Bakgrund

Amning, en skör process

Amningen är en mycket skör process, speciellt under de första månaderna efter förlossningen. I samband med barnafödande och amning upplever många kvinnor en känsla av otillräcklighet. Många mammor behöver stärkt tillit, motivation och mycket stöd från omgivningen för att amningen ska fungera (Socialstyrelsen 2002). Resultat från olika studier visar att många mammor som velat amma slutar redan under de två första månaderna på grund av bristande stöd och hjälp, och att mammorna bemöts av personal med varierande kunskaper om amning och om hur man löser bröstkomplikationer. Amningsstatistiken stämmer med den bilden.

Målet för sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL 1985).

Initiativet ”Amningsvänlig vårdkedja” (Baby Friendly Hospitals Initiative, BFHI) innebär att varje enhet som arbetar med amning följer WHO/UNICEF:s (1989) utarbetade handlingsplan ”Tio steg till lyckad amning”. Det har ökat intresset för amning både hos personal och hos mammor. Amningsvänliga vårdrutiner har införts i större utsträckning på förlossnings- och BB-avdelningar och detta har inneburit att amningsstarten har underlättats för fler mammor än tidigare. 1993 skrev Sverige under Innocentideklarationen (WHO 1989) som uttalar att det ska vara möjligt för kvinnor att amma sina barn helt i 4-6 månader, och därefter ska det vara möjligt för kvinnorna att amma barnen delvis upp till två års ålder eller längre. WHO:s mål inför år 2000 var att 80% av världens barn skulle ammas exklusivt i 4 månader.

Fördelarna med amning har i dag blivit mer uppmärksammade från flera perspektiv och har kommit att bli en folkhälsofråga, och internationellt sett är amning en viktig hälsoindikator. Både svenska och internationella studier visar att ammade barn har mindre infektioner jämfört med barn som inte

ammas (American Academy of Pediatrics 1997). Mot bakgrund av detta antog Världshälsoförsamlingen i maj 2001 en ny resolution (WHA, 2001) om barns föda, som rekommenderar att spädbarn helammas i 6 månader.

För att uppfylla de ställda målen när det gäller amning är det av största vikt att ammande kvinnor bemöts professionellt och att hela vårdkedjan, mödrahälsovård (MVC), förlossning, eftervård (BB), barnkliniker, barnhälsovård (BVC) och vårdcentral (VC) har gemensamma strategier för amning och bröstkomplikationer som är baserade på aktuell forskning. Amningsstatistiken för barn födda 2000 visar att vid 1 veckas ålder helammas 93 %, vid 2 månader 80 %, vid 4 månader 68 % och vid 6 månader 33 %. Vid 6 månader hel- och delammas totalt 72 % av alla barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2002). Statistiken visar att helamning vid 6 månaders ålder i Sverige har sjunkit med 10% sedan 1996. År 1973, då amningsfrekvensen låg som lägst, ammades endast 6 % av barnen vid sex månaders ålder.

Strategier, riktlinjer och regelsystem i Sverige

De tio stegen i ”Amningsvänlig vårdkedja”-Baby Friendly Hospitals Initiative, BFHI, (WHO/UNICEF, 1990)
Innocentideklarationen (WHO, 1989)
SLL: Amningsstrategi (SLL, 1998)
FN: s barnkonvention artikel 9 (4, 17,) 24 (FN, 1999)
”Amning och bröstmjölk ersättning” - Internationella barnmatskoden (Socialstyrelsen, 1999)
Hälso- och sjukvårdslagen, 1985

Definitioner av begrepp och tillstånd

Bröstkomplikationerna indelas i två områden, dels problem som rör bröstvårtan och vårtgården, dels komplikationer inne i bröstvävnaden.

Komplikationerna på bröstvårtan börjar oftast med en ytlig eller djupare spricka/sårkrater under de första dagarna efter förlossningen, som sedan kan vidareutveckla sig till ett sår. Såren kan vara av olika grad (Cable, 1997). Ibland kan såret bli infekterat, vilket kan leda till smärtsam amning och på sikt kan ge infektion i bröstet. Smärtorna beskrivs som stickande, brännande och ilande. Ibland förekommer/tillkommer klåda och eksem (Inch 1997, Amir 1996, Huml 1999).

Komplikationerna i bröstet kan delas in i olika tillstånd men brukar i dagligt tal kallas ”mjölkstockning”. Definitionerna är otydliga och kan skilja sig åt i litteraturen. För att lätt beskriva de olika bröstkomplikationerna och minska risken för överbehandling kan man dela in utvecklingsförloppet i fyra stadier: mjölkstockning, inflammatorisk mastit (icke-bakteriell), infekterad mastit och bröstabscess. Det är dock viktigt att vara medveten om att förloppet kan variera betydligt!

Definitioner av utvecklingsförloppet

Första stadiet. Ett avflödeshinder, så kallad mjölkstockning uppstår, i en eller flera mjölkgångar. Mjölken kan inte passera utan ”stockar” sig, det kan kännas som en förhårdnad i bröstet som vid detta stadium är det enda symtomet. De flesta mödrar märker inte av tillståndet, som oftast försvinner av sig självt vid fortsatt amning. Det första stadiet beskrivs inte ytterligare i vårdprogrammet.

Andra stadiet. På grund av flödeshindret pressas bröstmjölken ut i kapillärer och bindväv runt området och immunförsvaret reagerar, en bröstinflammation, inflammatorisk mastit, uppstår utan att någon infektion föreligger. Man ser förhöjda leukocyter och förhöjt CRP i serum, men inga bakterier i mjölken. En eller flera större resistenser kan kännas i bröstet, med eller utan kraftig ökning av kroppstemperaturen.

Tredje stadiet. Bakterier har kommit in i bröstet – en infektion, infekterad mastit, uppstår. Mamman har förhöjda leukocyter, förhöjt CRP i serum och bakterier kan även förekomma i mjölken. En eller flera resistenser kan kännas i bröstet. Det är vanligt med kraftigt förhöjd kroppstemperatur. Sår på bröstvårtan finns oftast, eller i anamnesen.

Fjärde stadiet. Var börjar bildas i bröstet, det har uppstått en bröstabscess. Smältning kan ske, området kan gå i nekros. Området kan kännas fluktuerande, huden kan se lite glansig ut och bröstvårtan kan vara förskjuten åt något håll. Temperaturökning är vanlig, men oftast inte så kraftig som vid inflammation/infektion, med eller utan intensiv smärta. (Thomsen, 1883, 1984 Lawrence, 1999). Det tar flera veckor att utveckla en abscess.

Fysiologiskt normala tillstånd

Det finns två vanliga och naturliga tillstånd som ibland felaktigt kan uppfattas som patologiska. Det första är ”såriga bröstvårtor” som ofta läker av sig själva första veckan efter förlossningen. För det mesta handlar det om ytliga sugblåsor, med vätska eller blod, som spricker och därefter bildar små ”sårskorpor”. Smärtbilden kan variera mycket mellan olika kvinnor, från smärtfrihet till svår smärta. Smärtbilden blir avgörande för hur mamman ska tas om hand. Det andra naturliga fysiologiska tillståndet är mjölkstas, det vill säga ”spända bröst”, som ofta förekommer när mjölken etableras dagarna efter förlossningen. Detta uppträder oftast i båda brösten samtidigt och försvinner efter någon dag om barnet ammas efter behov. Tillståndet kan även uppträda om det går lång tid mellan amningarna eller om mjölken etableras senare än dagarna efter förlossningen. Vi har valt att beskriva dessa tillstånd även i behandlingsdelen för att de inte ska blandas ihop med de patologiska tillstånden.

Bröstinflammation - ett fysiologiskt vävnadssvar

Bröstinflammation kan betraktas som ett fysiologiskt vävnadssvar för att upprätthålla normal hälsa i bröstvävnaden, snarare än en sjukdomsmanifestation.

Mjölken innehåller ett flertal antiinflammatoriska faktorer, som immunoglobulin A (IgA), glykoproteiner, glykolipider, muciner, oligosackarider. Mjölken innehåller också ett flertal proinflammatoriska cytokiner som interleukin (IL)-1, IL-6, IL-8, IL-12 och "tumor necrosis factor" (TNF)- α . Många av dessa faktorer fungerar som tillväxtfaktorer för immunsystemet. IL-1 stimulerar syntes av kortikosteroider, insulin och akutfas reaktanter, till exempel CRP, i levern. IL-1 stimulerar också ökad hematopoies i benmärgen (stigande Hb), B-lymfocyter att syntetisera antikroppar, T-lymfocyter att bilda IL-12 och makrofager att syntetisera TNF- α . IL-8 attraherar immunologiska celler. TNF- α ökar bland annat permeabiliteten i vasculärt endotel. Då dessa cytokiner frisätts i systemcirkulationen vid amning utlöser de symptom (värmeökning, rodnad, svullnad, ömhet) oavsett om bakteriell infektion föreligger eller ej.

Det finns ett samband mellan senare utvecklande av mastit hos kvinnor och låga nivåer av IgA och laktoferrin. Det är möjligt att stress med minskade IgA-nivåer i mjölk kan leda till mastit. IgA-nivåerna är minskade i saliv vid psykisk stress, utmattning och sömnbrist. Man har inte påvisat någon skadlig effekt av bröstmjölkens cytokiner på barnets tarmslemhinna. Däremot har ökad permeabilitet i barnets tarmslemhinna påvisats vid "mixed feeding" (Willumsen, 1999).

Bakteriell och leukocytal i mjölk anses ej korrelera säkert till mastit hos människor, men gör det hos kor. Förklaringen är att anatomin är olika. Hos människa vet man inte om den utpressade mjölken kommer från ett friskt eller infekterat körtelområde. Hos kon samlas all mjölk i en cistern (juvret) innan den utpressas. Man har utvecklat vacciner och cytokin-terapi för att undvika ekonomiska förluster pga mastit hos nötkreatur i USA (Fetherston, 2001).

Man har funnit att laktoskoncentrationen i mjölken är lägre hos kvinnor med mastit, med en variation på 17-54 %. Saltnivån i bröstmjölken kan vara 34 % högre hos en kvinna i det drabbade bröstet när man jämför med det icke drabbade bröstet. Det kan göra att barnet vägrar att suga på grund av att mjölken smakar salt (Collin, 1979). I en annan studie såg man ett positivt samband mellan höga saltnivåer i mjölken och koncentrationen av immunfaktorer, immunoglobulin A, laktoferrin, lysosym och IL8. Nutritionsfaktorer har diskuterats som orsak till bröstinflammation. Fortsatta studier av mjölkens natriuminnehåll, immunfaktorer och proinflammatoriska cytokiner i relation till kliniska lokala och systemiska symptom efterlyses.

Förekomst av bröstkomplikationer.

Någon form av **sår på bröstvårtan** uppger 80-90 % av ammande kvinnor att de drabbas av. 26-28 % har haft problemet i svårare omfattning, vilket kan leda till infektion och svåra smärtor i bröstvårtan och/eller inne i bröstet (Huml1999, Cable1997). I en ny studie av 940 kvinnor hade 36 % av kvinnorna sår den första veckan, och 14 % den andra veckan (Foxman, 2002).

Frekvensen av **komplikationer från bröstet** i form av rodnad, svullnad och temperaturökning rapporteras olika i litteraturen, mellan några procent upp till en tredjedel. Den stora variationen kan bero på att man inte tydligt definierat de olika stadierna av bröstkomplikationer. I en studie hade man identifierat hur många kvinnor som hade inflammation och hur många som hade infektion, alla med ovan beskrivna symtom. Det visade sig att 50 % av kvinnorna hade infektion och behövde antibiotika, de övriga 50 % hade en bröstinflammation (Thomsen, 1984). I en annan svensk studie med 41 kvinnor fann man att 39 % (16st) av kvinnorna hade infektion och de övriga 61 % (25 st) av kvinnorna hade en inflammation (Österman, 2001). I en studie från Australien rapporterades att 27 % råkade ut för bröstkomplikationer de första tre månaderna. Studier från USA och Sverige rapporterade att 24 % av kvinnorna råkade ut för bröstkomplikationer en eller flera gånger under första året (Fetherstone 2000). I en ny studie från USA fann man att 9,5 % av 940 kvinnor fick bröstkomplikationer (Foxman 2002). Preliminära resultat av en studie i Stor-Stockholm med 514 visade att 36,1% av samtliga kvinnor själva bedömde att de haft mjölkstockning någon gång efter barnets första levnadsvecka och inom 4 månader efter barnets (Nissen, personlig kommunikation).

Mastit uppstår oftare bland förstföderskor och uppträder sällan före 10 dagar postpartum. Det är vanligast under andra och tredje veckan, förekommer framför allt under de första 12 veckorna men kan uppträda när som helst under amningstiden (WHO, 2000). Hos omföderskor som haft mastit tidigare är risken ökad med fyra gånger och kvinnor med sår på bröstvårtan har tre gånger högre risk att råka ut för mastit (Foxman, 2002).

Frekvensen av bröstabscesser beräknas till 0,3 % och är vanligast sex veckor postpartum men kan också uppträda senare. Cirka 25 % av kvinnor med bröstkomplikationer får återkommande besvär under amningsperioden. Bröstkomplikationerna förekommer lika mycket i höger som i vänster bröst (WHO, 2000).

De studier som gjorts handlar om kvinnor som fött barn på sjukhus. Vi har inte funnit några studier om kvinnor som fött barnen hemma.

Det händer att kvinnor får bröstkomplikationer redan under graviditeten (Lawrence, 1999). Det kan handla om smärtor i bröst/bröstvårtor och bröstinflammation.

Demografiska och kulturella aspekter

Incidensen av mastit är låg i vissa områden i världen, som till exempel i Gambia och bland aboriginer i Australien. I västvärlden är incidensen generellt hög, 33 % under mammans hela amningsperiod (Fetherstone 2001). Orsakerna till skillnaderna kan vara olika amningskulturer, varierande utbildningsnivåer och varierande information om amning. En hypotes är att hygien spelar in (jfr astma). Utebliven exposition för smuts och sjukdomar i barndomen (västpopulationer) skulle leda till ett bristfälligt utvecklat immunsystem (Rook and Stanford 1998), som inte har förmågan att svara adekvat på påfrestning (amning).

Vad beträffar amningsfrekvensen finns också demografiska skillnader. Amningsstatistik för hela Sverige från 1999 visar att nästan tre av fyra barn ammas helt eller delvis under sina första sex månader. Tydliga regionala skillnader ses i Stockholms län. I allmänhet ammar kvinnor mindre i de perifert belägna kommunerna och i invandrartäta områden.

Andelen barn med utländsk bakgrund varierar kraftigt i länet. Lägst andel (ca 10 %) finner man inom Nordöstra och Norrtälje sjukvårdsområden samt i centrala staden.

Av länets totala befolkning är 11 % födda i länder som inte är medlemmar i EU (1999). Förutom de 15 EU-medlemsstaterna finns det människor från 165 stater utanför EU. De största invandrargrupperna från länder utanför EU har sitt ursprung i Turkiet och Iran. Under 1990-talet har stora grupper från länder som tidigare tillhörde Jugoslavien kommit till Sverige. Områden som exempelvis Rinkeby, Tensta, Sollentuna centrum och Fittja har andelar på 40 % eller mer av sin befolkning som är födda i länder utanför EU (Social atlas över Stockholmsregionen, 2000).

Kulturella skillnader i amningsmönster i Rinkeby har beskrivits av Nordström och Wilén (1995). I deras rapport urskiljs fyra olika uppfödningssmönster; 1) ammar länge, lite tillägg 2) ammar länge, mycket tillägg 3) kort amningstid 4) extremt kort amningstid.

Eritreaner representerar det första amningsmönstret, somalier och turkar är exempel på det andra och olika västerländska stadskulturer samt iranier det tredje mönstret. Romer rapporteras amma extremt kort tid. Uppfödningens mönstren skiljer sig åt mellan olika invandrargrupper och detta verkar främst relaterat till den miljö man ursprungligen kommer ifrån. Attityder, kunskaper om amning och vanor styr kvinnornas val av amningsmönster.

Risikfaktorer

Orsakerna till bröstkomplikationer är omdiskuterade och otillräckligt kända. I dag diskuteras bland annat immunologiska faktorer. Men redan 1753 såg man att mödrar till barn som ammade vid behov hade färre bröstkomplikationer (Nelson, 1753). Under den tiden amningen var schemastyrd var bröstkomplikationerna fler (WHO, 2000). Den **schemastyrda amningen** ökar risken för såriga bröstvårtor, bröstkomplikationer och för att amningen avbryts i förtid (Renfrew, 2001).

Den underliggande faktorn till bröstvårts- och bröstkomplikationer är att barnet har ett ”**för litet tag om bröstet**”. Att barnet bara tar tag om själva bröstvårtan gör att sår kan uppstå och att flödet av mjölken blir ineffektivt. När barnet inte har ett tillräckligt stort tag om bröstet och vårtgården inte är involverad, kan barnet inte komma åt mjölken lika effektivt. Detta kan resultera i otillräcklig tömning, inflammation och otillräcklig mjölkproduktion som i sin tur leder till långsam eller otillfredsställande viktutveckling hos barnet. Risken för tidig introduktion av modersmjölksserättning är överhängande. **Komplicerade förlossningar** kan ge en ökad risk för bröstkomplikationer (WHO, 2000) vilket är viktigt att uppmärksamma tidigt i vårdplaneringen.

Risikfaktorer relaterade till bröstvårtorna

När barnet suger med ”**för litet tag om bröstet**” ses ofta en **klämd eller sneddragen bröstvårta** direkt efter avslutad amning. Detta leder ofta till smärta och olust i samband med amning, vilket i sin tur bidrar till att sår kan uppstå på bröstvårtorna. I en studie ville man utvärdera det prognostiska värdet av sugteknik under den första veckan post partum för amningstidens längd. Resultatet visade att de mammor vars barn bara sög på bröstvårtan, utan att ta tag om vårtgården, hade mer bröstproblem och ammade kortare period än de mödrar där barnet hade ett bra tag (Righard, 1992). Det var också vanligare att dessa barn sög mer regelbundet på bröstsnapp, mer än 2 tim/dag, vilket också visats förkorta den totala amningsperioden (Aarts 2001).

Smärta vid amning kan orsakas av **bakterier och/eller svamp**. De vanligaste bakterierna är gula stafylokocker (*staphylococcus aureus*), koagulasnegativa stafylokocker och betahemolyserande streptokocker. Bakterieinfektion kan många gånger leda till mastit om den inte behandlas. Det är tre gånger vanligare med infekterad mastit om det finns sår på bröstvårtan (Foxman, 2002). En bröstabscess orsakas alltid av en föregående **infekterad mastit**.

Ett klart samband finns mellan svårläkta sår och smärta. Även grundsjukdomar som **eksem och psoriasis** kan orsaka att såren inte läker (Huml, 1999; Amir, 1996; Tait, 1993). Smärtans karaktär kan vara olika från kvinna till kvinna. Vid ytlig bröstvårtsmärta är det vanligare med svamp och vid djup smärta i bröstet handlar det oftare om bakterier. Smärtsam amning orsakad av svamp är vanligare om **barnet har torsk i munnen** (Thomassen, 1998), det är också vanligare om mamman ätit **antibiotika** i samband med eller efter förlossningen. Svamp är oftast candidasvamp. Smärta på grund av bakterier kan förekomma oberoende av om sår finns på bröstvårtan (Heads, 1995). Vid infektion på bröstvårtan kan man ofta se att bröstvårtorna vitnar i samband med att kvinnor tar av behå, eller vid avslutad amning, så kallat "white nipple syndrome". Det kan vara ett tecken på att det vid infektion finns en överretbarhet i kärlen och sämre cirkulation. Symtomet är ofta mycket smärtsamt och försvinner oftast en tid efter behandling. Detta tillstånd ska inte blandas ihop med Raynauds fenomen, en kärlåkomma som uppmärksammades på bröstvårtorna för några år sedan av två australienska läkare. De klassiska symtomen på detta mycket ovanliga tillstånd är att bröstvårtorna vitnar och ibland övergår till lila, rött och blått (Lawlor-Smith, 1997).

Risikfaktorer relaterade till barnet

Amningsstarten kan vara olika och tiden innan amningen etableras kan variera. Barnets personlighet och mognadsgrad, även när barnet är fött i fullgången tid, påverkar amningssituationen. Personligheter som exempelvis det temperamentsfulla barnet, som är otåligt vid bröstet, eller det stillsamma barnet, som inte "tar för sig" och somnar lätt, kan båda ha svårigheter att ta bröstet och /eller bidra till ofullständig sugteknik.

Oralmotoriska tillstånd hos barnet kan ibland påverka så att slitage kan uppstå på bröstvårtan, och i sin tur leda till en bröstkomplikation. Dessa tillstånd är sällsynta. Ett exempel är kort tungband som märks på att tungan är "hjärtformad" med en tydlig skåra i mitten. Vid uttalade besvär kan eventuellt förbättring av amningen ske om tungbandet klipps, ett enkelt och snabbt ingrepp (Ballard, 2002). Vid kort tungband är amningstekniken extra viktig,

barnet måste verkligen ”nå fram” ordentligt. Olika sjukdomstillstånd och prematuritet kan orsaka att barnet inte riktigt klarar att ta ett bra tag om bröstet och inte heller orkar suga effektivt. Det är viktigt att barnet kan hålla ett undertryck för att amningen ska vara effektiv (Bu'lock, 1990; Coulter Mc Bride, 1987)

Övriga riskfaktorer

Risken för bröstkomplikationer ökar om man **avbryter eller tidsbegränsar amningen** innan barnet signalerar att det sugit klart. Detta gör barnet genom att somna eller släppa taget.

Brösten blir också mindre spända, och barnen mindre skrikiga, om barnen själva får bestämma när det är dags att släppa bröstet (Evans, 1995) - under förutsättning att barnen har ett bra tag om bröstet och suger effektivt. **Förändrat amningsmönster** kan öka risken för bröstkomplikationer, som när barnet börjar sova på natten eller hoppar över en amning, när amningen trappas ned eller avslutas (Moon, 1989). Andra faktorer som beskrivs i litteraturen är **yttre mekaniska hinder** så som **obehagligt tryck** mot bröstet, **urmjölkkningsmetod/pumpval**, en **behå som stasar**, **smärta i samband med amning**.

Psykosociala faktorer som stress kan hämma mammans egen oxytocinutskottning via stresshormonet adrenalin (Uvnäs-Moberg, 2000). Problemet uppstår med utdrivningen av mjölk så att mjölkstas och inflammation kan uppstå

En del kvinnor som drabbas av bröstkomplikationer, speciellt upprepade sådana, kan beskriva att de har vita prickar på bröstvårtan, så kallade **white spots**, Corpora amylacea. Detta beskrivs i litteraturen som att proteinet i kombination med kalciumfosfat och salt bildar kristaller som kan täppa till mjölkgången (Lawrence, 1999; Henschel, 1996). I komjolk kan detta ske när det blir högt tryck, vid hög temperatur och vid lågt ph i mjölken (Henschel, 1996). Vid djupa smärtor i bröstet kan man också ha **muskuloskeletala förändringar**. Låsning kan ske mellan revben och kotkropp, smärtan strålar då bakåt mot ryggen. Detta tillstånd kan sitta i flera veckor efter förlossningen. Smärtorna kan komma och gå under och mellan amningarna.

Prognos

Prognosen för läkning av bröstkomplikationer är god, men är beroende av samordnade vårdinsatser. Aktuella kunskaper och ett professionellt bemö-

tande från personalen är av betydelse för hur amningen ska fortsätta (WHO, 2000).

Viktiga förutsättningar

Målsättning med vårdprogrammet

- Att SLL **använder** ett gemensamt vårdprogram och gemensam strategi för hur kvinnor med amningsproblem/bröstkomplikationer tas om hand. Kvinnan/föräldraparet bör bemötas med adekvat omvårdnad och medicinsk behandling från all personal i hela vårdkedjan
- Att eftersträva samstämmiga råd och ett professionellt förhållnings-sätt genom att sprida kunskap, kvalitetssäkra omvårdnadsåtgärder och medicinsk behandling vid bröstkomplikationer i SLL.
- Att minska inadekvata omvårdnadsåtgärder och medicinsk överbehandling med antibiotika.
- Att ge kvinnan/föräldraparet ett professionellt bemötande och omhändertagande så att de själva genom kunskap kan förebygga ytterligare bröstkomplikationer, och så att tilliten stärks till den egna och barnets förmåga till fortsatt amning.

Kvalitetsmått

Studier har visat att 27-30 % av ammande kvinnor drabbas av någon form av bröstkomplikation. I SLL med ca 23 000 ammande kvinnor/år innebär det någon komplikation för ca 7 500 kvinnor/år. Exakt hur många av dessa kvinnor som söker vård vet vi inte - det finns ett mörkertal eftersom komplikationer inte alltid diagnosförs.

Hälsoeffekterna av amning är väsentliga för såväl mor som barn. Bröstkomplikationer leder till ett stort lidande för dem som drabbas, och leder dessutom i många fall till att amningen avslutas, något som har hälsokonsekvenser på sikt (American Academy of Pediatrics, 1997; Radford, 1991) och som vi tror har hälsoekonomiska effekter. Vi menar att vi genom ökad kunskap kan minska amningskomplikationerna med hälften inom en femårsperiod. En förutsättning för att kunna mäta antalet amningskomplikationer är en enhetlig registrering inom SLL, gärna enligt AMSAK:s riktlinjer. De kvalitetsmått man sedan kan åberopa är dels Socialstyrelsens amningsstatistik,

dels det föreslagna registret över amningskomplikationer som också ger underlag för utvärdering och forskning.

Utbildning och spridning av AMSAK:s vårdprogram för bröstkomplikationer bör ske i hela SLL:s vårdkedja dvs mödrahälsovård (MVC), förlossning, eftervård (BB), barnkliniker, barnhälsovård (BVC) och vårdcentral (VC) för att uppnå målen.

Mål	Framgångsfaktor	Uppföljning	Nyckeltal	Målvärde
Minska antalet bröstkomplikationer hos ammande kvinnor	Utbildning Kunskap Delaktighet Information	Vartannat år fram till och med år 2007 via KÖKS- och DRG-systemet	Andel ammande kvinnor utan diagnostiserad bröstkomplikation (antal ammande kvinnor utav antalet födda barn/år)	Mer än 85% ammande kvinnor utan bröstkomplikation
All personal i vårdkedjan skall ha kännedom om vårdprogrammet	Tillgänglighet Information	Vartannat år till enhetschefer via enkät	Andel enheter med kännedom om vårdprogrammet (antal enheter utav totalt antal enheter)	100% skall ha kännedom om vårdprogrammet
All personal i vårdkedjan skall erhålla utbildning	Tillgänglighet Kompetens	Vartannat år till enhetschefer via enkät	Andel personal som erhållit utbildning (antal personal som erhållit utbildning utav totala antalet personal i vårdkedjan)	100 % av personalen skall ha erhållit utbildning senast år 2007

Åtgärdsförslaget och konsekvenserna av vårdprogrammet följer HSN:s och landstingets ambitioner att bromsa konsumentökningen av sjukvård.

Konsekvens- och kostnadsanalys

Amning berör i stort sett alla nyblivna familjer i Sverige. 98 % av alla nyförlösta kvinnor påbörjar amning. I SLL förlöses ca 23 000 kvinnor/år, och av dessa drabbas 27-30 % (ca 7500 kvinnor) av bröstkomplikationer. Av dessa kvinnor utvecklar 40-50 % en infekterad mastit och 0,3 % bröstabscesser – komplikationer som ofta föregåtts av såriga bröstvårtor i svårare grad.

Det är svårt att få fram siffror på de egentliga kostnaderna vid respektive sjukhus, på grund av att man har olika ersättningssystem utifrån olika åtgärdsdiagnoser. Definitionerna skiljer sig också åt. Åtgärdsdiagnoser, till exempel vid den vanliga åtgärden odling från bröstvärta/bröstmjolk, används inte på alla sjukhus. Eftersom komplikationerna inte alltid diagnosförs är det även svårt att uppskatta frekvensen av dessa.

Intäkter och kostnader för ett återbesök skiljer sig åt mellan sjukhusen, liksom återbesökets innehåll.

Det finns inte heller några tydliga riktlinjer för vem som ansvarar för amning och bröstkomplikationer, eller för hur länge ett sjukhus ansvarar för detta vid tidig hemgång. Om mamman tas om hand vid den mottagning hon själv ringer till varierar också beroende på intresse för problemet hos den som tar emot samtalet.

Den enskilt största kostnaden är den för patienter med diagnosen abscess som läggs in, med eller utan insättning av pigtailkateter. Kostnaden är mellan 5500 och 6100 kr per dygn. En del av dessa patienter ligger inne 1-6 dagar. Vårdkostnaderna för abscesser skulle kunna minska betydligt eftersom patienterna med pigtailkateter så gott som alltid kan skötas polikliniskt i öppenvården på vårdcentral.

Telefonsamtal med barnmorska ger i intäkter 281 kr och ett besök hos barnmorska varierar mellan 282 kr och 659 kr. Intäkter för läkarbesök varierar mellan 1006 och 1465 kr, och på kvälls- och helgtid upp till 2586 kr.

Det vanligaste är att patienten med bröstkomplikationer söker på gynakuten och därefter skickas hem. Skillnaden i intäkter mellan ett besök hos läkare på sjukhus och ett rådgivningssamtal med barnmorska är cirka 825 kr-1184 kr.

Genom utbildning av personal kan kostnaderna minska då besök i den öppna vården är mer kostnadseffektiva. Mödrar skulle då vid behov få hjälp på öppenvårdsmottagningar som BHV, MHV eller vårdcentral, och även odlingar skulle vid behov kunna tas där i stället för att mammorna skickas till sjukhus. I dag är det bara vissa MHV och BHV som har möjlighet att ta odlingar. Genom samarbete mellan vårdcentralens distriktsläkare och MHV/BHV skulle detta kunna göras vid samtliga MHV/BHV.

Också för patienterna innebär det stora fördelar att kunna få hjälp i närmiljön och slippa åka till sjukhus. Att sitta på en akutmottagning i timmar för att få hjälp med en bröstkomplikation är mycket krävande för en nybliven mamma, och det är även stressande och krävande för personalen. Detta kan dessutom förvärra situationen eftersom en kvinna med bröstkomplikationer i första hand behöver vila och amma i en lugn miljö.

Kostnaderna för patienten varierar beroende på var hon får hjälp. Mamman får betala 300 kr på gynakutmottagningen, 60 kr vid amningsmottagningen. Om mamman återkommer till BB-avdelningen betalar hon ingenting.

En reducerad antibiotikaanvändning skulle minska kostnaden ytterligare. Dessutom finns vid antibiotikabehandling ökning av svampinfektioner som medför att mamman behöver söka vård på nytt.

Syftet med primärprevention är att minska sjukligheten hos befolkningen, i vårt fall bröstkomplikationer och såriga bröstvärtor vid amning, och inte i första hand att undvika framtida sjukvårdskostnader.

Organisatoriska aspekter

Resurser och hjälpmedel

Verksamheten kräver kunskaper hos personalen i hela vårdkedjan och bör organiseras så att alla enheter har tillgång till konsultation och rådgivning med en amningsansvarig som har en speciell funktion för utbildning och handledning enligt vårdprogrammet. Dessutom behövs lokaler och resurser i form av tid. Klinisk erfarenhet är viktig vid diagnostiken för att undvika onödig antibiotikabehandling. Ett ökat samarbete mellan läkare och barnmorska/sjuksköterska ska eftersträvas. Det bör finnas möjlighet till konsultation av hud- och infektionsläkare och kompetent personal som kan ställa diagnos med ultraljud vid abscess och vid behov lägga in pigtailkateter. Kvinnor som inte kan amma vid en bröstkomplikation bör få låna pump utan kostnad.

Remissvägar, ansvarsområden

Sjuksköterskan/barnmorskan ansvarar för omvårdnaden initialt. Hon gör en första bedömning och konsulterar vid behov läkare, som ansvarar för medicinsk bedömning och eventuell behandling. Bröstabscesser bör remitteras till specialistklinik för eventuellt ultraljud och punktion eller incision. Den upp-

följande omvårdnaden kan dock ske polikliniskt vid remitterande enheter, som då återtar ansvaret för uppföljningen. Specialistkliniker kan vid behov ge handledning till personal på andra enheter via amningsspecialist, amningsmottagning eller AMSAK:s referensgrupp.

Uppföljning

Behovet av uppföljning är individuellt. Patienten bör ha en ansvarig barnmorska/sjuksköterska vid hemgång att vända sig till om tillståndet inte blir bättre av planerade åtgärder. Varje enhet som arbetar med mor och barn bör se över vilka möjligheter som finns för uppföljning av amningskomplikationer. Se även remissvägar.

Patientutvärdering, registrering

Idag sker ingen utvärdering. Registrering sker i PASS och i sedvanlig journalhantering. Önskvärt är att utvärdering sker för att särskilja prevalensen av olika tillstånd samt utvärdering av behandling. För att programmet ska ha ett värde inte minst ur kvalitetssynpunkt är registrering av amningsrelaterade diagnoser ofrånkomligt

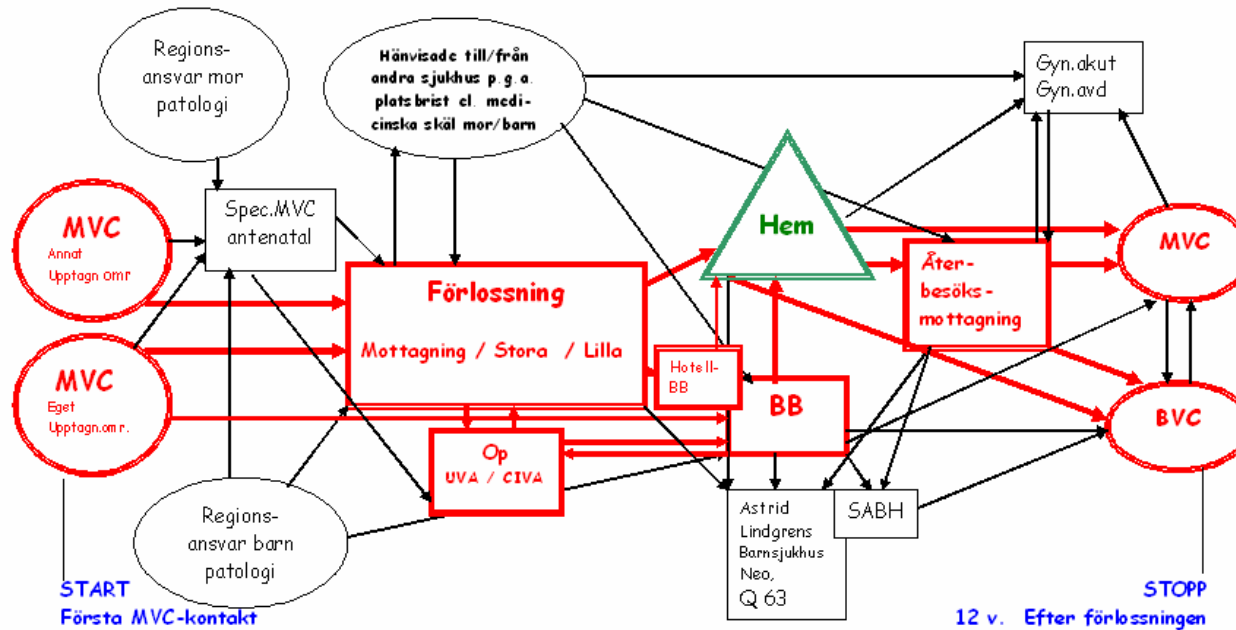
Återföring av data

Data ska vara tillgängliga för behandlande personal. Att årligen kunna ta del av hur många som sökt för amningsrelaterade komplikationer och hur många av dem som utvecklar infektioner och abscesser är av stort återföringsvärde. AMSAK tar gärna del av sådan statistik om sjukhusen/primärvården registrerar detta.

Att vara patient

Patientflödet genom vårdkedjan på kontorstid se modell från Karolinska Sjukhuset

Vårdkedjan för den friska kvinnans normala graviditet och förlossning med friskt barn



I förekommande fall där det finns så går flödet också genom Amningsmottagningar och Amningshjälp.
Bilden är framtagen av Vårdkedjegruppen, Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset.

Det flesta blivande föräldrar erbjuds under graviditeten någon form av amningsutbildning, individuellt eller i grupp. Innehållet varierar. På förlossningen är den initiala amningen viktig. Stödjande vägledning ges, barnet skall ha ammat minst en gång före hemgång. En del mor-barnpar går vidare till BB för fortsatt amningshjälp om barnet inte vill suga eller ifall tillmatning ordinerats. Det finns inga siffror på hur många som fortsätter till BB enbart för att de behöver fortsatt hjälp med amningen. En del mammor stannar extra länge på BB på grund av sitt behov av amningsstöd. Återbesök till sjukhusen sker vid 5-6 dagars ålder då amningen följs upp. Där kan många nybörjarproblem rättas till så att amningen fungerar. BVC fortsätter sedan att ge stöd. Vid problem med amningen söker mödrarna hjälp vid olika sjukhus där de själva fött barn, eller där de hört att det fungerar bra. Mammor kan sen hänvisas runt till olika mottagningar, amningsmottagning på SÖS eller DS, återbesöks-mottagningen KS och till BB-avdelningar, Amningshjälpen, gynakut-mottagningen, BHV eller MHV. Det finns idag ett glapp vid tidig hemgång eftersom ansvarsområdena är otydliga för BHV och MHV vilket gör kvinnan och barnet sårbara. Vart man hänvisas beror mycket på vem som tar emot samtalet när mamman ringer och på arbetsbelastningen vid tillfället. På många av dessa ställen tar man hand om amnings- och bröstproblem. Väntetiden kan variera från akut mottagande till flera dagar. Det förekommer att patienter får hjälp på många ställen samtidigt i vårdkedjan. Den medicinska behandlingen av bröstkomplikationer skiljer sig mellan de olika sjukhusen i SLL.

Att drabbas av en bröstkomplikation kan upplevas som något mycket dramatiskt, och som slutet på amningen - det finns gott om skräckhistorier om bröstkomplikationer. Det händer också att kvinnor känner sig som ”dåliga” mammor när de får amningsproblem.

Mammor som söker hjälp får ofta många och olika råd, vilka många gånger förvirrar mer än de hjälper. Ofta ges nya råd innan de tidigare har utvärderats, eller utan att man värderar hela situationen ordentligt. Ett vanligt råd är till exempel att mamman ska börja pumpa för att ”tömma bröstet ordentligt”, utan att man frågat om barnets amningsförmåga och amningsfrekvens.

Oron och dramatiseringen kring bröstkomplikationer kan göra att mammor slutar amma tidigare än vad de tänkt sig från början. Sår på bröstvårtan kan lätt göra att kvinnan kommer in i en ond cirkel med amningen. Det är vanligt att mammor med abscesser blir mycket stressade av att de måste tömma bröstet med bröstpumpen, och att de har svårigheter att få ut mjölk. Många kvinnor har under lång tid inte kunnat tömma bröstet, och mjölken har därför

börjat återbildas. Det händer också att mammor får ”hjälp” av personalen att ”massera bort” abscessen, något som är fruktansvärt smärtsamt och tekniskt omöjligt.

Det händer också att mammor som söker hjälp inte tas på allvar. En mamma som söker för smärtor i bröstet kan få höra att amningen ”ska” göra ont i början, utan att man tar reda på hur problemen ser ut.

Vårdkedjan

Prevention

Bröstkomplikationer kan många gånger förebyggas genom att nyförlösta kvinnor får en lugn miljö som stärker det normala fysiologiska förloppet, och där hänsyn tas till kvinnans specifika resurser, behov och önskemål. Mamman behöver god omvårdnad, det vill säga samvård med sitt nyfödda barn, näringsrik kost och bemötande av en tillitsfull och ödmjuk hälso- och vårdpersonal. Personalen bör ge mammorna vägledning medan amningen etableras, uppmärksamma vikten av god amningsteknik och arbeta efter amningsvänliga riktlinjer i hela vårdkedjan. Det är viktigt att ha en förankrad vårdideologi på varje enhet där man arbetar med amningsfrågor. På så sätt blir det lättare att stödja kvinnorna.

Redan under graviditeten bör kvinnor få kunskap om amning och dess fördelar. I en studie såg man att riktad undervisning av en barnmorska till blivande mammor i grupp ledde till minskade bröstkomplikationer. Att amningstekniken tränades praktiskt med en docka gav effekt i form av lägre frekvens av bröstvårtsmärta och färre såriga bröstvårtor, och gjorde att fler mödrar ammade vid 6 veckor ålder (Duffy, 1997). Amningsinformation även till pappan har visat sig påverka amningsresultatet positivt (Susin, 1999).

Vid MHV bör den blivande mamman stödjäs i att se och förstå barnets signaler i samband med amning. Hon bör uppmärksammas på hur smärtan vid komplikationer kan kännas och var den kan sitta, och på att hon kan titta på bröstvårtans form före och direkt efter amningen och utifrån det försöka föra barnet till ett bättre läge.

På förlossning/BB bör en amningsobservation erbjudas föräldrarna. Att göra en amningsobservation i tidigt skede är ett bra instrument för att se vilka mammor som behöver stöd i amningen. Mödrar med barn som inte hade ett bra tag om bröstet vid en tidig amningsobservation fick senare mer bröstkomplikationer enligt en studie (Riordan, 2001). Det är också viktigt att personalen inte ”använder händerna” när de ger vägledning för barnets läge vid bröstet, utan bara ger muntliga råd. Enligt en ny studie ammar kvinnor som inte fått handgriplig hjälp längre (Ingram, 2002). Vid **BHV** bör utvärderingen av amningsobservationen följas upp. Effekterna av detta är så stora att

alla mödrar bör erbjudas praktiska råd och stöd i amningsteknik som en del i den generella vården. Hälso- och sjukvårdpersonalen ska ges adekvat utbildning och praktisk träning i amningsteknik (Renfrew, 1999).

Genom ökad kunskap om amningsteknik, uppmärksamhet på eventuella sår på bröstvårtorna och adekvat behandling av dessa, samt kunskap om vikten av god handhygien kan blivande och ammande mammor själva förebygga och åtgärda bröstkomplikationer.

Genom att personalen arbetar enligt SLL: s amningsstrategi (SLL, 1998) som bygger på de Tio Stegen för att skydda, främja och stödja amningen kan bröstkomplikationer förebyggas. Riktlinjerna innebär att man ska ge utbildning till all personal i hela vårdkedjan.

Diagnostik

Diagnosen kan oftast ställs genom noggrann anamnes. Tidsförloppet är mycket viktigt för diagnosen och för bedömning vid telefonrådgivning om huruvida kvinnan kan stanna i hemmet och påbörja egenvård eller måste komma till en mottagning.

Anamnesen bör innehålla följande: Mammans och barnets välbefinnande, tidigare bröstproblem, bröstens utseende, mammans inställning till och upplevelse av amningen, bröstvårtans form efter amning, amningsmönstret, användning av amningsnapp, utvärdering av redan påbörjade åtgärder för att se vad som fungerar. En särskild bilaga har utarbetats för anamnesupptagning vid telefonrådgivning, *se behandlingsdel*.

Undersökningsmetoder

- Inspektion av båda brösterna och bröstvårtorna
- Palpation av båda brösterna
- Mätning av kroppstemperatur
- Amningsobservation

Amningsobservation

All behandling bör om möjligt föregås av en amningsobservation. Observationen sker i samråd med mamman/föräldrarna där mamman bekräftas och uppmuntras att se det positiva. Observatören bör ha ett ödmjukt och tillåtande förhållningssätt där mamman görs uppmärksam på följande:

- barnets beteende och signaler före, under och efter amning

- mammans amningsställning
- barnets reflexer och sugbeteende
- barnets läge vid bröstet; barnet bör ligga tätt intill, anpassat efter mammans bröst och kropp
- barnets tag; barnet bör ha tag så att även vårtgården är involverad
- barnets sugteknik
- moderns utdrivningsreflex; mjölken rinner eller mamman känner av reflexen i bröstet
- moderns och barnets följsamhet mot varandra
- moderns upplevelse av amningen när barnet suger
- smärtskattning med VAS vid behov
- bröstvårtans form före och direkt efter amning

Viktigt är förstås också mammans egen upplevelse av amningen!

Amningens faser

*Man kan dela upp sugbeteendet och amningen i olika faser:

SIGNALFASEN

Barnet visar tecken på att vilja suga genom att massera bröstet med händerna, föra händerna mot munnen, smacka och samtidigt vrida huvudet åt sidan. Uppfattar inte mamman dessa signaler börjar barnet att skrika. Det är svårare för barnet att ta bröstet om det skriket en stund och hunnit bli irriterat. Barnet måste då tröstas och lugnas innan det läggs till bröstet igen.

SÖKFASEN

Barnet stryker över bröstvårtan med munnen. Efter en stund gapar barnet vanligtvis stort, för ner tungan i munbotten och tar tag om bröstet. Amningen kan då underlättas för barnet genom att barnet hålls **tätt intill** mammans kropp så att hakan har kontakt med bröstet.

SUGNINGSFASEN

Barnet suger med korta, snabba tag för att locka fram utdrivningen av mjölken. Därefter, när mjölken börjar drivas ut, börjar barnet att suga med lågsamma, kraftfulla tag och vilar dessemellan, ca 3-4 tag, vilar därefter i några sekunder och börjar suga igen. (Variationer finns i detta mönster beroende på mjölmängd och barnets aptit).

EFTERSUGNINGSFASEN

Efter det att barnet har fått i sig den mjölk det behöver för stunden fortsätter de flesta barn att suga. Barnen blir lugna och slappnar av. (Widström, 1993; Matthiesen, 2001)

Odling på bröstvårta och mjölk. Tas efter oklara smärttillstånd och vid svår-läkta sår. Laboratorier har olika riktlinjer för odling av bakterier och svamp på bröstvårtor och bröstmjölk. På vissa ställen odlar man för bakterier och svamp med samma odlingspinne och odlingsrör. På andra sjukhus separeras odlingarna i separata odlingsrör. I framtiden vore ett enhetligt förfarande vid sjukhusen önskvärt för att säkerställa fynden.

Odlingsteknik:

- Tvätta med koksalt.
- Odlingen tas på bröstvårtan och/eller mjölken efter amning/urmjolkning om möjligt. Kan tas från båda brösten i samma rör.

Överväg ultraljud vid misstanke på abscess.

VAS - visuell analog skala

VAS är ett hjälpmedel för att skatta bland annat smärta på en skala från 1-10. Kan användas visuellt, ritas på ett papper eller med linjal. Skalan kan användas före amning, under och efter amningstillfället som utgångspunkt för individuellt stöd. VAS kan även användas för att mäta sugintensitet, upplevelse av amningen där man bedömer detta som viktig information, och även för utvärdering av åtgärder. Som exempel kan nämnas att smärta före amning kan vara tecken på begynnande bröstkomplikation, smärta under amning kan vara tecken på att barnet har för nätt tag och/eller inte ligger tätt intill bröstet, och smärta efter amning kan vara tecken på en svamp- eller bakterieinfektion i bröstvårtan. Man bör dock vara lyhörd för att variationer finns.

CRP

C-reaktivt protein bildas i levern. CRP används för att påvisa och gradera inflammatorisk aktivitet. Inflammationsreaktionen är en ospecifik reaktion på mängd agens/stimuli som immunkomplex, trauma, proteolytiska enzymer, cytotoxiska proteiner, extrema temperaturer, syrebrist, bakterier, virus, svamp, kemikalier. CRP stiger ca 8 timmar efter det att en inflammatorisk process startat. CRP används ofta för diagnostisering av inflammation och infektion i bröstet. Det är vanligt att antibiotika sätts in vid förhöjt CRP. Det finns dock inga signifikanta skillnader mellan förhöjt CRP vid inflammation och vid infektion i bröstet (Österman 2001). Det är AMSAK:s uppfattning att enbart CRP inte är en bra diagnostisk metod. Ett förhöjt CRP bör inte initiera behandling, utan kan/bör användas för att följa eventuell behandling och förlopp, speciellt i fall där flera vårdgivare är inblandade. Den kliniska bilden bör alltid observeras i första hand.

Differentialdiagnoser

Endometrit, djup ventrombos/lungemboli, urinvägsinfektion, övre luftvägsinfektion och viros under puerperiet. Vid feber i puerperiet bör alltid risk för dessa diagnoser beaktas. Anamnesen är här av primär vikt. När mjölk pressas ut i blodbanan uppstår en immunologisk reaktion som liknar

en infektionsstart. Kvinnan får feber, ont i kroppen och allmän sjukdomskänsla.

Differentialdiagnoser som kan förekomma på bröstvårtan är **eksem** och **andra hudåkommor**.

Andra ovanliga differentialdiagnoser är **galactoccele, fibroadenom och carcinom**. Man bör alltid vara vaksam på resistenser i bröstet, och vid tveksamhet utreda dessa vidare. Bröstcancer kan förekomma även hos lakterande kvinnor. Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se ut exakt som en bröstböld. Vid utebliven klar förbättring skall remiss göras till röntgen och cytologi.

Vi kommer inte att ytterligare nämna dessa diagnoser i vårdprogrammet utan hänvisar till vår referenslitteratur (Lawrence, 1999).

Dokumentation

Den ledande modellen för omvårdnadsdokumentation i Sverige är VIPS (Ehrenberg, 1998). VIPS står för fyra nyckelbegrepp inom omvårdnad: välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet. Hur amning relateras till denna sökordsbaserade modell är inte färdigdiskuterat. AMSAK föreslår att VIPS-sökord används även för dokumentation vid amningsmottagning och planerar att utveckla manual för detta. Enligt patientjournalagen (SFS, 1985:562) är legitimerad sjukvårdspersonal skyldig att föra journal över sin verksamhet, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS, 1993:20) anger att journalen ska innehålla tydlig omvårdnadsdokumentation som utgår från patientens individuella behov och att man ska upprätta en vårdplan som antecknas i journalen och följer patienten.

Psykosociala aspekter

När en kvinna söker för hjälp med amningsproblem bör hon tas på största allvar. Det är viktigt att ge plats för samtal. Hur upplever hon amningen i stort, hur trivdes hon med amningsstunderna innan det blev problem? När började amningssvårigheten, var det något speciellt som utlöste det hela? Det är bra att fråga om vilka tankar om amningen hon hade redan under graviditeten och därefter också penetrera vilket stöd hon har i sin omgivning; vad partnern tycker om att amningen tar mycket tid, vilka åsikter svärmor har och så vidare.

Kvinnors smärta vid amning ska alltid tas på allvar. Många kvinnor skattar själva smärtan som högre än förlossningssmärtan. I en studie utvärderades den psykologiska effekten av bröstvårtsmärta hos ammande kvinnor med instrumenten EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, och POMS, Profile of Mood States. Kvinnor med svår smärta i bröstvårtorna skattade värden på EPDS som motsvarade en postnatal depression, och POMS visade hög känslomässig stress. När smärtan gått tillbaka skattade kvinnorna lägre värden (Amir, 1996).

För kvinnan är amningen en del av en helhet kring barnet, partnern, familjen och livssituationen. Hur viktig amningen är och hur stor plats den får ta är olika från kvinna till kvinna. Alla kvinnor har olika resurser, är olika motive-erade och har olika stöd i sin omgivning för att satsa på amningen. En del ammar för barnets skull medan andra uppskattar både den egna och barnets njutning då det fungerar. Oavsett vad som föranlett amningsproblemet är det viktigt att försöka förstå kvinnans hela livssituation, för att kunna ge bästa stöd och hjälp. Använd frågeorden ”hur, när, vad, vilka”, ord som fördjupar och leder samtalet framåt. Det är viktigt att bekräfta kvinnan i hennes upple-velser. Hur har hon försökt att lösa amningssvårigheten, vilka råd har hon tidigare fått? Vägled och ge råd utifrån kvinnans erfarenheter. Var noga med att förklara och beskriva både förloppet och det engagemang och den tid som behövs från kvinnans sida - ge gärna alternativa lösningar på problemet. Låt kvinnan vara delaktig i hur omvårdnad och behandling ska läggas upp så att hon både kan ta och känna sitt ansvar inför behandlingen. Följ upp omvård-nadsstrategin – kändes det inte bra för kvinnan så ändra. Dokumentera noga hur ni kommit överens från gång till gång.

Ibland kan ett amningsproblem kännas oöverstigligt och kvinnan önskar i det akuta skedet att lägga ned amningen. Det finns risk för att man i en påfres-tande situation fattar ett så viktigt beslut förhastat. Vill mamman inte amma just då, och därför vill ha hjälp att trappa ned amningen, ska hon veta att hon kan öka mjölkproduktionen igen och ta upp amningen på nytt ifall hon vill. Som personal är det vår skyldighet att ge råd utifrån den samlade kunskap som finns och på så vis erbjuda vägledning. Men självklart är det kvinnan själv som avgör huruvida hon vill försöka amma eller inte, och det är hon som måste känna efter; ”det här känns bra och det vill jag försöka” (Hälso-och sjukvårdslagen 1985).

Kliniska studier och forskning

I detta avsnitt vill vi ta upp några behandlingsmetoder och hjälpmedel som fortfarande är kontroversiella. Vi vill dock diskutera dessa för att försöka få

fram ett gemensamt förhållningssätt och en ödmjuk inställning kring användningen av dem. Trots mycket forskning runt amning ges fortfarande olika behandlingar/råd som saknar vetenskaplig grund. Det handlar dels om att behandling inte utvärderats vetenskapligt, dels om att alternativa forskningsresultat inte vunnit tillräcklig terräng.

Behandling av sår

Det finns många olika sätt att behandla såriga bröstvårtor. Resultaten av de studier vi tagit del av ger inga entydiga svar om hur man bäst behandlar dessa. Samtliga forskare är dock överens om att man först måste komma åt grundorsaken till att sår uppstår – det vill säga se till att barnet har ett stort tag om bröstet. En god amningsteknik är därför A och O.

AMSAK rekommenderar att man håller rent, luftigt och torrt på bröstvårtan i första hand. Eventuellt kan man prova en växelverkan mellan torrt och fuktigt då sår uppstått, om kvinnan upplever att det lindrar smärtan. För att undvika friktion är det bra att ha ett avstånd mellan bröstvårtan och kläderna.

AMSAK rekommenderar dock inte tillförsel av vatten eller koksalt.

Däremot är det bra att hindra avdunstning genom att ofta fukta med den egna bröstmjölken och att använda bröstvårtsskydd. Koksalt kan användas bara i mycket speciella fall som tex vid tvättning av infekterade sår. I de randomiserade studier AMSAK tagit del av är det svårt att få en uppfattning om sårens svårighetsgrad, men flera forskare (Ziemer 1995, Lavergne 1997, Akkuzu 2000) har visat att smärtan kan lindras med hjälp av fukt. Några författare har undersökt effekten av hydrogel och lanolinkrämer med olika uppfattningar om huruvida de minskar eller ökar risken för bakterier i såren, dock sågs lindring av smärtan. (Cable 1997; Brent 1998). Centuori (1999) jämförde behandling med glycerin, lanolinbaserad salva med inget alls och fann inga skillnader av läkningsförloppet. Apotekets bröstvårtsalva har ingen dokumenterad effekt vid sår. Citronsaft på bröstvårtan är en gammal metod för läkning av sår som inte heller har utvärderats vetenskapligt. Tanken bakom är att försöka påverka miljön på bröstvårtan så att bakterier och svamp inte får fäste. Citronsaft på färska sår ger ofta svår smärta och bör undvikas. AMSAK rekommenderar inte salvor, snäckor, E-vitaminpreparat eller tepåsar för att förebygga eller behandla sår. Mer forskning behövs om förekomst av sår, deras utbredning och grad samt om hur de bäst behandlas när de uppstått.

Vitkål som omslag

Några studier har gjorts angående alternativ behandling med kalla vitkålsblad på bröstet. Dessa studier har visat effekter av behandling vid mjölkstas men inte vid mastit, däremot upplevde mammorna i studierna välbefinnande och amningstidens längd påverkades (Nikodem, 1993; Renfrew, 1999).

Kyla

Ökar kyla risken för bröstkomplikationer? Man tar för givet att kyla ökar risken, och mamman får uppmaning att hålla bröstet varma. Det finns inga vetenskapliga belägg för att kyla orsakar bröstkomplikationer, men kanske får vissa kvinnor en indirekt påverkan av utdrivningsreflexen genom den stress som kan uppstå av obehaget vid kyla. Då handlar det mer om att undvika nedkylning över huvudet, och alltså inte speciellt kyla för bröstet.

Syntocinonspray

Syntocinonspray är ett omdiskuterat hjälpmedel. Syntocinon har en lokal effekt på muskellagret runt mjölkkörtlarna. Forskning visar att sprayen har bäst effekt vid reglerad amning, där amningstillfällena är glea och där bröstet kan bli mycket spända så att risk finns för mjölkretention (Renfrew, 2000). Genom beröring och massage kan mamman få en generell effekt av det egna oxytocinet. Detta befrämjas av en lugn miljö och avslappning (Uvnäs-Moberg 2000). Även genomblödningen i det påverkade området ökar så att kroppen lättare absorberar resistensen vid inflammatorisk och infektiös mastit. Man kan föreslå att pappan eller någon närstående masserar mammas axlar/rygg under amningen. Kvinnan kan själv stimulera mjölkutdrivningen genom avslappning, lugn andning, lätt beröring över bröstet samt suggestion – tankar på vattenfall, porlande vatten eller liknande. Andra förslag vid försvårad utdrivning kan vara dusch eller bad (dock ej så länge mamman har avslag från livmodern), en varm handduk över bröstet före amning, växling mellan värme och kyla, akupunktur för avslappning och smärtlindring, allmän avlastning.

Det viktigaste är att åtgärderna ska vara hanterliga och öka mammans välbefinnande. AMSAK avråder från generell behandling med syntocinonspray. Sådan behandling bör endast ges efter noggrant övervägande där mjölkretention föreligger, något som inte alls behöver förekomma vid inflammation eller infektion i bröstet.

Beröring, massage och akupunktur

Beröring och massage frisätter oxytocin som har en rogvande effekt och stimulerar till utdrivning av mjölk. Oxytocin är ett viktigt hormon vid amning (Uvnäs-Moberg, 2000).

Akupunktur anses ha en avslappande, smärtstillande och antiinflammatorisk effekt, som man tror kan bero på frisättning av bland annat endorfin och kortisol. Detta i sin tur kan påverka utdrivningseffekten så att det blir bättre flöde och tömning. I den kliniska verksamheten används akupunktur av speciellt utbildade barnmorskor/sjuksköterskor alltmer vid bröstkomplikationer. Carlsson och Anckers beskriver i sin bok "Akupunktur och TENS inom obstetiken" 1997 att akupunktur har en bra effekt på mjölkstockning enligt kliniska iakttagelser och ger där "recept" för två olika tillstånd. Några studier av akupunktur vid amningsproblem är ännu inte publicerade. AMSAK välkomnar studier kring detta.

Amningsnapp

Amningsnapp/vårtskydd är ett hjälpmedel som ibland rekommenderas vid såriga bröstvårtor, plana/indragna bröstvårtor, spända bröst eller för att hjälpa barnet att få ett amningstag om bröstet (att "latcha"). **Innan amningsnapp rekommenderas måste en individuell bedömning utifrån mammas situation göras. Det viktiga är att moderns välbefinnande runt amningen förbättras.** Studier under senare delen av 90-talet (Brigham, 1996, Drazin, 1998) visar inte på direkta orsakssamband mellan de moderna, tunna amningsnapparna av silikon och bröstinflammation (mjölkstockning). Fler studier om amningsnappen behövs. Sammanfattningsvis är det få mödrar som har behov av en amningsnapp. Däremot kan användning av amningsnappen dölja underliggande problem om den sker slentrianmässigt. Låg viktuppgång hos barnet eller bröstinflammation är typiska sådana problem. Amningsnappen optimeras som hjälpmedel om den vänds halvvägs ut och in innan den appliceras på bröstvårtan, och om mamman därefter låter sin egen bröstvårta sugas långt in så att ett vakuum uppstår i amningsnappen. På så sätt undviks ytterligare sår på bröstvårtan och mjölksjöarna nås enklare av barnet. Det är dock viktigt att mamman **inte bara "trycker in nappen"** i barnets mun utan informeras om hur hon kan stimulera barnets rootingreflex för att barnet ska gapa stort och få ett bra tag om hela den utskjutande delen. Barnet ska alltså inte bara suga på toppen av amningsnappen. **Med eller utan amningsnapp är det bra om bröstvårtan är rund efter avslutad amning**, så att den inte klämts. Nappen bör rengöras efter användande. Extra

noggrannhet vid sår på bröstvårtan då bör nappen kokas regelbundet och förvaras på ren plats.

Kostens inverkan vid smärtor i bröstet och vid upprepade bröstinflammationer

Det finns många som menar att svampinfektioner är vanligare idag på grund av våra kostvanor med ökat inslag av sötade produkter. Godis, socker och läsk hör ofta till vardagen. Resultat från olika studier talar för att kosten kan ha betydelse. Kostens och sockerintagets betydelse har uppmärksammats i flera studier men inte i samband med bröstkomplikationer. I en studie om kvinnor med kronisk **genital candidainfektion** kunde infektionen minskas när kvinnan eliminerade godis, socker, vit bröd och mjölkprodukter (Benson, 1984). Yoghurt, acidofilus, dofidus, och andra sura mjölkprodukter anses av många bra vid infektioner.

Flera studier finns kring laktobaciller och vaginalsvamp med positivt resultat (Osset, 2001). I en finsk studie reducerades genital och kutan svampinfektion om kvinnan drack ett glas dofidus/acidofidus per dag. Om man vill pröva yoghurt eller dofidus på bröstvårtan för att förändra pH-balansen är det viktigt att först sila bort fett och proteiner genom ett kaffefilter, annars kan det förvärra. Mer forskning angående kostens betydelse och smärta i bröstet behövs. Ett annat utforskat område är att tillsätta Lecitin vid upprepade bröstinflammationer där man uteslutit att det beror på barnets tag om bröstet och övriga riskfaktorer. Många amningskonsulter och mammor i världen har god erfarenhet av detta. Lecitin är en växtolja som används som emulgeringsämne och är ofarligt för mamman och det ammade barnet. Men det behövs forskning kring detta innan man kan säga att det säkert hjälper.

Referenser:

(1985) Patientjournalagen SFS 1985:562.

(1985) Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1985:560, 2a §.

(1992) White spots (Corpora amylacea). *ALCA News* **3**, 8-9.

(1997) Breastfeeding and Use Human Milk (RE9729). *Pediatrics [Computer File]* **100**, 1035-1039.

(2002) *SOS rapport 2002:7. Amning av barn födda år 2001. Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum, Stockholm.*

(2000) *Social atlas över Stockholmsregionen, Rapport 4; Regionplane- och trafikkontoret ISSN 1104-6104. (pp.1104-6104)*

Aarts, C., Hörnell, A., Kylberg, E., Hofvander, Y. & Gebre-Medhin, M. (1999) *Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier Pediatrics, Oct;104(4).*

American Academy of Pediatrics, Breastfeeding and use of human milk Policy Statement RE9729 *Pediatrics* (1997) v 100 (6):1035-1039. Reprint retrieved 5/1/98 from <http://www.aap.org/policy/re9729.html>

Akkuzu, G. & Taskin, L. (2000) Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems Prof Care Mother Child. *Professional Care of Mother and Child* **10**, 38-41.

Amir, L.H., Dennerstein, L., Garland, S.M., Fisher, J. & Farish, S.J. (1996) Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol Mar;17(1):53-8* **17**, 53-58.

Amir, L.H., Garland, S.M., Dennerstein, L. & Farish, S.J. (1996) Candida albicans: Is it Associated with Nipple Pain in Lactating Women? In: Women, L. (Ed.) *Gynecol Obstet Invest.* (pp.30-34) Förlag, Förlagsort.

Ballard JL, Auer CE, & Khoury JC. (2002) Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad *PEDIATRICS* **5**, 63

Benson, J.H., Stanley, W.E. & Lippman, L. (1984) Sugar chromatography studies in recurrent candida vulvovaginitis. *The Journal of Reproductive medicine* **29**,

Brent, N., Rudy, S.J., Redd, B., Rudy, T.E. & Roth, L.A. (1998) Sore nipple in Breastfeeding Women, A clinical trial of a wound dressing vs Conventional Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* **152**, 1077-1082.

Brigham, M. (1996) Mothers report of the outcome of nipple shield use. *Journal of Human Lactation* **12**, 291-297.

Bu'Lock, F., Woolridge, M.W. & Baum, J.D. (1990) Development of a co-ordination of suckingswallowing and breathing; ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* **32**, 669-678.

Cable, B., Stewart, M. & Davis, J. (1997) Nipple wound care: a new approach to an old problem. USA J Hum. Lact. *Journal of Human Lactation* **13**, 4.

Carlsson C, Anckers L. (1997) *Akupunktur och TENS inom obstetiken*, Studentlitteratur Lund . Kapitel 11, sidan 160-162. Akupunktur postpartum

Centuori, S., Burmaz, T., Ronfani, L., Fragiaco, M., Quintera, S., Pavan, C., Davanzo, R. & Cattaneo, A. (1999) Nipple care, sore nipple and breastfeeding: A randomized trial. *Journal of Human Lactation* **15**, 2.

Collin, A.E. (1979) Elevated levels of sodium and chloride in milk from mastitic breast. *Pediatrics [Computer File]* **63**, 910-911.

Coulter, M.M. & Coulter Danner, S. (1989) Sucking disorder in neurologically impaired infant: assessment and facilitation of breastfeeding. *Clinics in Perinatology* **14**,

Drazin, P. (1998) Taking nipple shields out of the closet. *Birth issues* **7**,

Duffy, E.P., Percival, P. & Kershaw, E. (1997) Positive effect of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding. *Midwifery* **13**, 189-196.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Thorell-Ekstrand, I. (2000) VIPS-boken. , Stockholm.

Socialstyrelsen, EPC.(1999) Amning av barn födda 1999. *Statistik Hälsa och sjukdomar 2001:9 Epidemiologiskt Centrum.*

Evans, K. (1995) Effect of the method of breastfeeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatrica* **84**, 849-852.

Fairbank, L., O'Meare, S., Renfrew, M.J., Woolridge, M., Snowden, A.J. & Lister-Sharp, D. (2000) A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment: HTA / NHS R&D HTA Programme* **4**, 1-171.

Fetherston, C. (1998) Jun. *Journal of Human Lactation* **14**, 101-109.

Fetherstone, C. (2001) Mastitis in lactating women: physiology or pathology? *Breastfeeding Review* **9**, 5-12.

Fletcher, D. (2000) The implement of the HOT program at the Royal Women's Hospital. Breastfeeding Review. *Journal of Nursing Mother's Association of Australia* **8**, 19-23.

Foxman, B., D'Arcy, H., Gillespie, B., Bobo, J.K. & Schwartz, K. (2002) Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the united states. *American Journal of Epidemiology* **155**, 103-114.

Heads, J. & Higgins, L.C. (1995) Preceptions and correlates of nipple pain. *Breastfeeding Review* **3**,

Henschel, D. & Inch, S. (1996) Breastfeeding A Guide For Midwives.

Huggins, K.E. & Billon, S.F. (1993) Twenty cases of persistent sore nipple: Collaboration between lactation consultant and dermatologist. *Journal of Human Lactation* **9**,

Huml, S. (1999) Sore nipples A new look at an old problem through the eyes of a dermatologist. *The Practising Midwife* **2**,

Inch, M. & Fisher, C. (2000) Breastfeeding: early problem. *The Practising Midwife* **3**,

Ingram, J, Johnson, D & Greenwood R. (2002) Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* **2**, 87-101.

Kinlay, J.R., O'Connell, D.L. & Kinlay, S. (1998) Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months after delivery: a prospective cohort study. *Medical Journal of Australia*. *Medical Journal of Australia* **169**, 310-312.

Landsting, S.L. (1998) Amningsstrategi för all personal i hela vårdkedjan. Signäs Informationsidé Grafiska språnget, Stockholm.

Lavergne, N.A. (1997) Does application of tea bags to sore nipple while breastfeeding provide effective relief? *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* **26**, 53-58.

Lawlor-Smith, L.S. (1997) Raynaud's Phenomenon of the Nipple: A Preventable cause of breastfeeding failure? *MJA* **166**, 448.

Lawlor-Smith, L.S. & Lawlor-Smith, C.L. (1997) Vasospasm of the nipple-a manifestation of Raynaud's phenomenon: case report. *BMJ : British Medical Journal / British Medical Association* **314**,

Lawlor-Smith, L.S. & Lawlor-Smith, C.L. (1997) Raynaud's phenomenon of the nipple: A preventable cause of breastfeeding failure? *MJA* **166**, 448.

Lawrence, R.A. (1999) Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. *Breastfeeding*. C V Mosby, St Louis., pp 274.

Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Nissen, E. & Uvnäs-Moberg, K. (2001) Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effect of infant hand massage and sucking. *Birth* **28**, 13-19.

Moon, J.L. & Humenick, S.S. (1998) Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* **18**, 309-315.

- Nelson, J. (1753) An essay on government of children under three generals heads: viz, health, manner and education. Anonymous *An essay on Government of Children under three generals heads.* , London.
- Nikodem, V. (1993) Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth* **20**, 61-64.
- Nordström, B. & Wihle'n, B. (1995) Amning i mångkulturell miljö - en studie av amningsmönster i Rinkeby. FoU 1995. Stockholm; Västra Stockholms sjukvårdsområde, Stockholm.
- Osset, J. Garcia, E. Bartolome, RM & Andreu A. (2001) Role of Lactobacillus as protector against vaginal candidiasis. *Med Clin (Barc)* **22**, 285-8
- Österman, K. & Rahm, V.-A. (2001) Lactation mastitis: Bacterial cultivation in breastmilk: symptoms, diagnoses and outcome. *J. Human Lact. Nov. Journal of Human Lactation* **16**, 297-302.
- Radford, A. (1991) The ecological impact of bottle feeding. *Baby Milk Action Coalition IOCU World Congress, HonKong.*
- Regeringskansliet, U.U.i. (1999) FN, Förenta Nationerna., Mänskliga Rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter. *FN Förenta Nationerna, Regeringskansliet, Utrikesdepartementet UD info.* Nordstedts Tryckeri AB., Stockholm.
- Renfrew, M.J. & Lang, S. (1999) Feeding on schedule. *The Cochrane Library (2001), Issue 3.*
- Renfrew, M.J. & Lang, S. (1999) Intervention for improving breastfeeding *The Cochrane Library (2001), Issue 2.*
- Renfrew, M.J. & Lang, S. (1999) Cabbage leaves for breast engorgement. *The Cochrane Library (2001), Issue 1.*
- Righard, L. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* **19**, 4.

Riordan, J. Bibb, D. Miller, M. Rawlins, T. (2001) Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding. Assessment Tool. *J Hum Lac* **17**(1):20-3.

Riordan, J., Auerbach, K. & Laction, H. (1999) *Breastfeeding and Human Laction*. Jones and Bartlett publishers Sudbury, Massachusetts.

Rook, G.W.A. & Stanford, J.L. (1998) Give us this day our daily germs. *Immunology Today*

SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (1999) Diagnostikhandbok för Kvinnosjukvården.

Susin, L., Giugliani, E., Kummer, S., Maciel, M., Simon, C. & da Silveira, L. (1999) Does the Breastfeeding Knowledge Increase Breastfeeding Rates? *Birth* **9**, 149-155.

Thomassen, P., Johansson, V., Wassberg, C. & Breastfeeding, P.B. (1998) Breastfeeding, Pain and Infection. *Gynecologic and Obstetric Investigation*

Thomsen, A.C., Brogaard Hansen, K. & Möller, B.R. (1983) Leukocyte counts and microbiologic cultivation in the diagnosis of puerperal mastitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **15**.

Thomsen, A.C., Espersen, T. & Maigaard, S. (1984) Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast and infectious mastitis in nursing women. *Am. J. Obstet & Gynecol. American Journal of Obstetrics and Gynecology* **149**, 492-495.

Uvnäs-Moberg, K. (2000) *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Natur Kultur, Borås.

Widström, A.M. & Thingström-Paulsson, J. (1993) The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infant before the first sukle. *Acta Paediatrica* **82**, 281-283.

Willumsen, J.F., Filtreau, S.M., Coutsoydis, A., Uebel, K.E. & Tomkins, A.M. (1999) Subclinical mastitis as a riskfaktor for mother-infant HIV Transmission. Anonymous *Proceedings of the 9th Internationell Conference of International Society for Research in Human Milk and Laction. Koster Irsee, Germany*.

Wilow, K. (1993) Författningshandbok för personal inom hälso-och sjukvård. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1993:20*. Liber Utbildning, Stockholm.

World Health Organization, W. (1981) WHO Internationell Code of Marketing of Breast-milk substitutes. *WHO Internationell Code of Marketing of Breast-milk substitutes*. WHO, Geneva.

World Health Organization, W. (1989) Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services - A joint WHO/UNICEF Statement. WHO, Geneva.

World Health Organization, W. (1990) The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. WHO, Geneva.

World Health Organization, W. (2000) Mastitis Causes and management. In: Inch, S., von Xylander, S., Savage, F. (Eds.) *Department of child and Adolescent Health and Development, Mastitis Causes and management*. WHO, Geneva.

World Health Organization, (2001) Fifty-fourth World Health Assembly, *WHA*. 18 May 2001.

Ziener, M.M., Cooper, D.M. & Pigeon, J.G. (1995) Evaluation of dressing to reduce nipple pain and improve nipple skin condition in breastfeeding women. *Nursing Research* **44**, 347-351.

Behandlingsdel

Anamnesupptagning

Frågor att ställa vid telefonkonsultation eller på mottagning:

Diagnosen ställs genom noggrann anamnes. När man tar upp anamnesen är det viktigt att finna orsaken till bröstkomplikationen så att den kan undvikas fortsättningsvis. Frågorna nedan kan ställas per telefon när kvinnan ringer, för att undvika att hon behöver åka till mottagning/sjukhus i onödan. Se vidare faktadel.

- **Symtom, uteslut andra orsaker.** Alternativa orsaker till symtom kan till exempel vara endometrit, urinvägsinfektion och halsinfektion. Att utesluta andra orsaker är viktigt för bedömning om kvinnan kan stanna i hemmet och påbörja egenvård.
- **När började symtomen?** Tidsförloppet är mycket viktigt för diagnosen. Det är även viktigt att veta om kvinnan haft bröstproblem tidigare under amningsperioden, framför allt med resistenser, rodnad och/eller feber, för att bedöma om hon kan stanna i hemmet och påbörja egenvård.
- **Mammans allmäntillstånd.** Feber, smärtstatus, sömn, vila, vätske- och näringsintag.
- **Mammans upplevelse av amningen:** Känslor vid amningen, tillfredsställelse, rädsla, oro, olust, smärta, familjens stöd av amningen
- **Bröstens utseende.** Fråga om utseendet både före och efter amning, jämn spändhet på båda bröstet, lokala knölar, rodnad, värmeökning, sår på bröstvårtan (sår ökar risken för bröstinfektion, speciellt vid långsam läkning).
- **Barnet.** Barnets ålder – de första tre till fyra dagarna kan etableringen av mjölken ge spända bröst och andra symtom som lätt temperaturförhöjning. Hur är barnets viktutveckling och allmäntillstånd – urin, avföring, infektioner eller andra tillstånd i anamnesen? Hur är

barnets beteende vid bröstet? Skrik, värjer sig, tar tag släpper, somnar,

- **Amningsteknik** (läge vid bröstet och tag om bröstet), kan lätt utvärderas på telefon genom att man frågar mamman om bröstvårtans utseende efter amning, en klämd eller påverkad bröstvårta är ofta orsak till problemet.
- **Amningsmönstret.** Frekvens/duration/intervall bör utvärderas, vem avslutar amningen, har någon förändring skett? Om inga förändringar skett i amningsmönstret och amningstekniken är god bör mamman uppmuntras att fortsätta amma och undvika urmjolkning.
- **Uppfödning förutom bröstmjolk:** modersmjölksersättning, vatten, smakportioner eller annat
- **Hjälpmiddel:** urmjolkningshjälpmiddel, amningsnapp, nappflaska, tröstnapp
- **Utvärdera redan påbörjade åtgärder och vårdkontakter** för att se vilka åtgärder som fungerar **om mamman upplever** stödet och eventuella nya råd som hanterbara
- **Dokumentera**

Ställningstagande till egenvård

Egenvård kan påbörjas i hemmet när andra, icke bröstrelaterade diagnoser uteslutits - om kvinnans allmäntillstånd tillåter, och om symtomen från bröstet inte varat mer än 2-3 dygn, och om det är första gången kvinnan har dessa symtom. Om symtomen varat längre görs en bedömning av sjuksköterska/barnmorska tillsammans med läkare. Om ingen störning skett i barnets amningsfrekvens, amningsmönster och om tekniken är god (det vill säga mammans bröstvårta är rund och opåverkad efter amning) skall fortsatt amning rekommenderas i första hand, i kombination med vila. Amningen har den bästa läkande effekten på bröstkomplikationen.

Såriga bröstvårtor som inte läker hänvisas för odling och eventuell behandling snarast.

Generella omvårdnadsåtgärder vid egenvård

- Bekräfta och avdramatisera genom att lugna kvinnan och anhöriga, ge saklig information om tillståndet och om varför kvinnan har så hög feber, försök normalisera det som faktiskt är normalt och undvik att problematisera
- Tala om att bröstmjölken har positiva effekter för barnet trots bröstkomplikationen
- Uppmuntra mamman att gå till sängs och vila, samt fortsätta amma
- Stöd kvinnan i att minska stressen om hon känner sig stressad

Sker ingen förbättring de två första dygnen med rekommenderade åtgärder uppmanas kvinnan ta ny kontakt och förbereds då för en tid på mottagning.

Riktlinjer för läkemedelsrekommendationer

Läkemedelsrekommendationerna är utarbetade i samråd med Pia Appelgren, infektionsspecialist, Karolinska sjukhuset, vad beträffar läkemedlets styrka och dos till mamman. När det gäller läkemedels övergång i bröstmjolk har vi samrått med Henrik Arnell, barnläkare, Barn- och ungdomsmedicin, Astrid Lindgrens barnsjukhus och som tidigare arbetat med läkemedelsfrågor (KaroLine-tjänsten) med bland annat bedömning av biverkningsrapporter, klinisk farmakologi, Karolinska Sjukhuset.

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38.

Vid antibiotikabehandling under graviditeten rekommenderas tredos-regim. Detta på grund av den glomerulära filtrationen ökar under graviditeten. Serumnivåerna av läkemedel är då otillräckliga för terapeutisk effekt. Exakt när njurgenomblödningen är återställd till pregravid nivå är ej känt. Patientens vikt och längd inverkar också på behovet av läkemedelsdosen.

De rekommenderade läkemedlen anses som "säkra" vad gäller friska, fullgångna barn. Med "vid amning säkra läkemedel" menas att det är ytterst osannolikt med allvarlig påverkan på det diande barnet. De flesta läkemedlen går över till barnet i små mängder. Därmed kan exempelvis barnets tarmflora påverkas.

Det är därför viktigt att inte överskrida rekommenderad dos och behandlingstid. ”

Det är viktigt att fördela dosen jämnt över dygnets timmar.

Några vanliga råd som man bör fundera över

Som vi tidigare nämnt ges många välmenande men motsägelsefulla råd vid handläggning av bröstkomplikationer.

Värme: Ett vanligt råd är att ammande kvinnor med bröstinflammation och feber ska värma bröstet på olika sätt, från öppen ugnslucka till hårtork. Utifrån en kritisk granskning bör vi fråga oss vad vi vill uppnå med uppvärmningen av bröstet då kvinnan redan uppger sig ha 40 graders feber. Är bröstet rött och svullet upplever många kvinnor att det kan vara skönare att lägga på något svalt istället. Värmen kan göra bröstet mer ödematöst än det var från början. Att redan på förlossning och BB generellt betona vikten av värme på bröstet i form av fetvadd, värmeinlägg och dylikt avråder AMSAK ifrån. Tonvikten bör istället läggas på lugn och avslappning utan att stressa mamman. Kanske ska vi lita på att kvinnor själva klär på sig mer om de fryser?

Pumpning: Att pumpa ur mycket är ett vanligt råd vid ömmande bröst. Att ”tömma bröstet” med en pumpmaskin till varje pris, även om barnet ammar, upplever de flesta kvinnor som stressande. Det finns även en risk att tillståndet förvärras med ödem runt vårtgård/ bröstvårta, stimulerad mjölkproduktion och därmed fördröjning av läkningsprocessen. Ammar barnet så räcker detta som ”tömning” av bröstet under förutsättning att barnet är piggt, har ett bra tag och suger effektivt. Om barnet inte kan/vill/orkar amma eller om mamman inte vill/vågar på grund av svår smärta, kan man prova med handmjölkning eller pumpning - men bara om mjölken relativt lätt kommer ut. När inflammationen lättar kan kvinnan successivt börja amma igen. Utdrivningsreflexen är en betingad reflex vilket gör att när mamman är van att amma kan det vara svårt för henne att helt plötsligt släppa mjölken till en pumpmaskin. Det går inte heller att tömma ett bröst helt eftersom tillströmningen av mjölk är som störst då den större mängden tömts ur mjölkkörtlarna. Vid bröstabscess har oftast mamman haft problem en längre tid med bröstet, varför det inte är att vänta att mjölmängden ska vara som tidigare eller som i det andra bröstet. Att pumpa för att tömma bröstet ger ett underförstått budskap om att mamman borde få ut mer mjölk, detta är smärtsamt och hjälper inte till att läka abscessen.

Massage: Mödrar uppmanas att ”massera bort sina knölar i bröstet”. Detta råd kan göra mer skada än nytta då massagen oftast är hårdhänt, och då det dessutom är omöjligt att massera bort en resistens eller böld från ett bröst. Detta råd ska inte blandas ihop med rådet om att ge en lätt strykning med handen över det drabbade området under amning/urmjolkning. Strykningen ökar cirkulationen runt området så att kroppen snabbare hjälper till att absorbera resistensen. En lätt strykning upplevs ofta positivt av mamman, men det är alltså ingen metod för att få bort knölar. En böld bör immobiliseras och kvinnan upplever det oftast som skönt att bara låta det drabbade bröstet vara ifred.

Syntocinonspray: Om mamman har mjölkretention/stas med generellt överfulla mjölkkörtlar som inte förmår att dra ihop sig, kan syntocinonspray vara till hjälp enligt studier vi tidigare nämnt. När det finns en resistens i bröstet som vid inflammation och infektion, och mjölken har svårt att passera, bör användande av syntocinonspray ifrågasättas. Detta för att undvika mer påfyllnad av mjölk bakom resistensen.

Antibiotikabehandling: Det händer att mammor får antibiotika även vid en inflammation på grund av högt CRP. AMSAK rekommenderar att man först skaffar sig en helhetsbild genom god anamnes och status, med speciell tonvikt på tidsförlopp och eventuella nuvarande eller tidigare sår som lokal inkörsport för infektion. Man bör också vara noga med att utesluta infektioner på andra ställen i kroppen samtidigt med ett manifest bröstproblem

Om tidigare råd: Det är alltid viktigt att lyssna efter tidigare råd, hur den hjälpsökande mamman har uppfattat råden och hur de hjälpt. Utvärdera dessutom hur hon uppfattat de eventuellt nya råden hon fått, och om de är hanterbara för henne.

Sårig bröstvårta

Bakgrund

Sår på bröstvårtan har oftast med amningstekniken att göra. I början av amningsperioden uppstår ett normalt sugslitage på bröstvårtan. Det kan visa sig som rodnad, känsla av ömhet, sugblåsor och/eller sugblåserand. Sår uppstår när barnet har för litet tag om bröstet och bara suger på bröstvårtan. Såret utbreder sig oftast på djupet av vävnaden.

Symtom

(ett eller flera kan förekomma)

- Klämda eller ”snedsugna” bröstvårtor efter amningen.
- Sprickor på sidorna av bröstvårtan och/eller mitt på, ytliga eller djupa sår/sårkanter.
- Kladdiga och/eller vätskande sår, kan vara infekterade och är då ofta svårläkta.
- Smärta i samband med amning.

Individuella omvårdnadsåtgärder:

- Bekräfta och förklara tillståndet för både kvinnan och mannen/anhörig, ta upp skillnaden mot den ”normala” sugförändringen på bröstvårtan.
- Gör en amningsobservation tillsammans med kvinnan och gör henne uppmärksam på skillnaden i smärtupplevelse beroende på barnets läge och tag om bröstet
- Observera bröstvårtans utseende direkt efter amningstillfället och uppmärksamma kvinnan på betydelsen av detta.
- Skatta smärtupplevelsen med hjälp av VAS-skalan.
- Uppmuntra luftutrymme i behåll som tryckavlastning på bröstvårtan, förslagsvis med en vartluftare eller bröstvårtsskydd
- Ta upp att dryck, mat och vila är viktigt för välbefinnandet
- Om det finns behov av att öka frisättning av oxytocin, uppmuntra vila, närhet och hudberöring.
- Om kvinnan använder inlägg, ge råd om lämpliga sådana (bomull, ull)

- Förebygg infektion med god handhygien.
- Om kvinnan tillfälligt slutar amma för avlastning och läkning av sår, samråd med kvinnan om lämplig urmjölkningssmetod för henne och om lämplig tillmatningsmetod för barnet.

Medicinska åtgärder

Vid sårinfektion som inte läker med ovanstående omvårdnadsåtgärder överväg antibiotikabehandling efter verifiering med odling

Vid behov smärtstillande läkemedel.

Förstahandspreparat: T. Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet. (Ej vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra).

Andrahandspreparat eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning: Paracetamol 1 g x 4, jämt fördelat över dygnet.

Smärtor i bröstet

Bakgrund

Smärtor i bröstet har oftast amningstekniska orsaker. Andra orsaker är bakterier eller svamp som kan ge svår smärta under amning. Muskuloskeletala förändringar kan förekomma efter förlossningen, det kan "låsa sig" mellan revbenen och kotkroppen, smärtan strålar då bakåt mot ryggen. Detta kan sitta i flera veckor efter förlossningen. Smärtorna kan komma och gå under och mellan amningarna. Ibland förekommer smärta utan att man hittar någon orsak. Det är viktigt att problemen ändå tas på allvar. Ett gott bemötande kan ibland lindra smärtupplevelsen.

Symtom

(ett eller flera kan förekomma)

- klämd eller snedsugen bröstvårta
- ihållande smärta under hela amningstillfället
- smärta efter amningen
- smärta mellan amningstillfällena
- smärta inne i bröstet - skärande, brännande, strålande, kliande
- ytlig smärta på bröstvårta och vårtgård - skärande, brännande, strålande, svidande
- smärta som strålar bakåt ryggen
- bröstvårtan kan vara lite uppluckrad, svullen, ilsket röd, rosa, irriterad
- vårtgården kan vara svullen, glansig, fjällande, vätskande
- brännande känsla och klåda på bröstet
- färgskiftningar på bröstvårtan

Individuella omvårdnadsåtgärder:

- Bekräfta och förklara tillståndet för både kvinnan och mannen/anhörig, ta upp skillnaden mot den "normala" sugförändringen på bröstvårtan.
- Gör en amningsobservation tillsammans med kvinnan och gör henne uppmärksam på skillnaden i smärtupplevelse i förhållande till barnets läge och tag om bröstet

- Observera bröstvårtans utseende direkt efter amningstillfället och uppmärksamma kvinnan på betydelsen av detta.
- Skatta smärtupplevelsen med hjälp av VAS-skalan.
- Uppmuntra luftutrymme i behån som tryckavlastning på bröstvårtan, förslagsvis med en vårtluftare eller bröstvårtsskydd
- Betona att dryck, mat och vila är viktigt för att öka välbefinnandet
- Om det finns behov av att öka frisättning av oxytocin, uppmuntra närhet och beröring.
- Om kvinnan använder inlägg, ge råd om lämpliga sådana (bomull, ull)
- Ge råd om att förebygga infektion med god handhygien.
- Om kvinnan tillfälligt slutar amma, för avlastning och läkning av sår, samråd med kvinnan om lämplig urmjölkningssmetod för henne och om lämplig tillmatningsmetod för barnet
- Undvik all behandling med salva.
- Förebygg mastit utan att dramatisera vid misstanke om bakterier.
- Uppmuntra föräldrarna att koka nappar, vårtluftare etc. Uppmuntra täta byten av behå och handdukar, speciellt vid misstanke om svampinfektion.
- Vid misstanke om muskuloskeletala förändringar kan behandling med värme mellan skulderbladen lindra liksom en avspänd amningsställning, remiss till sjukgymnast vid behov. TENS kan ha god effekt.

Medicinsk åtgärd och läkemedelsbehandling

(se även Riktlinjer för läkemedelsrekommendationer sid 32)

- Odlå vid misstanke på bakterier och svamp
- All läkemedelsbehandling skall först föregås av en amningsobservation när det är möjligt.
- vid behov, smärtstillande läkemedel

Förstahandspreparat: T. Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet. (Ej vid överkänsliga mot acetylsalicylsyra).

Andrahandspreparat eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning: Paracetamol 1g x 4, jämt fördelat över dygnet.

Vid bakterieinfektion

T. Heracillin 1g x 3 i tio dagar.

Vid överkänslighet mot penicillin och om barnet är fullgånget ges K. Dalcin 300 mg x 2 i tio dagar.

Vid svampinfektion

Kräm Mycostatin x 3 i minst 10 dagar. Blir det inte successivt bättre på några dagar övergår man till K. Diflucan 50 mg -100mg x 1 i sju dagar beroende på svårighetsgrad. Ibland kan man behöva förlänga denna dos ytterligare en vecka.

Mixtur Mycostatin 100 000 iu/ml, 1 ml 4 ggr/dag, inte mer än tio dagar, penslas i barnets mun.

Vid långvarig behandling med "

Mycostatin på bröstvårtorna vid irriterande bröstvårtor och vårtgård kan Kräms Daktacort 1 x 2 vara ett alternativ.

Vid eksem

Salva Hydrokortison 1 % x 2 i sju dagar.

Generellt vid läkemedels behandling

Torka av bröstet med bröstmjölk före amning, då smak och lukt ibland kan försämra barnets tag om bröstet.

Även vid behandling med läkemedel är det viktigt att följa de generella omvårdnadsåtgärderna för att förebygga recidiv.

Mjökstas

Bakgrund

Mjökstas är fysiologisk och inte patologisk. Stasen uppstår hos en del kvinnor då mjölken etableras, på grund av ökad vävnadsvätska, ökad lymfvätska och ökad blodvolym i bröstet. Det är vanligast under tredje och fjärde dygnet efter partus, men kan även uppstå långt senare när produktionen är större än konsumtionen, till exempel vid förändrat amningsmönster och vid nedläggning av amning. Temperaturförhöjning kan förekomma och ibland uppträder lymfangit. Avklingar oftast efter 1-2 dygn.

Symtom

- uppstår ofta gradvis i ett eller båda bröstet
- generell spändhet/svullnad
- rodnad
- kan upplevas som smärtsamt
- eventuellt lätt nedstämdhet
- ibland frossbrytningar

Individuella omvårdnadsåtgärder

- Lyssna, bekräfta, avdramatisera, ge kunskap om tillståndet och lugnande besked, ”inte mjökstockning”, framhåll det positiva med att mjölken etableras
- Hör efter hur mamman upplever amningen, vid misstanke om **ofullständig teknik**: gör amningsobservation och uteslut amningstekniska orsaker till symtomen
- Uppmuntra mamman att amma efter barnets behov

Om det finns behov av att öka frisättningen av oxytocin; uppmuntra närhet och hudberöring.

Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att tillfälligt handmjölka ur lite så att vårtgården blir något mjukare, det kan underlätta för barnet att få tag om bröstet.

Värme och/eller kyla kan upplevas som lindrande, olika för olika kvinnor.

Om behå används bör den vara rymlig.

Vid smärta utvärdera med visuell analog skala, VAS.

Läkemedelsbehandling

Vid behov, smärtstillande läkemedel

Förstahandspreparat: T. Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet. (ges inte till kvinnor överkänsliga mot acetylsalicylsyra).

Andrahandspreparat eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning: Paracetamol 1 g x 4, jämt fördelat över dygnet.

Bröstinflammation = inflammatorisk mastit

Definition

Andra stadiet; på grund avflödeshindret pressas bröstmjölken ut i kapillärer och bindväv runt området och immunförsvaret reagerar. En **inflammation, en inflammatorisk mastit** uppstår. Ingen infektion förligger. Man ser förhöjd LPK och förhöjt CRP i serum men inga bakterier i mjölken. En eller flera större resistenser kan kännas i bröstet, med eller utan kraftig ökning av kroppstemperaturen. Uppträder sällan före 10 dagar.

Bakgrund

Ett avflödeshinder engagerar en del av bröstet. Vanligaste orsakerna är amningstekniska. Det kan också handla om återhållen utdrivningsreflex som ofta kan relateras till smärta/känslomässig stress i samband med amning, mekaniskt hinder som obehagligt tryck mot bröstet eller okända faktorer. Febern som ofta uppstår beror på en immunologisk reaktion när mjölk pressats ut i kapillärer och/eller i bindväv runt alveolerna.

Symtom, kliniska fynd

ett eller flera av dessa kan förekomma:

- kroppstemperatur mellan 38,4° och 41,0°
- allmän sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytningar
- lokal smärta/ömhet över området
- avgränsat område, ofta värmeökning och lokal rodnad
- ofta förhårdnad, knöl/hårt parti under huden, ibland svårpalperad
- vanligtvis endast i ena bröstet
- sprickor och/eller sår på bröstvårtan kan förekomma
- kommer plötsligt, sällan tidigare än tio dagar post partum
- klämd eller snedsugen bröstvårta efter amningstillfällena inga bakterier i mjölken

Individuella omvårdnadsåtgärder

- Lyssna, bekräfta och avdramatisera
- Ge information om tillståndet, dess förlopp och om att det är vanligt förekommande
- Gör en amningsobservation och uteslut amningstekniska orsaker.
- Uppmuntra till fortsatt amning - att utnyttja barnets sugande är bästa metoden för läkning!
- Ta upp att dryck, mat och vila är viktiga för att öka känslan av välbefinnande
- Vid smärta utvärdera med VAS-skala
- Utvärdera åtgärder som redan påbörjats
- Om behå används bör den vara rymlig för att underlätta avflödet, rekommendera att mamman om möjligt låter bli att använda behå en tid
- Om behov finns av att öka frisättning av oxytocin; uppmuntra närhet, massage över ryggen och hudberöring
- En lätt beröring med handflatan/fingrarna över resistensen under amningen kan underlätta flödet för en del kvinnor, om mamman kommer åt utan att störa amningen
- Växla amningsställningar om möjligt, så att barnet suger från olika håll
- Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att handmjölka ur lite initialt så att vårtgården blir något mjukare
- Vid svårigheter att få mjölkflöde vid amning eller urmjolkning trots ovanstående åtgärder, ”låt bröstet vara” i det akuta skedet och ge lugnande besked
- Vid intermittent amningsuppehåll, samråd med kvinnan om lämplig urmjolkningsmetod för henne
- Akupunktur i avslappande och smärtlindrande syfte
- Vid sår och sprickor på bröstvårtan, åtgärda såren och uppmuntra god handhygien, se vidare under rubriken ”sårig bröstvårta” sid 35

Läkemedelsbehandling

- Vid behov, smärtstillande läkemedel

Förstahandspreparat: T. Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet. (Ej vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra).

Andrahandspreparat eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning:: Paracetamol 1 g x 4, jämt fördelat över dygnet.

Uppföljning

- **Om ingen förbättring inom de närmaste 2 dyggen**– uppmuntra ny kontakt för utvärdering av åtgärder och för ny bedömning.

Bröstinfektion = Infektiös mastit

Definition

Tredje stadiet: bakterier har kommit in i bröstet – en infektion, **en infekterad mastit**. Förhöjda leukocyter, förhöjt CRP i serum och bakterier i bröstet kan även förekomma i mjölken. En eller flera resistenser kan kännas i bröstet. Kraftigt förhöjd kropps-temperatur är vanligt. Sår finns oftast på bröstvårtan eller i anamnesen. Uppträder sällan före 10 dagar. Ingen förbättring sker trots insatta omvårdnadsåtgärder.

Bakgrund

Om bröstinflammationen inte åtgärdats och bakterier har kommit in i bröstet, troligast genom ett sår eller en liten spricka på bröstvårtan, uppstår en bröstinfektion. Smittan kan också ha kommit via barnet. Infektionen har ett längre förlopp än bröstinflammationen och kan pågå 1-12 dagar. I de allra flesta fall är infektion i bröstet kombinerad med svårläkta sår eller sprickor i anamnesen..

Symtom, kliniska fynd

ett eller flera av dessa kan förekomma

- kroppstemperatur mellan 38,4° och 41,0°
- allmän sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytningar
- lokal smärta/ömhet över området
- avgränsat område, ofta värmeökning och lokal rodnad
- ofta förhårdnad, knöl / hårt parti under huden, ibland svårpalperad
- vanligtvis endast i ett bröst
- sprickor och/eller sår på bröstvårtan vanligt
- kommer plötsligt, sällan tidigare än tio dagar postpartum
- klämd eller snedsugen bröstvårta efter amningstillfällena
- *bakterier i mjölken är vanligt, men falskt negativa odlings svar förekommer beroende från vilken lob mjölken kommer ifrån*

Individuella omvårdnadsåtgärder vid behov

- Lyssna, bekräfta kvinnan i hennes situation
- Ge information om tillståndet och dess förlopp
- Gör en amningsobservation och uteslut amningstekniska orsaker.
- Uppmuntra till fortsatt amning - att utnyttja barnets sugande är bästa metoden för läkning!
- Ta upp med kvinnan/anhörig att dryck, mat och vila är viktigt för välbefinnande
- Vid smärta utvärdera med VAS-skala
- Utvärdera åtgärder som redan påbörjats
- Om behå används bör den vara rymlig för att underlätta avflödet, rekommendera att kvinnan om möjligt går utan behå
- Om behov finns av att öka frisättning av oxytocin; uppmuntra närhet, massage över ryggen och hudberöring
- En lätt beröring med handflatan/fingrarna över resistensen under amningen kan underlätta flödet för en del kvinnor, om mamman kommer åt utan att störa amningen
- Växla amningsställningar om möjligt, så att barnet suger från olika håll
- Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att handmjölka ur lite initialt så att vårtgården blir mjukare
- Vid svårigheter att få mjölkflöde vid amningen eller urmjolkning trots ovanstående åtgärder, ”låt bröstet vara” i det akuta skedet och ge lugnande besked
- Vid tillfälligt amningsuppehåll, samråd med kvinnan om lämplig urmjolkningsmetod för henne
- Akupunktur i avslappande och smärtlindrande syfte
- Vid sår och sprickor på bröstvårtan, åtgärda såren och uppmuntra god handhygien, Vg se ”sårig bröstvårta” sid 35

Medicinsk åtgärd och läkemedelsbehandling

(se även Riktlinjer för läkemedelsrekommendationer sid 32)

Odlå vid misstanke på bakterier.

All medicinsk behandling bör föregås av amningsobservation.

- Konsultera läkare
- Antibiotikabehandling; T. Heracillin 1g x 3 i tio dagar .

- Vid överkänslighet mot penicillin och om barnet är fullgånget ges K Dalacina 300 mg x 2 i tio dagar.
- vid behov, smärtstillande läkemedel
- **Förstahandspreparat:** Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet. (ges inte till kvinnor överkänsliga mot acetylsalicylsyra).
- **Andrahandspreparat** eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning: Paracetamol 1 g x 4, jämt fördelat över dygnet.

Uppföljning

- Om ingen förbättring inom de närmaste 2 dygnen– uppmuntra ny kontakt för utvärdering av åtgärder och ny bedömning.
- Vid falskt negativa odlings svar men kliniska fynd påbörjas medicinsk behandling.

Bröstböld /Bröstabscess

Definition

Fjärde stadiet. Var bildas nu i bröstet. En smältning kan ske, där vävnaden går i nekros, en **abscess** har bildats. Området kan kännas fluktuerande, huden kan se glansig ut och bröstvårtan kan vara förskjuten åt något håll. Temperaturökning är vanlig, men oftast inte så kraftig som vid inflammation/infektion. Smärta kan vara lindrig eller intensiv.

Bakgrund

En infektion/mastit kan leda till abscess. Det tar dock tid för en abscess att utvecklas. Den föregås alltid av en mastit vars symtom (tempstegring, lokal svullnad och rodnad) ofta minskar då bölden bildats. Smältningen i bröstvävnaden innehåller vätska. Runt smältningen finns ett diffust svullet, ödematöst område som varierar i tjocklek. Ibland förekommer endast det diffusa ödemet: smältning har ännu inte skett, eller också kommer mastiten i området att klinga av spontant.

Symtom, kliniska fynd

(ett eller flera symtom kan förekomma)

- utvecklas gradvis över en längre tid
- allmän sjukdomskänsla - vanligt!
- ofta förenat med sår/spricka på bröstvårtan i anamnesen
- intensiv lokal smärta i bröstet i tidigt skede
- minskat eller upphört mjölkflöde under den akuta fasen
- rodnad eller annan missfärgning lokalt
- bröstet kan se spänt, buktande och glansigt ut, fjällande hud, ödematöst
- fluktuerande område i senare skede då smärtan också kan minska
- bröstvårtan kan vara lite förskjuten åt något håll
- kroppstemperaturen kan gå ner eller vara normal, ibland kraftiga svängningar

Undersökningsteknik

- Palpation: Bröstbölden kan inte alltid palperas fluktuerande och den är ofta distinkt ömmande vid djuppalpation.
- Ultraljud: Använd abdominell prob med handske på. Med ultraljud kan man lätt identifiera om likvifiering till abscess har skett (ekofattigt område centralt). Vid mastit är strukturen förändrad jämfört med omgivande bröstvävnad, ofta med ett oregelbundet "flammigt" utseende men utan någon ekofattig uppklarning. Flödesfunktionen kan hjälpa diagnostiken. Mastit uppvisar flöde, en abscess saknar flöde. En abscess bör punkteras. En lokal mastit bör följas med ultraljud inom några dagar för att hitta rätt tidpunkt för punktion, alternativt följs den läkande processen konservativt, beroende av utfall.

Medicinska åtgärder

- Odlä. I princip alla bröstböldar innehåller bakterier även om tidigare sår på bröstvårtan hunnit läka. I nio fall tio växer Staphylococcus Aureus vid odling.
- Dränage av infektionen. Ultraljudsledd punktion av bröstböld.

Vätskefyllt rum < 3 cm = punktion: Bedöva huden med lokalanestesi, om möjligt aspireras pus för att kontrollera stickkanalens läge. Tag odling. Byt till grov kanyl då pus är högvisköst. Rosa kanyl eller knäpunktionskanyl kan användas. Om aspiration ej ger utbyte, kontrollera kanylens läge med ultraljud, den syns tydligt som två parallella streck, ibland med några artefakter bredvid. Pröva att spola in några ml steril NaCl och fortsätt aspirera tills böllden är tömd. Spola ytterligare en gång med NaCl tills patienten upplever att det spänner och töm ut samma mängd som spolades in.

- En mindre abscess kan behövas punkteras fler gånger. Återbesök inom 3-5 dagar.

Vätskefyllt rum > 3 cm = dränage med pigtailkateter Bedöva huden med lokalanestesi. Gör en liten hudincision med skalpell. Stick ned en 8 Charrières pigtailkateter in i hålan. Aspirera pus, odla. Vid dåligt utbyte pröva att spola in några milliliter NaCl, kontrollera med ultraljud om vätskan hamnar i abscesshålan. Aspirera; vid utbyte "knorras" katetern genom att dra i tråden. Lås tråden genom att vira det runt katetern och drag ned plaststycket över tråden Töm kaviteten på pus och uppskatta mängden. Spola sedan med motsvarande mängd NaCl 2-3 ggr. Proppa katetern.

- Då katetern fästes med förband skall bröstvårtan lämnas fri så att amningen inte försvåras
- Patienten instrueras att själv spola och tömma abscesshålan 3-4 gånger per dygn i hemmet. De första gångerna med samma mängd NaCl som vid punktionen. Successivt kommer kaviteten att minska i storlek varför patienten uppmanas att reducera inspolningsmängden vid ömhet och obehag. Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3-4 ggr. Då mängden NaCl som ryms i kaviteten understiger 10 ml kan katetern tas bort
- Läkningstiden varierar varför man förbereder patienten på att ha kvar katetern 3-7 dagar
- Återbesök efter 3-5 dagar lämpligt
- Katetern avvecklas då man efter aspiration inte kan se någon abscess med ultraljud, då aspiratet är klart eller mjölkvitt, då spolmängderna av NaCl är små och då patienten kliniskt förbättras avseende smärta. Klipp av den och drag ut
- Patienten uppmanas att ringa eller söka akut vid försämrat allmäntillstånd eller då spolmängderna minskat till < 10 ml
- Individuell uppföljning: patienter med pigtail-kateter kan följas upp polikliniskt men praktiska riktlinjer måste utarbetas på varje enskild enhet. Vid incision: inläggning på kvinnoklinik med barnet som följebarn. Önskvärt att även pappan får stanna
- Barnet kan fortsatt amma, se vidare omvårdnadsåtgärder

Läkemedelsbehandling

(se även Riktlinjer för läkemedelsrekommendationer sid 31)

- Antibiotikabehandling per os; T Heracillin 1g x 3 i tio dagar. Vid överkänslighet mot penicillin och om barnet är fullgånget ges K Dalacin 300 mg x 2 i tio dagar
- Vid behov, smärtstillande läkemedel

Förstahandspreparat: T. Ibuprofen 200-400 mg x 3, viktigt med jämn fördelning över dygnet.

Andrahandspreparat eller om ytterligare smärtlindring behövs efter god handläggning: Paracetamol maxdos fyra gram per dygn, jämt fördelat över dygnet.

Differentialdiagnostik

Bröstcancer förekommer även hos lakterande kvinnor. Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se exakt ut som en bröstböld. Vid utebliven klar förbättring remiss till röntgen och cytologi.

Omvårdnadsåtgärder

- Vårdplan upprättas i överensstämmelse med läkarordination.
- God omvårdnad och stöd
- God smärtlindring
- Barnet kan fortsätta ammas men hänsyn ska tas till mammans tillstånd - om mamman till exempel har så ont att hon inte klarar att ha barnet nära. Om mamman inte vill fortsätta amma på det infekterade bröstet kan hon fortsätta amma på det friska bröstet och återuppta amningen på den sjuka sidan när abscessen är utläkt
- Kunskap om tillståndet, att bröstmjölken påverkar barnet positivt även vid infektion. Kunskap om olika sätt att amma vidare. Om kvinnan väljer att avsluta amningen tillfälligt bör hon få veta att amningen kan återupptas senare om så önskas

Uppföljning viktig för bland annat pågående amning och för utvärdering av åtgärder och behandling. Kvinnan behöver veta att resistensen försvinner successivt.

Om den kvarstår efter tre månader bör ny läkarkontakt tas.

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: kontorsservice@bkv.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00