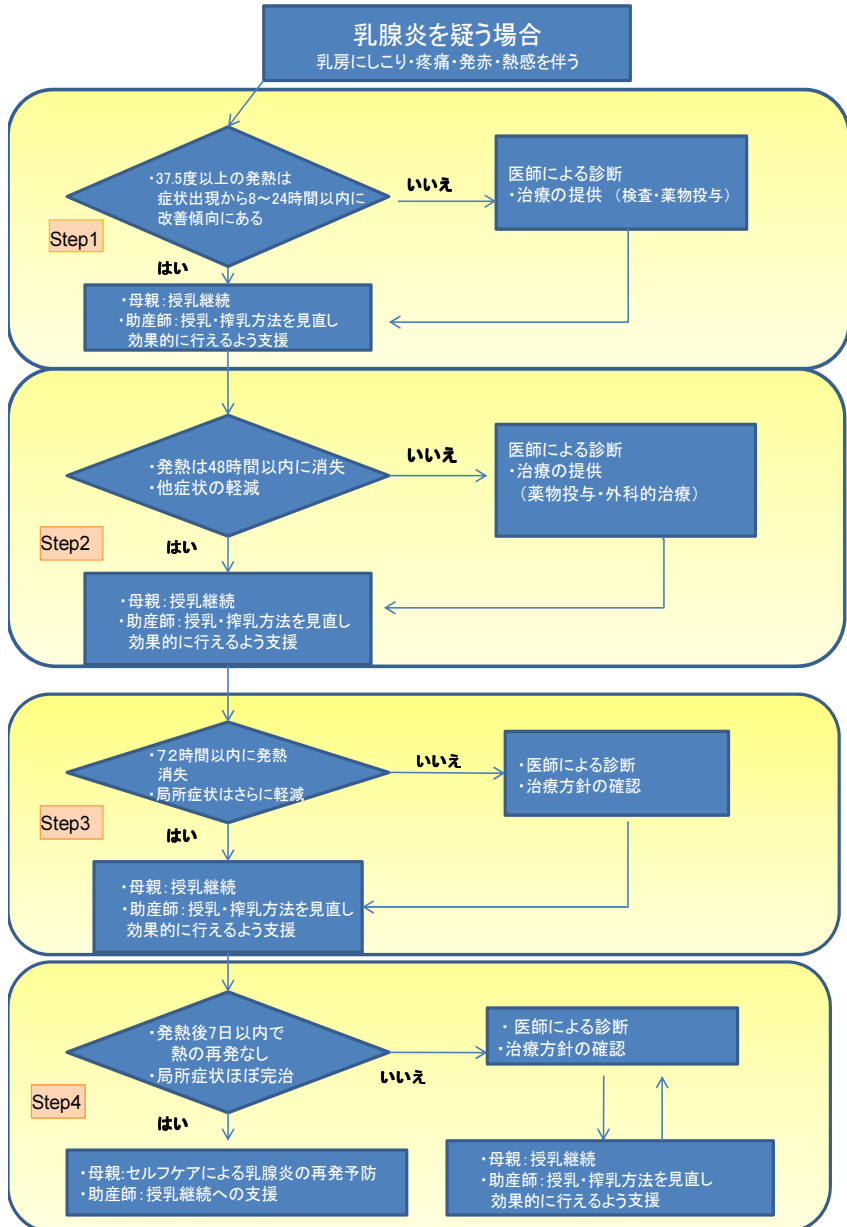


3. フローチャート =乳腺炎=

母親に、乳腺炎を疑わせる乳房のしこり・疼痛・発赤などの症状が現れた場合、その問題解決のために母親は出産した病産院や助産所に連絡をするだろう。

このフローチャートはそのような乳房に関する相談があった際、適切な介入が行えるように作成されたものである。

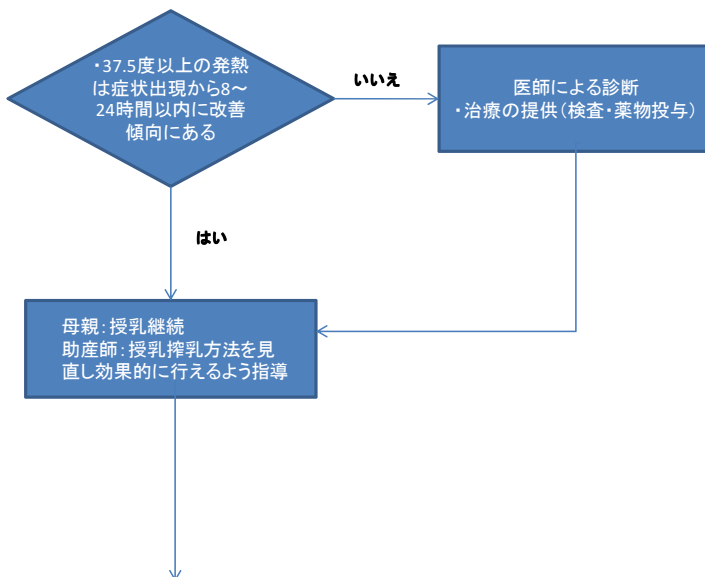
1) 乳腺炎フローチャート 図 I 乳腺炎の対応アルゴリズム



2) 各ステップの解説

Step1

情報収集後の初期対応と医師との連携



Step1 情報収集後の初期対応と医師との連携

- ・乳房にしこり・疼痛・発赤の症状がみられた場合、「37.5度以上の発熱の有無」によってケア方針を判断する。37.5度未満であれば、授乳・搾乳方法を見直す。加えて情報収集で得られた生活全般への支援も同時に行う。
- ・しかし、症状出現から8～24時間の時点で37.5度以上の発熱があり、乳腺炎を疑わせる諸症状の程度から悪化が予測される場合には、初期のこの段階でも医師との連携を考慮する。
- ・医師による診断後、授乳を継続することができるよう医師と連携し治療と並行して授乳が行えるよう支援する。

Step1 情報収集後の初期対応 (図 I-1)

対処と支援（文献1：ABM.2008.p.177-178.）（文献3：WHO.2000.p.21-23）

乳腺炎への対処が遅れたり不適切であったりすると、膿瘍形成や再発のリスクが増す。心身共に苦痛を体験している母親を支え、母乳育児の継続と治癒を促して乳腺炎が完治するまでフォローする。

1. 効果的に乳汁を乳房から取り去る（母親が行えるように説明して奨励する）

- 1) 乳汁うっ滞を改善することが治療の重要なステップであり、授乳姿勢と吸着が適切にできているか確認する。
- 2) 患側からこれまで以上に頻回に授乳する。痛みにより射乳反射が起こりにくい時は健側から授乳を開始する。
- 3) 閉塞部位に児の顎がくる授乳姿勢を取る。
- 4) 乳汁の流れを促すために、授乳中に閉塞部位から乳頭に向かってそっとマッサージする。
- 5) 直接授乳による排乳が十分でない場合は、乳房に痛みを感じないように圧を調整して、手による排乳（※P32 II 乳腺炎 4. 乳腺炎時の乳房ケア）または搾乳器による搾乳を併せて行う。
- 6) 片側（患側）のみ圧迫する姿勢（睡眠時、添い寝時、授乳時、抱いている時）を避ける。

2. 母親のストレスと疲労を軽減させる

- 1) 頻回授乳と母親の安静を両立させるため母子同床とし、安全に配慮した楽な姿勢で授乳する。
- 2) 母親および家族に安静の必要性を説明し、日常生活や家事の負担等を調整できるようにする。
- 3) 非常に重症な場合や家族の援助がない場合には、母子同室での入院を考慮する。

3. 食事、乳房へのケア

- 1) 食事や水分は、制限したり過剰に摂取したりせずに適量を摂取する。（著者注：現在のところ、糖分、脂肪分、水分、塩分摂取に関してエビデンスに基づく結論は出されていない。）
- 2) 授乳または搾乳直前に、乳頭乳輪部を局所的に温湿布によって温めることで、射乳反射を起こりやすくさせ乳房から乳汁を流れやすくする。授乳後や搾乳後には温湿布は行わず、心地よければ冷湿布を促す。

4. 支持的カウンセリング（情緒的支援）と情報提供

- 1) 乳腺炎は、倦怠感など全身の不調と乳房局所の熱感や痛みを伴うため、母親には非常にダメージの大きい出来事である。加えて、授乳継続への不安・乳腺炎再発の恐怖・通院治療や家族への負担、さらには苦痛に満ちた授乳をもう止めてしまいたいなど、さまざまな思いが交錯し、精神的にも追い詰められた状態になることが多い。挫折しそうな気持ちを支え、授乳継続できるよう情緒的支援を行い精神的に支える。
- 2) 母親に、授乳継続の必要性、患側からの授乳は児に有害ではないこと（後述）、乳腺炎時の児の吸啜の特徴（著者注：射乳が起こりにくいために児は非栄養的吸啜 NNS を多く行い、一回の射乳量が少ないので栄養的吸啜 NS 時間が短い）など、具体的に説明して、制限のな

い頻回授乳への理解と動機付けを高める。

- 3) 乳腺炎時には、乳房の状態や乳汁の出方が通常と異なるため、児が乳房を嫌がったり哺乳拒否を起こすこともあるので、児をなだめながら根気よく授乳することを説明する。
- 4) 今後の経過予測や自己管理上の注意点を説明し、母親が見通しを持って治療に参加できるように予期的な情報提供を行う。

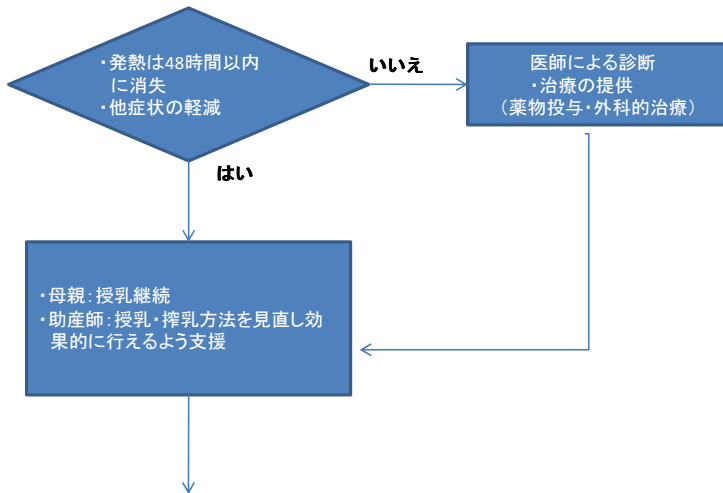
乳腺炎時の授乳の可否

以前は、乳腺炎を起こしている乳房からの授乳を禁止する指導が広く行われていた。しかし、現在では「乳腺炎および膿瘍のある女性が授乳を継続することは、その女性の回復と児の健康にとって重要である。授乳中止は乳腺炎の回復には役立たず、かえって状態を悪化させる危険が生じる。さらに、心の準備ができていない状態での授乳中止は、その女性に深刻な情緒的ストレスを与えることもある。」(文献 5: WHO.2000.p.24-26) とされている。

また、児への安全性については、乳腺炎を起こしている母親の児にブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 *Staphylococcal scalded skin syndrome(SSSS)* を認めた少数の症例報告もあるが、母親と乳児のどちらが原発の感染か、また乳汁経由の感染か皮膚の接触感染かの判別は難しく、それが母乳育児の多大な恩恵との比較において授乳を中止する理由にはならないという判断、および、6 編の研究報告の膿瘍を含めた乳腺炎発症下の授乳継続ケース 210 例中、児に有害な影響のあったケースは皆無であったという知見から、「たとえ黄色ブドウ球菌が確認されていたとしても授乳継続は一般的に安全である。」として授乳を継続することを勧めている。(文献 5:WHO.2000. p.24-26)。

さらに、アメリカ小児科学会感染症委員会からの勧告においても「感染性乳腺炎は、抗生物質による治療をしながら授乳を継続することによって改善され、授乳は健康な正期産児への重大なリスクにはならない。」(文献 6 : AAP.200. Red Book. p.119-120) として、乳腺炎時には授乳を継続することが勧められている。

Step2 初期対応の評価と医師との連携



Step2 初期対応の評価と医師との連携

- ・初期対応により、48時間以内に発熱は消失し、他の諸症状が軽減した場合は、注意深く乳房のしこり・疼痛・発赤の経過を観察しながら授乳が継続できるよう支援する。
 - ・発熱が48時間以内に消失しない場合は、感染性乳腺炎の可能性を考える。
- その場合、医師による診断と薬物投与や外科的治療などの治療が継続されることが望ましい。その上で助産師による授乳支援を継続する。

薬物療法

授乳中の女性は児への影響を心配して服薬したがらないことがしばしばあるが、時宜を得た適切な服薬が必要な場合には、服薬アドヒアランスが高められるよう十分に説明して理解を促す。

1) 鎮痛剤

痛み止めは射乳反射を起こしやすくするので、服薬を勧める。

炎症症状を軽減するには、鎮痛効果だけのアセトアミノフェンよりも、イブプロフェンのような消炎鎮痛剤がより効果的であろう。(イブプロフェン 1.6g/日までの服用は母乳中に検出されず、母乳育児に適しているとされる。

2) 抗菌薬

授乳を継続していても 12～24 時間以内に症状が改善されない、または急速に症状が悪化する場合には、抗菌薬治療を開始する。黄色ブドウ球菌に効果を示すためには、ラクタマーゼ耐性抗菌薬が必要であるとされている(文献 1 : ABM.2008.p.178)。【アモキシシリン・クラブラン配合[オーグメンチン]、アンピシリン・スルバクタム[ユナシン]など】

第一世代のセフェム系薬剤も、一般的には第 1 選択肢と考えてよい。【セファレキシン[ケフレックス®など]、セファロクロール [ケフラール®など】

グラム陰性菌に対しては、【セファレキシンやアモキシシリン (サワシリン®など) は最も適切である。】(【 】内 文献 4 : 涌谷.2010. p.129)

抗菌薬アレルギーがある場合や、MRSA については ABM.2008 を参照。

* 脚注 : 薬剤についての詳細情報は以下の文献をご参照ください。

1. Hale TW: medication and mothers' milk. Amarillo, Hale Publishing, 2008
2. Hale TW. 水野克己・瀬川雅史監訳. 薬剤と母乳. 2008 第 13 版. Amarillo, Hale Publishers, 2008

膿瘍形成とその治療・対処

乳腺炎症状が続き、局所の発赤腫脹が著しく波動を触れる場合は膿瘍の形成を疑う。乳腺炎になった母親の 4%から 11%が膿瘍形成に至っている (文献 2 : WHO.2000, p5) (文献 6 : AAP.2009. p.117)。超音波診断にて膿瘍形成を確認し、穿刺による排膿もしくは局所麻酔下に切開排膿して創部からのドレナージを行う。切開部は縫合せず、持続ドレナージが可能なようにガーゼやドレーン等を挿入しておく。1～2 週間で切開部は内部から治癒していく (文献 7 : Riordan, 2010, p299)。併せて膿汁の培養検査結果をもとに起炎菌に対応した抗菌薬、解熱鎮痛剤による治療を行う。

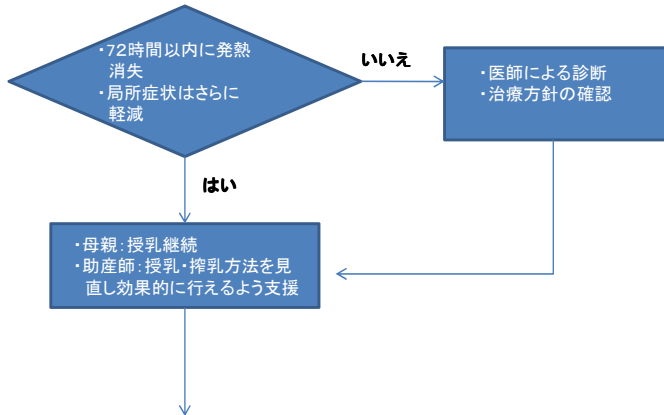
膿瘍治療中も乳腺炎時と同様に授乳を継続することが勧められている (文献 5 : WHO. 2000. p.25) (文献 1 : ABM.p.179) (文献 8 : Lawrence, 2010. p.559)。ローレンスは「膿瘍が破裂して乳管系に流れる事がなければ、通常膿は外部に排出されるので乳汁は清潔であり、切開創と

ドレーンチューブが乳輪から離れていて授乳に差し支えなければ授乳は継続できる」そして、授乳を継続しながら乳児の感染兆候を継続的に観察する。実際、膿瘍切開後ケースの場合、膿瘍部位につながる乳管の乳頭上乳管口からの排乳・排膿はほとんど見られず、患部以外の健常部位からの通常乳汁のみ観察されるので、臨床的には児が膿汁を摂取する可能性はきわめて低いと考えられる。

切開排膿時のケア

- 1) 切開排膿した場合は、創部を清潔に保ちながらドレナージを継続する。
- 2) 炎症を増悪させないように注意深く用手搾乳、排膿を行う。
- 3) 授乳ができない場合、乳汁の鬱滞を防ぎ、分泌維持のために搾乳する。
- 4) 切開から 24 時間以降、母体の状態がよければシャワーを浴びて細菌を洗い流す
(文献 7 : Riordan.2010.p.299)。
- 5) 医療者手指洗浄・消毒を励行する。

Step3 経過・ケアの評価



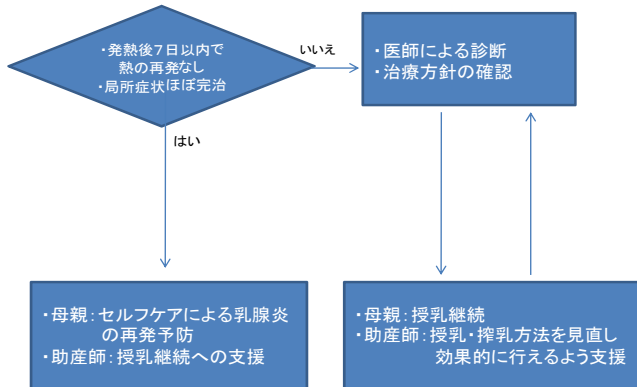
Step3 経過・ケアの評価

Step1 および2の対応によって、72時間以内に発熱は消失し、他の諸症状が軽減した場合は、注意深く乳房のしこり・疼痛・発赤の経過を観察しながら授乳が継続できるよう支援する。

・発熱が72時間以内に消失しない場合は、医師による診断と適切な治療が継続されていることを確認したうえで、助産師による授乳支援を継続する。

Step3 経過・ケアの評価（図 I-3）

・医師及び助産師による対応の詳細は Step1 および2 に準ずる。

Step4**経過・ケアの再評価****Step4 経過・ケアの再評価(図 I-4)**

Step3までの対応によって、7日以内に発熱は消失し、他の諸症状が消失した場合は、母親がセルフケアによって乳腺炎の再発を予防し、授乳が継続できるよう支援する。

・7日以上長期にわたり症状の改善が見られない場合、専門医による診断や他疾患との鑑別が必要であろう。

Step4 経過・ケアの再評価(図 I-4)

乳腺炎が完治した上で、再発を防ぐための予防的なケアについて確認し、母親が自分で対応できるように支援する。(文献1: ABM.2008.p.179)

1) 乳房が張り過ぎているときや乳管閉塞に対して適切に対応する

児が適切に吸着でき、制限のない授乳を行い、張り過ぎている時には手による搾乳を行うことができるよう母親を支援する。利用できれば搾乳器を用いてもよいかもしれない。突然搾乳が必要になる時に備えて、すべての母親自身が手による搾乳を行えるよう支援する。

2) 乳汁うっ滞のどんな徴候にもすぐに対処する

母親がしこり・痛み・発赤など、乳房をチェックでき、うっ滞しているサインに気付いた時には休息を取り、授乳回数を増やす、含ませる方向を変える、温める、しこりから乳頭に向かって自分でマッサージするなどして、効果的に乳汁を取り除くことができるよう支援する。

3) 母乳育児をするにあたって、何かほかに困難なことがあればただちに対処する

乳頭損傷、泣きやまない乳児、母乳不足感を持っている母親へは十分な技術を持って支援する。

4) 休息を取る

疲労はしばしば乳腺炎の誘因となるので、母乳育児中の母親が十分な休息を取るよう勧め、家族にもそのことを伝え、母親からも助けを求められるよう奨励する。

5) 衛生状態をよくする

黄色ブドウ球菌は病院や地域に一般的に存在しているので、病院職員・母親・家族の手指の衛生を保持し、搾乳器の洗浄など衛生管理ができるよう支援する。

乳腺炎の治療と支援においては、さまざまな乳房の張りや腫れを識別するとともに、乳腺炎の誘因を知って乳腺炎の予防・早期発見・早期対処および再発防止に努め、完治するまで継続的にフォローする。また、母親の心身の苦痛と負担を軽減させながら、明るい見通しを持って母乳育児を継続できるよう支援する。

【参考文献】

1. Academy of Breastfeeding Medicine. protocols #4. Mastitis. 177-180.
<http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> . [アクセス 2010.8.17.]
涌谷桐子訳.ABM 臨床指針第 4 号乳腺炎.NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会: http://www.jalc-net.jp/dl/ABM_4_2010.pdf. [アクセス 2010.8.17.]
2. WHO:DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT. (2000).
Mastitis cause and management. Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13. Geneva. WHO. p .1-5.
3. WHO:DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT. (2000).
Mastitis cause and management. Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13. Geneva. WHO. p .21-23.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf. [アクセス 2010.8.17.]
4. 涌谷桐子. 「おっぱいが痛い！」乳管閉塞と乳腺炎.NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会.第 28 回母乳育児学習会 in 富山 資料.2010. p .117-133.札幌.NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会
5. WHO:DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT. (2000).
Mastitis cause and management. Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13.Geneva. WHO. p .24-26.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf. [アクセス 2010.8.17.]
6. American Academy of Pediatrics. (2009). *RED BOOK 2009: Report of the Committee on Infectious Diseases* (28th ed.). Elk Grove Villedge. American Academy of Pediatrics. p .119-120
7. Riordan, J. Wamback, K . *Breastfeeding and Human Lactation*. Sudbury. Jones and Bartlett Publishers. 2010. p .299.
8. Lawrence, RA. Lawrence, RM.. *Breastfeeding, a guide for the medical profession*. St.Louis. Mosby. 2005. p .569.