

Ammeprosedyre

Endring siden forrige versjon

Ingen faglige endringer

Hensikt

Sikre optimal ammeveiledning for å hjelpe mor til en vellykket amming.

Målgruppe

Jordmødre, barnepleiere og leger ved kvinneklubben.

Fremgangsmåte

Sammenslått prosedyre:

Innhold:

Endring siden forrige versjon	1
Hensikt	1
Målgruppe	1
Fremgangsmåte	1
Amming av friske fullbårne barn	2
Hvordan veilede kvinner i amming	2
Amming med hjelpebryst	3
Amming med brystskjold	3
Amming ved silikoninnlegg	4
Amming ved brystreduksjon	4
Oppbevaring av morsmelk	4
Amming og legemiddel	4
Sviktende melkeproduksjon	4
Såre brystknopper	5
Innadvendte brystknopper	6
Brystsprenge, melkespreng/stase, mastitt	6
Brystabscess	8
Avslutning av ammeperioden	8
Candida/ sopp hos mor og barn	9
Utlån av brystpumpe	9

Generelt

Alle inneliggende barselkvinner skal få mulighet til ammeveiledning i henhold til retningslinjene for mor & barn vennlig sykehus. "[Mor-barn-vennlig standard](#)» og «[Ti trinn for vellykket amming](#)», [Ammehjelpen](#) Med svært få unntak kan alle amme (unntak kan være; enkelte hormonelle tilstander, fysiologiske tilstander, legemidler eller virale sykdommer). Gravide som følges opp på svangerskapspoliklinikken informeres muntlig, av lege eller jordmor, om brystnæring innen 32. svangerskapsuke, og får utdelt brosjyren [Hvordan du ammer ditt barn](#) Det dokumenteres på helsekort for gravide at informasjon er gitt.

Faglig ammeoppdatering sikres i form av deltagelse på fagdager hvor avdelingens ammeprosedyre repeteres, Medarbeidere oppmuntres til å delta på årlige eksterne kurs i "Ammeveiledning" i regi av Nasjonalt kompetansesenter for amning, samt e-læringskurs i "Ti trinn for vellykket amming" og «Amming- mor-barn-vennlig neonatalavdeling».

Amming av friske fullbårne barn

- Sørge for at mor og barn etter fødselen kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å die og den første ammingen har funnet sted, ved å vente med rutiner som veiing, måling og påkledning av barnet. Dersom barnet ikke selv søker brystet innen en times tid, bør mor, jordmor eller barnepleier hjelpe det til å die.
- Allerede ved den første ammingen bør mor informeres om hvorfor det er viktig med riktig ammestilling og riktig sugetak. Vis evt. mor dette. Tilby amming igjen senest innen 6 timer. Observer ammingen.
- Dersom mor midlertidig blir skilt fra sitt barn, selv blir syk eller barnet ikke er sugevillig, bør kvinnen informeres om hvordan hun kan opprettholde melkeproduksjon gjennom å lære henne ev. hjelpe henne og håndmelke eller pumpe. Starte stimuleringen så fort som mulig gjerne innen 2 timer og senest innen 6 timer. [Brystpumping, håndmelking](#).
- La barnet få selvregulere og informer mor om viktigheten av dette.
- Det etterstrebes at mødre som er forløst ved keisersnitt, skal ha barnet hos seg etter inngrepet på operasjonsalen og på oppvåkningsavdelingen. De bør få anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst en halv time, om det ikke er mulig å være hele tiden hos mor eller partner. Kvinnen bør få tilbud om hjelp til ammingen, fortrinnsvis av jordmor som var med på inngrepet.
- Mor bør få tilbud om, og oppmuntres til, å være sammen med barnet hele døgnet. Informer mor om viktigheten av nattamming. Informer mor om å hvile seg når barnet sover og oppmuntre partner til å ta barnet når mor hviler. Oppfordre mor til å be om hjelp og avlastning ved behov, slik at hun får krefter til barnet. Uoppfordret tilbys mor avlastning ved urolige barn, hjelp til stell og matservering.
- Friske, fullbårne barn trenger ikke annen mat enn morsmelk de første 6 måneder. Tilleggsnæring gis kun på medisinsk grunnlag. Eventuelt tillegg gis med kopp, hjelpebryst, skje eller sprøyte, ikke med flaske. Sørge for opplæring i tilberedning av og mating med tilleggsnæring. Bruk av tillegg skal registreres og grunnngis i Partus og i Metavision, og bør gis i samråd med mor. WHO anbefaler amming inn i 2. leveår på verdensbasis.
- Under føde/barseloppholdet deles klinikkens informasjonsmateriell ut med brosjyren *Til deg som har fått barn*. Foreldrene informeres om at videoen *Bryst er best* finnes på TV i alle barselrom.
- Reklame for morsmelkerstatning, flasker og smokker skal ikke forekomme i avdelingen. Jfr. WHOs internasjonale kode for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn.
- Unngå bruk av tåteflaske eller narresmokk, i alle fall til barnet har etablert et godt sugetak og viser tilfredsstillende vektøkning, helst 3-4 uker, og mor har rikelig med melk. Mor skal være kjent med begrunnelsen for å fraråde smokk. Mor kan på informert grunnlag velge å gi smokk/flaske til sitt barn.
- Unngå om mulig, bruk av brystskjold (se kapittel om amming med brystskjold).
- Dersom mor røyker skal hun informeres om skadevirkninger og oppmuntres til å slutte, eventuelt redusere, men også informeres om morsmelkens fordeler til tross for at hun røyker.
- I utreisesamtalen informeres kvinnen om Barselpoliklinikken, Ammehjelpen og hvilken helsestasjon hun tilhører, slik at mor vet hvor hun eventuelt kan søke ammehjelp etter hjemreise. Helsestasjonen skal få informasjon om hjemreise fra avdelingen og ammestatus for alle mødre.
- Hvis en kvinne reiser hjem med ammeproblemer, bør personalet gi beskjed til helsestasjon og vurdere behov for tidlig hjemmebesøk eventuelt mor tilbud om time på barselpoliklinikken.

Hvordan veilede kvinner i amming

Ammeveiledningen skal være individuell og etter mors ønske, i den grad det er forsvarlig for å sikre god amming. Jordmor eller barnepleier sørger for å ta opp dette temaet i velkomstsamtalen og utreisesamtalen. Jordmor eller barnepleier bør observere mor og barn under en eller flere ammesituasjoner. Mor lærer å håndmelke brystet.

1. Mor bør få veiledning i både sittende og liggende ammestilling, tilbaketak ammestilling, modifisert vuggestilling og tvillingstilling
2. Tilrettelegg slik at barnet kommer i riktig høyde i forhold til brystknopp, bruk ammepute evt. puter.
3. I vanlig romtemperatur trenger barnet kun å ha på seg en body, eller lignende.

4. Barnet skal ligge i posisjon slik at barnet er en direkte forlengelse av mors brystknopp, tett inntil mor med munn/nese rett foran brystknoppen. Husk at barnet skal til brystet, ikke brystet til barnet.
5. Dersom barnet ikke gaper og tar mye bryst i munnen, la mor rulle med fingrene på brystknoppen, evt., klemme ut litt melk.
6. Barnets overleppe og underleppe skal være vrent utover, slik at så mye som mulig av areola er inne i barnets munn. Sjekk at barnets hake ligger godt inntil mors bryst og at barnets hode vipper lett bakover.
7. Instruer mor i hvordan stimulere barnet mens det suger dersom det sovner før måltidet er ferdig. Gni barnet i hendene eller under føttene, slik at det kjøles. Berør barnet.
8. La barnet suge lenge nok, vanligvis til det selv slipper. Hvis barnet ikke slipper brystet etter ca. 20-30 min, se da spesielt etter om barnet suger riktig. [Ammeobservasjonsskjema.pdf \(fhi.no\)](#)
9. La barnet suge ofte nok, minst 8 ganger i døgnet i starten, gjerne mer. [Slik viser nyfødte at de vil ammes, ammehjelpen.no](#)
10. Vekk barnet hvis det sover for lenge på dagtid dersom ikke vektøkningen er god. Et nattemåltid anbefales.
11. Gjør ammingen til en kosetund, sørg for at mor har hyggelige omgivelser og nok å drikke.

Amming med hjelpebryst

Hjelpebryst brukes når: Mor ikke har nok melk, ved sugesvake barn – barn med Downs syndrom eller andre sykdommer som gir slapp muskulatur, brystopererte mødre – kombimater morsmelk/tillegg, og ved gjenopptagelse av nedlagt amming.

Fordeler er at barn slipper å bli introdusert for flaske, nærheten i matsituasjon ivaretas og at amming og tilleggsnæring blir gitt samtidig slik at en slipper kopp-/ flaskemating.

Et hjelpebryst kan enten være ferdigkjøpt eller et hjemmelaget hjelpebryst - en vanlig ernæringssonde for barn som tapes fast ved brystknoppen hos mor i den ene enden og den andre enden av sonden i en flaske/sprøyte med melk. Start med en ernæringssonde med stor diameter slik at barnet lett får melk, gå så over til en med mindre diameter når barnet blir mer trent til å suge aktivt.

Hvordan amme med hjelpebryst:

- A. Tape sonden til brystet slik at tuppen på sonden er ved mors brystknopp før du legger til barnet for amming. Tuppen av sonden skal stikke en anelse ut for brystknoppen. Når barnet tar tak vil brystvevet strekkes, og sonde og brystknopp skal da ende likt. Blir sonden for lang vil barnet brette seg. Blir den for kort forsvinner den mellom brystknopp og gane. Lag så en knekk på slangen. La melken komme når eget bryst er tomt. Det kan en se ved at barnet tar lengre og lengre pauser mellom sugetakene. Ikke vent til barnet blir urolig/sint før melken kobles på.
- B. Legg til barnet uten sonde. Når barnet ikke lenger er sug villig pga. lite melk kan man stikke en sonde inn i barnets munnvik. Hastigheten på melken reguleres ved å heve/senke flasken. Ved bruk av sprøyte kan det iblant være nødvendig å hjelpe til ved å skyve stempelet inn når en ser at barnet dier og barnet ikke selv klarer å suge stempelet inn.

Bruk gjerne en ammestilling hvor en har en hånd fri, eks. modifisert vuggestilling eller tvillingstilling.

Steng hjelpebrystet når flasken er tom slik at barnet ikke suger i seg luft.

Husk å klipp av tuppen på sondeslangen.

Rengjøring: ved sykehuset

- Ernæringssonden til hjelpebryst byttes hver gang.
- For rengjøring av hjelpebryst hjemme se [Hjelpebryst, ammehjelpen.no](#)

[\(Tilbake til innholdsliste\)](#)

Amming med brystskjold

Unngå, om mulig, bruk av brystskjold. Det er viktig at skjoldet er i riktig størrelse og passer til brystknoppen, slik at det klemmer rundt brystknoppen for optimal stimulering. Det skal ikke sitte løst.

Hvis mor bruker brystskjold ved utreise, bør jordmor/ helsesøster eller barselpoliklinikken kontaktes, slik at mor tidligst mulig kan få hjelp til å avvikle bruken.

- Opplys mor om å tømme brystene helt minst en gang i døgnet ved hjelp av håndmelking eller pumpe.
- Brystskjoldet skylles i kaldt vann etter hver amming, Kokes x 1 daglig i min 5 min.

Amming ved silikoninnlegg

Det er ingen studier som støtter at dette er skadelig. Vanligvis er det ikke problemer med melkeproduksjonen, men man må regne med å amme oftere pga mindre lagringsplass.

- Amme ofte i begynnelsen for å forebygge melkespreng.
- OBS! Om barnet har utilfredsstillende vektøkning.
- Eventuelt gi mor time ved Barselpol for oppfølging.

Amming ved brystreduksjon

Melkeproduksjonen avhenger av hvor mye kjertelvev som er fjernet og hvordan operasjonen er utført. Nervene er noen ganger kuttet over og utdrivningsrefleksen hemmet på grunn av dette. Det er individuelt hvor mye melk mor vil kunne produsere og det vurderes individuelt om det er behov for Syntocinonspray. En spraydose like før amming i ett nesebor før amming eller pumping. Ved dårlig respons av syntocinon, kan det sprayeres i to nesebor. Det kan sprayeres flere ganger gjennom ammingen ved behov.

- Det er ikke noen begrensning på hvor lenge mor kan bruke Syntocinonspray.
- Hyppig stimulering av brystene, amme ofte og eventuelt pumpe.
- Unngå brystskjold pga dårlig stimulering.
- Følge tett opp barnets vekt.
- Oppfølging på helsestasjon.
- Eventuelt kombinere morsmelk med Morsmelktillegg.

Oppbevaring av morsmelk

Fersk melk:

- Opptil 72 timer i kjøleskap i 2-4 °C (forutsatt at melken settes direkte i kjøleskap)
- I romtemperatur i 6 timer.
- Melk som har vært oppbevart i kjøleskap er holdbar 2 timer i romtemperatur.

Dypfryst morsmelk:

- Avkjøl melken før frysing.
- Kan oppbevares i fryser i 6 måneder i - 18°C

Tining, oppvarming og oppbevaring av tint melk:

- Melken bør tines i kjøleskap hvis mulig (tint melk er da holdbar i kjøleskap 2 døgn)
- Er det ikke tid nok, kan melken tines i vannbad (kaldt vann) eller i romtemperatur. Melken må da sjekkes kontinuerlig hver 1/2 t, og settes i kjøleskap straks melken er tint. Den kan med fordel settes i kjøleskap mens den enda inneholder iskrystaller for å forhindre bakterievekst (tint melk er da holdbar 1 døgn i kjøleskap).
- Tining mikrobølgeovn anbefales ikke. Det kan føre til ødeleggelse av celler og makromolekyler.
- Melken må ristes når den er tint, eller har stått en stund, slik at den blir blandet før bruk, fordi fettene straks legger seg på toppen.
- Når melken er tint og klar til bruk, skal det kun tas ut porsjoner som varmes i vannbad. Opptint melk bør ikke stå i romtemperatur i mer enn to timer pga. risiko for bakterievekst.
- Melk som tilsettes berikningspulver (el. andre tilsetninger som f.eks. malt,) skal brukes umiddelbart om ikke annet er angitt.

Amming og legemiddel

Dersom mor benytter medikamenter og man er usikker på om ammingen kan opprettholdes, er det viktig å se i legemiddelhåndboken eller kontakte Relis (regionalt legemiddelopplysningsfirma). [Relis.no](https://relis.no) - [Produsentuavhengig legemiddelinformasjon](#), [Trygg mammamedisin](#)

[\(Tilbake til innholdsliste\)](#)

Sviktende melkeproduksjon

Mulige årsaker:

- Dårlig amnestilling
- Lite effektiv suging
- Utdrivningrefleksen kan fungerer svakt, pga:
 - Dårlig stimulering/lite barn
 - Barnet gis ikke tid til å søke energisk
 - Alkohol utover 1-2 glass
 - Smerte, kulde
 - Psykiske problemer, bekymring, tretthet, isolasjon, depresjon
 - Fysiske årsaker, mor har ikke nok produksjon til tross for tiltak
- Tillegg av annen melk eller fast føde gitt før amming
- Smokk, brystskjold
- Brystreduksjon/silikoninnlegg
- Utslitt/underernært mor
- Menstruasjon tilbake, (kan gi annen smak på morsmelk)
- Mor bruker P-piller
- Mye røyking, medikamenter
- Gjensittende placentavev
- Ny graviditet
- Vemmelse ved amming (familie, naboer, barndomsopplevelser, incest)

Tiltak:

- Behandle årsaken, kontakte barnelege ved vektnedgang > 8%.
- Ha 2-3 økedager, amme hver andre time + to ganger natt.
- Mye hud til hud kontakt for å fremme melkeproduksjon
- Stimulere barnet under amming.
- Oppfordre mor til å ta det med ro.
- Eventuelt Syntocinonspray. En spraydose i ett nesebor like før amming/pumping.
- Eventuelt håndmelke, pumpe i tillegg til amming.
- Eventuelt gi barnet utpumpet melk på beger eller hjelpebryst.
- Eventuelt amme og gi morsmelktillegg på beger eller hjelpebryst i en periode.
- Eventuelt undersøk barnet med tanke på urinveisinfeksjon.

Oppfølging på helsestasjon om 2 dager for vektkontroll, veiledning og støtte. Legg en plan for videre oppfølging. Eventuelt time til barselpoliklinikken.

Såre brystknopper

Såre brystknopper er et relativt alminnelig problem for ammende kvinner, spesielt tidlig i ammeperioden. Det er viktig å kjenne til forebyggende tiltak og formidle disse videre til ammende kvinner for å redusere plager ved sårhet. Dersom såre brystknopper oppstår, finnes det råd som lindrer og behandler.

Tiltak:

- Ha alltid god håndhygiene, ta minst mulig på brystknoppene og vask hendene før du gjør det. Informer mor om betydelsen av god håndhygiene.
- Observer ev korrigert amnestilling og sugetak slik at brystknoppen skånes mest mulig.
- Prøv eventuelt ulike amnestillinger for å avlaste.
- Eventuelt håndmelke/pumpe og gi barnet med kopp i 1-2 døgn.
- Sår og sprekker skal ikke lufttørke. Behandles med Puralansalve (ikke på åpent sår) skum- eller salvekompress for å unngå skorpedannelse som sprekker opp ved amming. En tommelfingerregel er at sårflaten bør være like fuktig som ganen.
- Skift ammeinnlegg ofte.
- Ta Puralansalve på en kompress eller rent tøyestykke og legg denne på brystknoppen
- Smertelindring er viktig fordi smerter kan påvirke sårtilheling negativt.
- Av sår som ikke bedres i løpet av 1-2 uker, tas det bakterie- og sopp-prøve*.

[Tilbake til innholdsliste](#)

- Dokumenter observasjoner og behandling i Partus. Husk å notere mors telefonnummer.
- Vakthavende gyn.lege kontaktes dersom mor trenger medisinsk behandling.
- Gi mor time til Barselpoliklinikken ved behov eller opplys mor om å ta kontakt vb.

** Prøvetaking av hud/sår: Alle sår skal renses før man tar bakterieprøve fra overflaten. NaCl (saltvann) anbefales i de retningslinjene som eksisterer, rent vann kan også brukes til rene sår. Bakterieprøven skal tas fra hele sårflaten med en fuktet pensel. Prøvetaker kan legge et trykk på penselen for å få med bakterier som ligger i vevet.*

[Behandling av sårhet, sår og sprekker på brystknopp/areola/bryst, fhi.no](#)

Innadvendte brystknopper

Ekte innadvendte brystknopper er umulig å få ut ved tak bak brystknoppen. Barnet får heller ikke melket ut melken og det blir lite stimulering av brystet. Brystknoppen trekkes innover ved amming og ofte resulterer det i at mor blir sår. Ikke ekte innadvendte eller flate brystknopper er vanligvis uproblematisk, men trenger ekstra god tilrettelegging. Det er mulig å få brystknoppen ut, ved tak bak brystknoppen. Legg til rette for optimal amming.

Tiltak:

Brystknoppen kan hjelpes frem ved pumping, håndmelking, *Cottermanns grep* eller kald klut på brystknoppen.

- Unngå brystskjold på brystet hvis mulig.
 - Prøve jevnlig med barnet til brystet.
- Koppemating med morsmelk og eventuelt tillegg.
OBS! Barnets vekt.

[\(Tilbake til innholdsliste\)](#)

Brystspreng, melkespreng/stase, mastitt

Brystspreng/ ødem er en fysiologisk tilstand som oppstår gradvis når melkeproduksjonen etableres, vanligvis 2-4 dager etter fødsel. Kvinnen får hevelse og ødem grunnet venøs og lymfatisk stase samt økende melkeproduksjon. Dette oppleves av mange kvinner som smertefullt.

Symptomer: Oftest bilateralt, generell hevelse, rødhet og varmeøkning, smertefullt i hele brystet, temperatur vanligvis < 38.5 °C

Behandling

- Tilby brystet og sikre godt sugetak, la barnet suge ofte
- Kjølige omslag 10-20 minutter mellom amninger (dempe hevelser) eller bruk varme på brystet.
- Ev varme brystet før amming (kan fremme utdrivningen)
- Håndmelke før amming ev *Cottermanns grep* for å gjøre det enklere for barnet å få godt sugetak
- Smertelindring eks. Ibuprofen og/eller Paracetamol

Melkespreng/melkestase er en opphopning av melk som oppstår når produksjonen er større enn uttømmingen. Dårlig uttømming, for eksempel ineffektiv diing/pumping, eller lang tid mellom amninger kan være årsak.

Symptomer: Unilateralt eller bilateralt, hevelse, rødhet og varmeøkning, smertefullt i hele brystet, temperatur vanligvis < 38.5 °C

Behandling

- Amme, ev pumpe
- Håndmelke før amming ev *Cottermanns grep* for å gjøre det enklere for barnet å få godt sugetak
- Smertelindring eks. Ibuprofen og/eller Paracetamol

Tilstoppede (tette) melkeganger oppstår vanligvis gradvis etter dårlig uttømming eller avløpshinder (ødem i melkegang hindrer melken i å flyte). Ifølge litteraturen er det få holdepunkter for at en tilstopning faktisk kan skyldes melk som "klumper seg". Imidlertid rapporterer mødre at de observerer "klumpete melk".

Symptomer: Oftest unilateral, noe hevelse og rødhet, liten eller ingen varmeøkning, vanligvis palperes flere små kuler, lokal smerte, oftest mild, temperatur vanligvis < 38.5 °C

Behandling

- Fortsett å amme, tilby det vonde brystet først
- Kjølige omslag 10-20 minutter mellom amninger (minske hevelser)
- Ev varme brystet før amming (kan fremme utdrivningen)
- Smertelindring eks NSAIDs for å dempe hevelser
- OBS massasje anbefales ikke. Massasje kan gi hevelser og skade brystvevet samt gjøre det vanskelig å få ut melken.

Mastitt Inflammatorisk eller bakteriell betennelse i bryst. Opptrer hyppigst de første 6 ukene etter fødsel og ved overgang fra fullamming til delamming. Fysiologisk brystspenning oppstår ved dag 2-4 og må ikke forveksles med mastitt. Ved behov av reinnleggelse pga. mastitt eller brystabscess skal kvinnen fortrinnsvis innlegges barselavdelingen. Ved behov for hjelp kan barselpoliklinikken spørres. Det bør legges til rette, slik at mor kan ha barnet hos seg hele døgnet, i tråd med et Mor-barn-vennlig sykehus.

Risikofaktorer

- Ineffektiv amming/utmelking
- Overstimulering, overproduksjon
- For sjelden amming/utmelking
- Rask avvenning
- Massasje
- Press eller trykk mot brystet
- Melkestase, tilstoppede melkeganger
- Dårlig sugetak
- Såre/sprukne brystknopper
- Tidligere mastitt

Symptomer: smerte, hevelse og rødme over det aktuelle område, feber, frysninger nedsatt allmenntilstand

Diagnostikk

- CRP kan være økt både ved inflammatorisk mastitt og bakteriell mastitt. CRP bør være med i helhetsvurderingen, men er ikke en diagnostisk markør for å avgjøre evt. antibiotikabehandling. Man kan imidlertid bruke CRP for å følge sykdomsforløpet/effekt av behandling.
- Melkeprøve – vask brystknoppen med sterilt vann/saltvann; kast de første dråper melk, drypp så noen dråper (minimum 1-2 ml) i et sterilt glass for innsending.
- Prøvetaking av hud/sår (utførelse se avsnitt om såre brystknopper)
- Tydelig klinisk bedring etter utmelking av affisert bryst støtter mistanken om inflammatorisk fremfor bakteriell mastitt.
- Systemiske symptomer og sår på brystknopper (tidligere eller nåværende) øker sannsynligheten for at tilstanden er en bakteriell mastitt.

Behandling

- Fortsett å amme. Barnets diing melker ofte brystet best. Amming som normalt på etterspørsel fra barnet. Alternativt håndmelking eller pumping.
- Ev. korrigering ammetilling og sugetak (brystet tømmes best hvor barnets hake peker) [\(Tilbake til innholdsliste\)](#)
- OBS massasje anbefales ikke. Massasje kan gi hevelser og skade brystvevet samt gjøre det vanskelig å få ut melken.
- NSAIDs reduserer inflammasjon og kan kombineres med Paracetamol. Eks Ibuprofen 200-400 mg x 3-4, Paracetamol 1 g x 4
- Kjølige omslag 10-20 minutter mellom amninger (minske hevelser)
- Ev varme brystet før amming (kan fremme utdrivningen)

Medikamentell behandling startes etter at bakterieprøver er sikret; justeres senere etter resistensbestemmelse:

- Dikloksacillin 500 mg x 4 i 10 dager (dosen kan økes til 1g x 4 ved alvorlig infeksjon)
- Ved penicillinallergi: Klindamycin 300 mg x 4 i 10 dager.
- Andrevalg: Cefaleksin 500 mg x 4 i 10 dager.

Mor kan amme ved mastitt og ved behandling av mastitt. Synlig puss i melken utgjør ingen kontraindikasjon for amming. Vurder å fjerne ammeskjold. Om hud/ sår og /eller melkeprøve er tatt og kvinnen ved prøvesvar har feber og influensasymptomer skal hun ha resept på antibiotika. Dersom kvinnen har influensasymptomer og feber allerede ved Barselpol besøk, skal hun behandles med antibiotika med en gang etter at bakterieprøve er sikret. Skriv notat i Partus og ring kvinnen når svar foreligger. Send epikrise til kommunehelsetjenesten.

Brystabscess

Lokalisert pussansamling i bryst, i forløpet av bakteriell mastitt. Utilstrekkelig eller forsinket behandling av mastitt kan forårsake abscess.

Symptomer: Oftest unilateralt, smerter, rødme, oppfylling som kan fluktuere, feber og generell sykdomsfølelse

Ved mistanke om abscess henvises pasienten (ø-hjelp) til radiologisk avdeling for ultralydundersøkelse med diagnostikk og behandling. Abscess under utvikling kan være negativ ved første ultralydundersøkelse, men positiv noen dager etterpå. Undersøkelsen bør derfor gjentas ved vedvarende klinikk.

Behandling

- Ultralydveiledet nålepunksjon med aspirasjon og skylling av abscessen sammen med peroral antibiotikabehandling vil som regel være den primært foretrukne metode.
- Bakteriologisk prøve av aspirat
- Prosedyren utføres i lokalanestesi
- Pasienten bør følges opp med hyppige ultralydkontroller med få dagers intervaller
- Nåleaspirasjon og skylling gjentas dersom abscessen har fylt seg opp igjen.
- I enkelte tilfeller vil innleggelse av et pigtailkateter foretrekkes, dette er særlig aktuelt ved noe større abscesser (>3cm) og dersom man ikke kommer til mål ved gjentatte aspirasjoner. Kirurgisk incisjon bør kun benyttes dersom man ikke kommer til mål ved ultralydveiledet aspirasjon/drenasje.
- Behandlingen foretas som regel poliklinisk, men innleggelse er aktuelt ved septisk preget pasient, der i.v. antibiotika er indisert samt ved enkelte innleggelser av dren. Ved spontanperforering av abscess bør brystkirurg vurdere og behandle pasienten.

Medikamentell behandling startes etter at bakterieprøver er sikret; justeres senere etter resistensbestemmelse (Samme behandling som ved mastitt, se kapittel over)

Skriv notat i Partus og send epikrise til kommunehelsetjenesten. Følg om nødvendig opp mor videre med amming.

Hele ammeperioden

Dersom kvinnen har en kul i brystet, må andre tilstander enn mastitt/abscess utelukkes; som galactocele, fibroadenom eller malign tilstand. Er man i tvil ved resistenser i brystet bør disse utredes videre. Brystkreft forekommer hos ammende kvinner. Ved usikker etiologi av resistens i bryst må pasienten henvises Brystdiagnostisk senter.

[\(Tilbake til innholdsliste\)](#)

Avslutning av ammeperioden

Individuelle tiltak er avhengig av årsaken til avslutning, hvor kvinnen er i ammeprosessen og hvor gammelt barnet er. En bør gradvis trappe ned ammingen og eventuelt pumpingen hvis mor ønsker å slutte en påbegynt amming etter at melkeproduksjon er startet. Noen ganger trengs medikamentell behandling.

- Oppbinding av brystene anbefales ikke lenger, det kan øke risiken for melkestase, mastitt eller abscess. Kvinnen kan bruke en stram BH. Viktig å ikke ignorere spreng og smerter.
- Håndmelke eller pumpe, ut litt melk så sjeldent som mulig.

- Medikamentell behandling; Cabergolin (Dostinex®) 1mg (to tabletter à 0,5mg) skal helst gis innen 24 t postpartum. Det kan gis senere i postpartumperioden, men bør da gis i samme dose over to dager dvs. (en tablett Dostinex à 0,5 mg x 1 i to dager). Informer kvinnen om bivirkninger til Dostinex® som skal tas sammen med et måltid.
- [Ammeslutt. ammehjelpen.no](#)

Candida/ sopp hos mor og barn

Vedvarende såre brystknopper hos mor kan være forårsaket av sopp/candida. Andre symptomer på soppinfeksjon hos mor kan være stikkende, sviende, brennende smerter i brystet før, under og etter amming. Årsaken til dette kan være oppvekst av candida/sopp i melken.

Hos barnet viser en candida/soppinfeksjon seg som hvite flekker/belegg på innsiden av lepper/kinn/tunge/gane, eller som rødt og flassende bleieutslett.

Diagnostikk

- Ta melkeprøve og hudsekretprøve av brystknoppen.
- Dokumenter undersøkelse og prøvetaking i Partus, husk å notere mors telefonnummer.
- Ring mor når prøvesvar foreligger, etter ca. 2-3 dager.
- Mor kan ha sopp selv om det ikke er oppvekst i prøver.

Behandling

- Mycostatin® mikstur uten sukker til barnet og Canesten krem til mor. Gi eventuelt mor og barn resept på soppbehandling ved første konsultasjon hvis store plager. Fordi den ammende mor og barnet kan smitte hverandre, bør begge behandles med Mycostatin®/Canesten hvis sopp er påvist i melken.
- Dersom Canesten ikke hjelper etter 4 ukers behandling kan kvinnen i tillegg få resept på Diflucan®/Fluconazol® 200 mg første dag, og deretter 100 mg daglig i 14 dager. Barnet fortsetter samtidig med Mycostatin®. Barnet kan ammes under behandlingen. Av og til kreves lengre tids behandling og enda høyere dosering.

Utlån av brystpumpe

Føde-barsel kan ikke låne ut sine pumper til andre inneliggende pasienter i andre avdelinger. Dersom kvinner trenger å låne pumpe når de er innlagt i andre avdelinger gjøres dette via Nyfødt.

[Morsmelkbanken - Brystpumpe \(utlån, innlevering og rengjøring\)](#)

[\(Tilbake til innholdsliste\)](#)

Referanser

[A4.1/1.4-05](#)

[Morsmelkbanken - Brystpumpe \(utlån, innlevering og rengjøring\)](#)

[A4.2/3.2.2-05](#)

[Brystpumping, håndmelking](#)

[Brystspreg, melkespreg/stase, mastitt og abscess, fhi.no](#)

[Hjelpebryst, ammehjelpen.no](#)

[Relis.no - Produsentuavhengig legemiddelinformasjon](#)

[Ammeobservasjonsskjema.pdf \(fhi.no\)](#)

[Slik viser nyfødte at de vil ammes, ammehjelpen.no](#)

[Behandling av sårhet, sår og sprekker på brystknopp/areola/bryst, fhi.no](#)

["Mor-barn-vennlig standard» og «Ti trinn for vellykket amming», Ammehjelpen](#)

[Nasjonalt kompetansesenter for amming](#)

[Ammehjelpen](#)

[Trygg mammamedisin](#)

[Unicef ammebrosjyrer på ulike språk](#)

[Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Pubmed](#)

[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)

[Hvordan du ammer ditt barn](#)

[Brystbetennelse, ammehjelpen.no](#)

Vedlegg

Slutt på Prosedyre