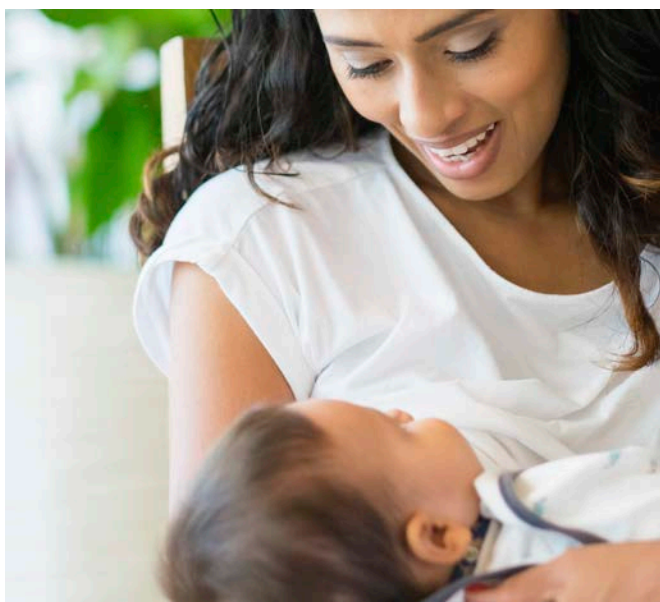


加州餵養指南

出生至一口嬰兒



資助支援：

制定此指南之資助：來自加州公共衛生部家庭健康中心□婦孩子和青少年健康科的 Title V 補助款。

建議引用：

Haydu S, Gamba R, California Infant Feeding Guide. 2016. California Department of Public Health 院對此指南之貢獻。

鳴謝：

我們感謝 Laura Gilmore, Carina Saraiva, Omara Farooq, Julie Rooney, Lucia Hanle, Gloria Calderon, Yunjie Marquez, Louisa Quan and Avantpage 和加州大學柏克萊分校公共衛生學院對此指南之貢獻。

最近更新日期：**2/15/2018**

目錄

引言	3
母乳喂養	3
支持母乳喂養的科學證據	3
母乳的質量	3
母乳喂養的經濟和環境好處	4
母乳喂養的禁忌	4
健康 2020 目標	6
母乳喂養率的差距	6
母乳代替品：存儲的母乳或嬰兒奶粉	9
準備嬰兒奶粉	9
用杯或瓶喂養時留意：讓你的嬰兒自己設定速度	11
營養素建議	11
嬰兒維他命和礦物質補充	13
引入補充性食物	14
根據發展階段和營養需要給健康足月嬰兒之喂養建議	14
食物敏感	18
嬰兒食物的潛在口染物	19
嬰兒喂養的其他液體	19
母乳喂養的障礙	20
處理母乳喂養障礙的行動	23
資源網頁	24
2016 版評審人	25
參考資料	27

注意：此指南乃《加州食品指南：加州沙加緬度》（加州衛生護理服務部和加州公共衛生部、2008 年）之第九章的更新：「生命週期：正常嬰孩的喂養（0–12 個月）。英文原文可瀏覽網頁：

<http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/publications/Pages/CaliforniaFoodGuide.aspx>.

引言

嬰兒喂養是指出生至一歲的孩子們的喂養。此指南旨在推廣「正常」的嬰兒喂養方法，其定義是在頭六個月完全母乳喂養，然後在約六個月大時引入鐵質豐富的補充食物。¹ 因此，建議用母乳喂養是此嬰孩喂養指南的重點。此指南適用於供健康護理和公共衛生專業者，並不處理高風險嬰兒的問題。

包括母乳喂養在內的適當的嬰兒營養，可減少五歲以下的兒童患上感染、缺鐵性貧血病、超重、和身材矮小的風險。此風險的減少可延續至童年期以後。例如，早期和持續缺鐵性貧血與早期精神運動發展不利之影響有關聯，並可導致在認知和運動區域之無法逆轉的負面發展影響。²

母乳喂養

支持母乳喂養的科學證據

絕大多數的科學證據證明母乳是嬰兒最理想的食物。專業健康組織和政府部門積極推廣母乳喂養，包括但不限於美國兒科學院（AAP），¹ 美國婦產科學院，³ 美國家庭醫生學院，⁴ 婦女健康、產科和新生嬰兒護士協會，⁵ 營養和飲食學學院（前美國飲食學協會），⁶ 美國健康和人類服務部，⁷ 美國公共衛生協會，⁸ 世界衛生組織⁹ 和美國母乳喂養委員會。¹⁰

美國兒科學院對母乳喂養之建議

美國小兒科學會建議：純母乳喂養大約至六個月，然後繼續母乳喂養，可以引入嬰兒補充食物。母乳喂養可以持續一年或更長，母親和嬰兒相互期望。”¹ 純母乳喂養指的是提供沒有其他嬰兒補充食物或液體的嬰兒餵養方法。

母乳之質量

母乳的營養上是完整的，是嬰兒在出生頭六個月最健康營養來源。¹ 母乳包含多種在嬰兒奶粉中找不到的酵素、蛋白質、賀爾蒙、類賀爾蒙的物質和活細胞。¹¹ 這些生物活性因子，可以優化免疫系統，減少感染的風險，促進最佳腸道菌群之成長，並隨著時間變化，以滿足成長嬰兒之具體的生物需要。¹ 我們對母乳喂養益處之理解正隨著新專題的研究而不斷擴大，例如表現遺傳學¹² 和消化系菌群¹³ 的研究，表明了母乳喂養如何降低嬰兒感染、自動免疫失調和非傳染性疾病之風險。¹²

表 1：非母乳喂養之風險

此表突出的科學證據支持非母乳喂養有關聯的風險。它並非一份包括所有目前研究之詳盡名單。

嬰兒有較大的風險	母親有較大的風險
童年肥胖症 ^{1,14,15} 腹瀉 ¹⁶ 呼吸道感染 ¹⁷ 耳感染 ¹⁸ 嬰孩猝死症(SIDS) ¹⁹ 類型 1 和 2 糖尿病 ^{20,21} 腸胃炎 ²² 哮喘 ²³ 低智商 ²⁴ 壞死性小腸結腸炎 ^{25,26} 尿道感染 ²⁷ 過敏性皮膚炎 ²⁸	□後體重滯留 ²⁹ 抑鬱症 ²² 卵巢癌 ³⁰ 乳腺癌 ³¹

母乳喂養的經濟和環境好處

母乳喂養除了是最具營養的選擇之外，它同時提供經濟和環境的好處。³² 當嬰兒以母乳喂養時，家庭無須購嬰兒奶粉或奶瓶，並且將不會有因生產、運輸和丟棄嬰孩奶粉罐而產生之環境污染。母乳喂養減少嬰兒的健康風險，可減少健康護理費用從而減輕每個人的保險和稅務負擔。³³

母乳喂養之禁忌

母乳喂養之禁忌有限。¹ 禁忌包括感染有愛滋病毒(HIV) 或有一型或二型人類 T-細胞淋巴病毒的婦女；使用或依賴毒品的婦女；以及天生有代謝障礙半乳糖血症的嬰兒，該症為先

天的代謝失常，即嬰兒因缺乏分解半乳糖的酵素。當其他先天代謝失常例如苯丙酮尿症 (PKU) 或楓糖漿尿病(MSUD) 阻礙了母乳喂養時，健康護理專業工作者應鼓勵母親和她們孩子之健康護理小組合作，以確保嬰兒和母親獲得與母乳喂養有關聯之健康和心理好處。

在美國，有愛滋病毒的婦女，由於通過母乳將愛滋病毒傳染給她們嬰兒的風險，所以建議她們不要用母乳喂養。但是，很多婦女面臨母乳喂養中社會，家庭和個人的壓力。建議健康護理專業者和有愛滋病毒的懷孕婦女坦誠的討論母乳喂養的風險和好處，以及用母乳喂養或奶粉喂養可能有的個人意義。

健康護理專業者可以從產期愛滋病熱線(<http://nccc.ucsf.edu/clinician-consultation/perinatal-hiv-aids/>) 取得更多的資料，而病人可以上網 <http://www.hiveonline.org/for-you/hiv-women/> 找到更多的資源。對有愛滋病毒的婦女，如果進行勸告傳過染風險之後仍然選擇母乳喂養，健康護理者鼓勵有愛滋病毒的婦女從產期愛滋病毒熱線諮詢。³⁴

其他母親的疾病或治療，可導致母乳喂養的暫時停止。這包括未被治療、活性肺病（可用擠/口乳的方式），在乳房活性單純疱疹病變，治療性或診斷性的放射性同位素，抗逆轉病錄病毒藥物，和干擾 DNA 複製和細胞分裂的化療藥物。¹

飲酒並非母乳喂養的一種禁忌；但是每天的飲酒量應限於每天每公斤體重 0.5 克酒精。¹ 就 60 公斤或 133 磅的婦女而言，這相當於兩盞士的烈酒，八盞士的葡萄酒，或兩小瓶啤酒。母乳中酒精含量與母親血液中的酒精含量有關。一名母乳喂養的婦女，如選擇飲酒，應在飲酒之前喂養或擠出母乳，並且在飲酒至少兩小時之後再喂養，以將母乳中的酒精濃度減至最低。在等候血液和母乳中酒精消退時，無須「口奶并倒掉」，那一度曾是為在飲酒之後哺乳提出的建議。^{1,35}

吸煙不是母乳乳嬰的一種禁忌；但是，鼓勵婦女停止吸煙。母乳喂養的婦女如繼續吸煙，應盡量少吸，並避免讓嬰兒接觸二手或三手煙。^{36,37} 從在吸煙之後和抱嬰兒之前換衣服和洗手，可避免三手煙。

很少有對在母乳喂養期口服大麻（藥用大麻）的影響的研究。在哺乳期口服大麻的母親母乳中，有發現小量大麻的活性成份。^{38,39} 所以不建議在哺乳期口服大麻。同時應避免二手大麻煙。

半乳糖血症是另一種禁忌，因為失調使嬰兒無法分解母乳的糖份。當嬰兒無法母乳喂養時，建議使用的嬰兒奶粉。

大部份的處方藥物和成藥，在母乳喂養時均可安全使用；但是，需服藥的婦女在懷孕時應向她的健康護理專業者諮詢什麼藥物最適宜使用。國家健康研究所有一份在母乳喂養時可用和不應服用的藥物之極廣泛藥物冊。

請看 Lact Med，網址為 <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>。在哺乳期□禁忌的藥物包括抗代謝物，化療藥物和毒品。

如一名婦女或她的嬰兒有健康問題，她應向一名健康護理專業者諮詢，以獲得就其特別情況的有關母乳喂養的資料。¹

健康人 2020 目標

美國衛生和人類服務部設立了健康人 2020 目標，旨在促進所有人的健康。其中有與喂養嬰兒有關之具體的母親和兒童健康目標，並且隨著人們逐漸認識到這項有價值的健康干預，近數十年來針對母乳喂養的目標之數字有所增加。這些目標列在表 2。

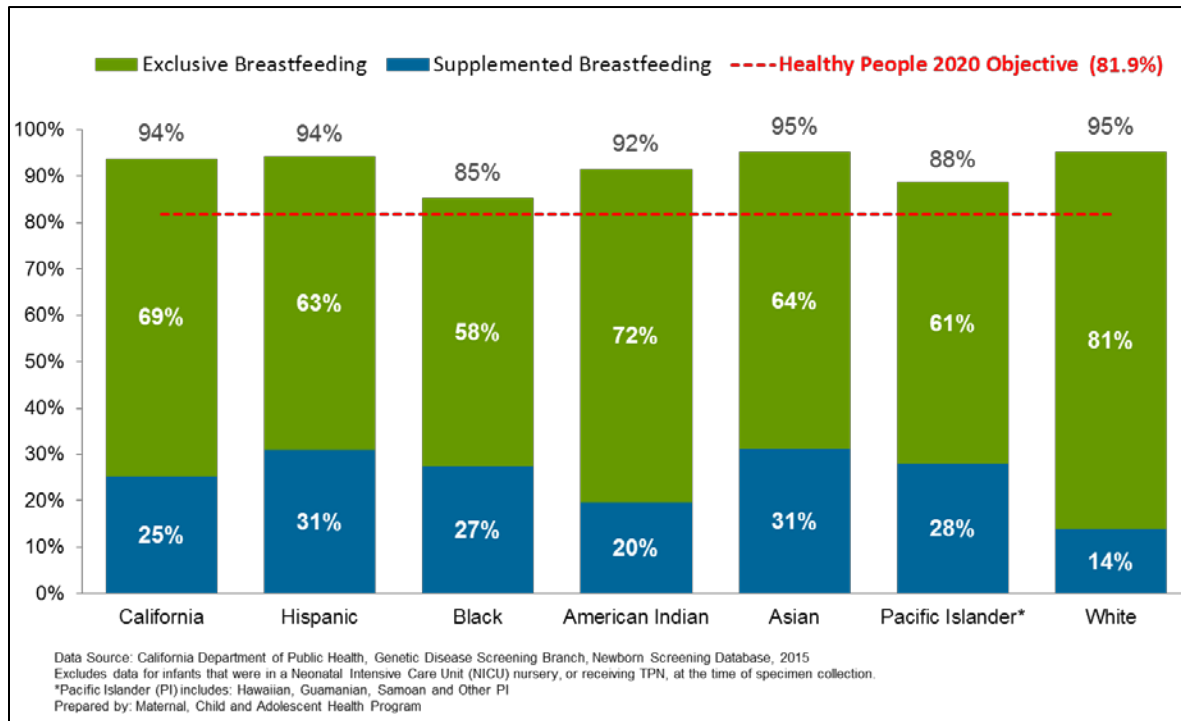
表 2：關於嬰兒喂養關的健康人 2020 目標⁴⁰

健康人 2020 目標	說明
MICH-21.1	增加由母乳喂養嬰兒的比例至 81.9%
MICH-21.2	增加六個月大的嬰兒中由母乳喂養的比例至 60.6%
MICH-21.3	增加一歲大嬰兒中由母乳喂養的比例至 34.1%
MICH-21.4	增加完全只用母乳喂養至三個月大的嬰兒的比例至 46.2%
MICH-21.5	增加完全只用母乳喂養至六個月大的嬰兒的比例至 25.5%
MICH-22	增加在工作地點提供哺乳支援計劃的僱主的比例至 38%
MICH-23	減少母乳喂養的嬰兒在出生頭兩天用奶粉補充品之比例至 14.2%
MICH-24	增加發生在在為哺乳母親和她們嬰兒提供建議護理設施之安全出生的比例至 8.1%

母乳喂養率之差距

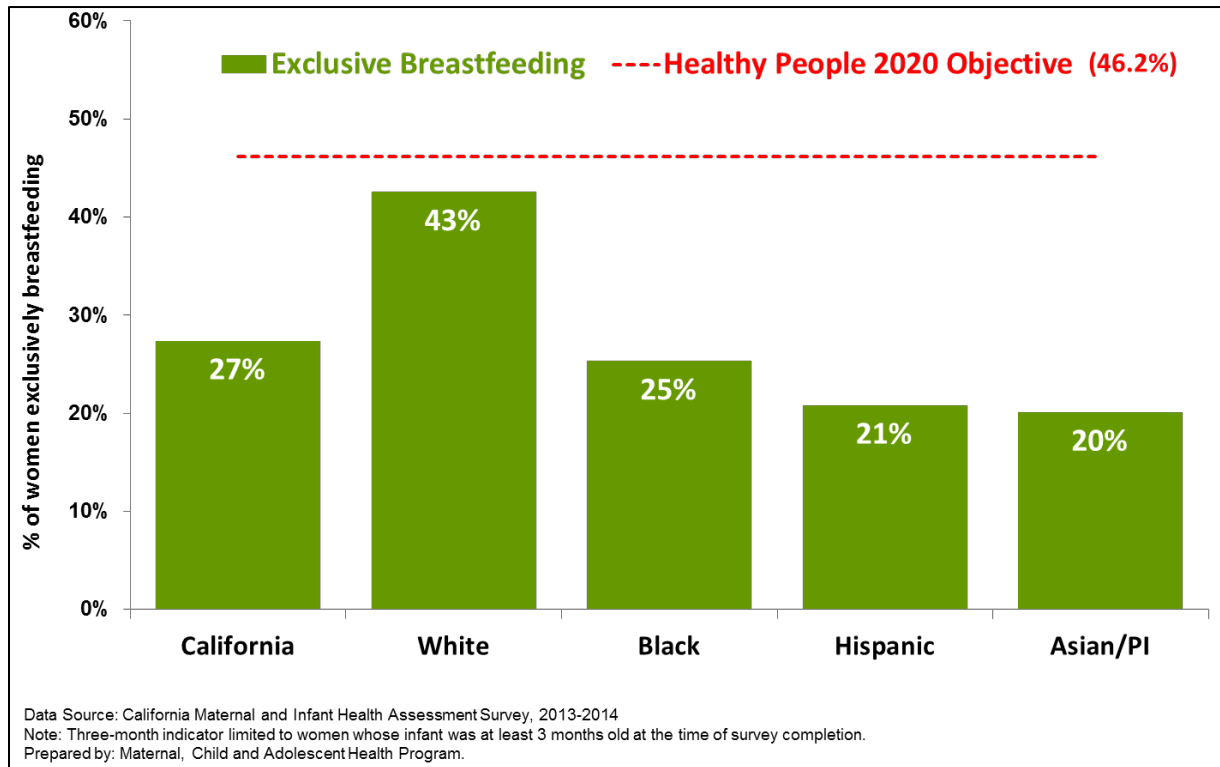
來自加州公共衛生部遺傳病檢查計劃之 2015 年數據顯示，94%的加州婦女，生完之後在醫院曾至少有母乳喂養過一次（圖 1）。此流行性遠高於健康人 2020 目標的 81.9%。同時在 2010 年和 2015 年之間，在加州初始用母乳喂養的比例從 91%增至 94%，而完全用母乳喂養的比例從 57%增至 69%，但種族和族裔差距仍存在。每五名西班牙裔、黑人、亞太裔的婦女，在醫院時完全用母乳喂養的只有三人；相比之下，白人婦女每五人中有四人。

表 1：2015 年按種族／族裔劃分的加州在醫院口初始用母乳喂養情況



在醫院用母乳喂養的數據是令人鼓舞的；但是，來自母親和嬰兒健康評估調查（MIHA）的數據顯示在生口後母乳喂養下降率如何迅速。圖 2 突出顯示了在口後頭三個月仍完全只用母乳喂養的按種族和族裔劃分之相較於健康人 2020 的 46.2% 的目標的數據。這些數據顯示很多種族和族裔群體的加州婦女仍未達到健康人 2020 在口後三個月完全以母乳喂養的目標。每四名的黑人，西班牙裔和亞太裔的婦女中，口後第三個月仍在完全用母乳喂養的，不足一人，與之相比，白人婦女母乳喂養之比例為 43%。很清楚的是，在為所有加州婦女提供完全母乳喂養的支持和減少母乳為養比例差距上仍需更多的努力，例如規律性的哺乳諮詢，提供免費擠乳口以及在工作地點提供哺乳方便。

圖 2：2013—2014 年加州婦女按種族／族裔劃分在頭三個月完全以母乳喂養之流行性



母乳代替品：存儲母乳或嬰兒奶粉

存儲他人母乳指經過專業檢驗，存放和處理，來自其他母親擠出的母乳。當有醫療的需求時，存儲母乳作為取代母親本身的母乳。存儲他人母乳比嬰兒奶粉好。例如醫療上必須用嬰兒奶粉喂一名足月的嬰兒時，美國兒科協會建議嬰兒飲用鐵質豐富的，以牛奶為基底的嬰兒奶粉。⁹

用存儲他人母乳或嬰兒奶粉的跡象

母乳餵養的嬰兒需要長期的補充品很少，因為大部份的自我調節他們喂食的嬰兒均會在母乳喂食下茁壯成長，而他們的母親也能保持足口的奶量。在使用補充品之前，應由一名健康護理專業人員評估母親和嬰兒。在以下情況下，存儲他人母乳是屬於比較好的補充品選擇：

- 1) 母親無法用母乳喂自己的嬰兒。
- 2) 母親向哺乳專家徵詢之後，發現存在奶量供應不足，吮吸方式不當，或者奶水轉移，或其他醫療和非醫療的問題。
- 3) 照護者並非嬰兒的親生母親，例如收養或寄養的嬰兒。如果存儲他人母乳不滿足需求時，則建議使用嬰兒奶粉。

4) 母親選擇不用母乳餵養。如存儲他人母乳不滿足需求時，則建議使用嬰兒奶粉。

嬰兒奶粉選擇，轉基因生物，益生菌和脂肪酸補充

購買母乳用品，即嬰兒餵養人，可能對應該購買什麼類型的奶粉以及標籤含義有些分不清楚。以下是一些新的嬰兒奶粉的成份和準備建議：⁴¹

- **嬰兒奶粉**：有三種形式的嬰兒奶粉是提供給健康的，足月嬰兒使用：分別是即食、濃縮液體和粉末。因為粉末的嬰兒奶粉沒有進行消毒，它們不應給不足月或者免疫能力不足的嬰兒食用。詳情請參看下一部份「準備嬰兒奶粉」。
- **基因大豆嬰兒奶粉**：一般不建議用這些奶粉。它們可用於有半乳糖血症或遺傳性乳糖缺乏症的嬰孩。沒有證據表明大豆蛋白質基因的嬰兒奶粉可以幫助紓緩絞痛。對牛奶蛋白質過敏的嬰兒，不應用豆類，因為也可能會有大豆蛋白質過敏的高風險。不建議給不足月的嬰兒用大豆基因嬰兒奶粉。⁴²
- **特製嬰兒奶粉**：有很多專供不足月嬰兒或有特殊健康隱患的嬰兒使用的嬰兒奶粉。⁴³ 這些特製的嬰兒奶粉，不應該用於健康、足月的嬰兒。一名健康專業者應該識別有此需要的少數嬰兒和處方特製奶粉。請參看公共衛生計劃，例如加州醫療保險和加州兒童服務等計劃，如不是由這些健康計劃承保時，婦女嬰兒和兒童（WIC）的特別補充計劃可以提供特製嬰兒奶粉。
- **無轉基因的嬰兒奶粉**：沒有研究證據表明使用轉基因生物製的嬰兒奶粉對於健康是否有害處。
- **有益生菌的嬰兒奶粉**：沒有足夠證據表明使用益生菌及／或益生菌補充品製的嬰兒奶粉是否對健康有益。^{44,45,46}
- **有脂肪酸補充品的嬰兒奶粉**：在非人類物種新生兒膳食中，包括二十二碳六酸（DHA）和花生四酸（ARA）等成分，據說對於神經的生長有利。⁴⁷ 但是，這些結果沒有在人類身上進行驗證。⁴⁸ 目前並沒有足夠證據支持對在嬰兒奶粉中添加脂肪酸對身體有益處。⁴⁹

準備嬰兒奶粉

嬰兒奶粉有三種類型：即食類，濃縮液體，和粉末。應按照奶粉上標籤明瞭的正確方法準備。在選擇用粉末類或濃縮液體類的奶粉時須同時兼顧水的安全。污染物例如有害的微生物，鉛，硝酸鹽，和銅等均屬可能對健康有危害。如將水煮開消滅微生物，應只將水煮一分鐘，然後冷卻為室溫才可用於準備的嬰兒奶粉。不要用水龍頭熱水來準備嬰兒奶粉；不想要的水管內礦物會被衝入熱水內。如對水供應的安全有問題，照護者應聯絡他們本地的衛生局或美國環保署（EPA）的安全飲水熱線 1-800-426-4791。

嬰兒奶粉可能影響大便的頻率，顏色和一致性。如要使用嬰兒奶粉，應教育父母普通嬰兒的大便形狀是螺旋條狀物，以及會增加喂食不耐受的症狀發生，例如哭泣，吐出食物和氣體。

在出生後足三個月，體重十分輕的新生嬰兒使用粉末的嬰兒奶粉時，需要特別留意如何準備嬰兒奶粉以避免感染阪崎長桿菌。阪崎長桿菌是一種少見但嚴重的感染病菌，和使用粉末的嬰兒奶粉時沒有消毒口品有關。⁵⁰ 疾病控防處對使用粉末嬰兒奶粉例如如何避免感染阪崎長桿菌給出了建議，請上網 <http://www.cdc.gov/features/cronobacter/>。此網頁詳細評審如何減少阪崎長桿菌的感染的方法：（1）母乳餵養，（2）如果使用嬰兒奶粉，選擇液體的類型，（3）如果使用嬰兒奶粉，在準備奶粉和存放時，保證良好的衛生條件，（4）對自己和所有進入嬰兒口中的物品進行適當的衛生消毒。

用杯或瓶餵養時留意：讓你的嬰兒自己設定速度

當用杯子或瓶子喂擠出的母乳或嬰兒奶粉時，重要的是重複母乳餵養的動作，提供給嬰兒皮膚和皮膚的接觸，留意嬰兒是否飽腹的提示。用新生嬰兒奶粉喂嬰兒，一般用嬰兒奶粉的頻率，和只用母乳餵養的頻率一樣。注意餵養的速度和留意嬰兒是否飽腹的提示是因為，小概率情況下會有喂食過多、氣體、腹部不適或吐出食物等症狀。以下是一些注意事項，以促進照護者和嬰兒的親密關係，並避免因不合適的用瓶或杯喂食的技巧而引起的有關問題。^{51,52}

注意事項

- 應在喂奶時，合適的擁抱或者摟抱嬰兒讓嬰兒感覺到舒服和安全。
- 應確保嬰兒的頭和頸部均有支持。用幾乎直立式的方法抱著嬰兒。
- 應輪流分開左右抱，因而嬰兒可以從兩個方向看到照護者。
- 照護者和嬰兒之間應有皮膚與皮膚的接觸。
- 應該抱著嬰兒靠近照護者的胸前，應讓嬰兒聽到照護者的心跳聲。
- 應察覺嬰兒肚餓的提示例如撅嘴、將雙手放進口中、嘴唇成皺狀、尋找乳頭，肚飽的提示例如吮吸放慢、轉身過去和分散精神有所增加等。
- 應幾乎平放的持著奶瓶。奶嘴應當只有部份滿。這可幫助奶流入嬰兒的口中。
- 不要將奶瓶支撐放入嬰兒口中。
- 不要讓嬰兒持著奶瓶入睡，因為這可導致喂食過多和蛀牙。

嬰兒在二十四個小時內所需的嬰兒奶粉量是不同的。嬰兒在日間和夜裡需要多次喂少量的嬰兒奶粉，因為他們的肚子無法容納大量的食物。從出生至六個月大，嬰兒迅速成長，每次餵食量，餵食間隔時間和嬰兒二十四個小時內食用的奶粉總量將會逐漸增加。如果嬰兒看起來肚子餓，特別是在嬰兒成長時，應準備更多奶供用。⁵²

微量營養素建議

表 3 是在兩口以口的嬰兒——0-6 個月大和 7-12 個月大——就選擇的營養素提供微量營養素的建議。營養素的需要，一般在嬰兒較大時會增加，因為他們成長的更快了。以下特定的數口，是從食物和營養委員會、醫學研究院、國家科學院（NAS）的最新科學出版物處取得的。膳食參考攝入量（DRI）是一組參考口通用名詞，用於計劃和評估健康人士的營養素攝取量。DRI 口包括建議膳食定量（RDA）和適宜攝入量（AI）。RDA 是平均每天攝入足口滿足幾乎所有健康人士（97%-98%）所需的營養素量。AI 是建議每天的平均營養素攝取量。

當未有足夠的證據決定 RDA 時，AI 是作為個別人士建議的攝取量。對嬰兒而言，AI 是根據健康母乳餵養嬰兒的足夠攝取量為準。AI 可能未達到臨床情況或醫療病症的要求。健康嬰兒通常不需要補品，例外情況列於表 4。有特殊健康護理需要的嬰兒，包括長期患病的嬰兒，可能需要額外的補品。

表 3：嬰兒選擇維他命和礦物質的適宜攝取量：

年齡 (月)	鈣質 (mg/d)	鐵質 (mg/d)	磷 (mg/d)	鎂 (mg/d)	維他命 D (µg/d)	氟 (mg/d)	生物素 (µg/d)
0-6	200	0.27	100	30	10	0.01	5
7-12	260	11*	275	75	10	0.5	6

年齡 (月)	硫胺素 (mg/d)	核黃素 (mg/d)	煙酸 (mg/d)	維他命 B ₆ (mg/d)	葉酸 (µg/d)	維他命 K (µg/d)	維他命 B ₁₂ (mcg/d)	遍多酸 (mg/d)
0-6	0.2	0.3	2	0.1	65	2	0.4	1.7
7-12	0.3	0.4	4	0.3	80	2.5	0.5	1.8

此表的數據來自 DRI 報告，見 www.nap.edu。⁵³⁻⁵⁸ 數目代表適宜攝取量 (AIs)，有*標簽者除外，其指建議膳食許可量之數目。

給嬰兒的維他命和礦物質補品

表 4：給剛出生至一歲大的健康足月嬰兒補充礦物質的建議¹

營養素	年齡	劑量	特別指示
維他命 K	剛出生	0.5 至 1.0 mg	維他命 K 通常在完成第一次喂食之後餵一劑量，並在出生頭六個小時給嬰兒提供，以預防新生嬰兒有血液疾病。
維他命 D	出生後不久	400 ug 每天	母乳餵養的嬰兒，應在出生後頭幾天開始每天給予 400 ug 的維他命 D 補充。嬰兒每天如飲 1 升 (34 盎司) 含補充維他命 D 的嬰兒奶粉，不應再服用其他維他命 D 補充。保持維他命 D 補充會減少患佝僂病的風險，該病是維他命 D 不足的顯示。但是，過多的補充可有毒性。 ^{59,60}
鐵質	在四個月時	1 mg/kg 每天	完全用母乳餵養的嬰兒和足月的嬰兒，應由第四個月大開始每天服用鐵質補充 1 mg/kg，並應繼續服用直至可以食用含有鐵質的食物之後為止。 ⁴² 第一種互補食物應含有鐵質以防鐵質不足引發的貧血病。
氟化物	+ 六個月	各有不同	建議給六個月以上，住在飲水中沒有足夠氟化物 (ppm < 0.3 ppm) 的社區的嬰兒氟化物補充。給予的頻率和劑量根據嬰兒在他們膳食中攝取的氟化物量而各有不同。有關飲用水的氟化物資料，可上網看： http://www.waterboards.ca.gov/drinking_water/certlic/drinkingwater/Fluoridation.shtml
維他命 B ₁₂	懷孕和哺乳期	各有不同	營養和膳食學院建議給素食和奶蛋素食的母親在懷孕期和哺乳期補充維他命 B ₁₂ ，以確保有足夠的維他命 B ₁₂ 轉移到胎兒和嬰兒身上。 ⁶¹ 請向一名兒科醫生諮詢有關合適維他命 B ₁₂ 劑量的建議。

引入互補食物

AAP 建議只用母乳餵養大概六個月，然後繼續母乳餵養並同時引入互補食物。¹ 在約六個月大時，AAP 建議引入互補食物，特別是那些含高鐵質和鋅質的食物。¹ 含高鐵質和鋅質的嬰兒食物包括但不限於經碎濾或成泥狀的肉、家禽、雞蛋、豆類、乾豆、豆腐、深綠色的蔬菜和鐵質加富的麥片。

大部份的健康組織在建議互補食物應在嬰兒約六個月大時引入有一致的結論。^{1,9,62} 雖然有些研究建議在四個月時引入互補食物可減少嬰兒對食物產生過敏反應的風險，^{63,64} 一個近期的 Cochrane Review 報告沒有足夠的證據表明建議在六個月大之前引入互補食物。⁶⁵ 此評論報告的進行，因為很多嬰兒在六個月內不只是以母乳來餵養的，所以重要的是要考慮在六個月大之前給母乳餵養的嬰兒互補食物或液體可能有的益處和風險。目前仍然建議只用母乳餵養的健康嬰兒，在六個月大時才引入互補食物。重要的是注意每個兒童的情況都不同，而嬰兒表現出的發展階段，指出他們在開始食用固體食物之前，已可開始吃互補食物（見表 5）。

喂食指導應以家庭為基礎，奉行 AAP 嬰兒的喂食建議。¹ 重要的是要考慮文化傳統，以及用適合該文化的言辭，吃適合其文化習俗的食物。但是，執行者應留意可能的不適當的文化慣例，例如但不限於使用加糖的飲品、過早引入固體食物、提供蜂蜜、將食物放入奶瓶內，以及草藥茶等。出生的第一年是開始形成習慣和偏好的時候，所以重要的是及早促進健康的飲食習慣。家長和照護者的喂食風俗和慣例，會直接影響到他們嬰兒的攝取營養。

一些供家長和照護者為六至十二個月大嬰兒喂食的有效慣例，包括：⁶⁶

- 在家和托兒的地方隨時準備有營養的食物供應。
- 包括嬰兒在口，在設定和正規進食時間吃家庭的餐膳。
- 根據發展階段來喂食，例如在準備好時加入適當的食物量和質地。
- 在嬰兒給予肚餓提示時喂食；在嬰兒顯示一定程度的肚飽時結束喂食。
- 給嬰兒創造一個享受進食的氣氛，幫助嬰兒吃東西並且嬰兒對進食可以預料，不應該有必須要吃什麼重要食物或者是吃多少重要食物的壓力。

根據發展階段和營養需要，給健康足月的嬰兒的喂食建議

在嬰兒出生的頭一個星期內，母親很多時候都關注她們的嬰兒是否取得足夠的母乳。⁶⁷ 在出生的頭 30 天引入奶瓶或奶嘴，可干擾母乳餵養的學習過程。^{1,68,69} 奶瓶的使用，可影響嬰兒嘗試從乳房吮奶的學習，因而使母乳餵養更具挑戰性。很多時候這個被稱為乳頭混亂和流量偏選。用於母乳餵養的口、舌和下巴的動作，和用於吮吸奶瓶奶嘴的動作不同。用奶瓶喂食的嬰兒，特別是在出生頭 30 天內，可能喂食沒有效率，即在母親的乳頭而非她的乳房。嬰兒可發展愛用奶瓶的偏好，那是最容易的喂食方法，因為奶瓶容易流奶。重要的是知道使用奶瓶而不用乳房喂奶，可導致較差的自我調節從而引致過度增重。¹

婦女嬰兒和兒童 (WIC) 的特別補充計劃提供了以下資料，即以客觀為焦點如何了解嬰兒在出生的第一個星期已飲用足夠的奶。⁷⁰ 重點包括：

- 追蹤體重的增加和用的尿片數量
- 理解嬰兒的糞便顏色可改變和一致性
- 留意嬰兒肚餓的提示

延遲引入互補食物或修改食物的質地和營養密度在以下情況下可能由此需要，情況包括，因醫療情況、不足月、多次進入醫院、出生時體重低、無法健康成長、神經肌肉發育延遲、身心被虐待、或長時間限制口頭喂食。在這些情境下，有做醫療管理和轉介做醫療營養治療的需要。除母乳或嬰兒奶粉外，應按嬰兒的發展和營養需要引入互補食物和液體。太早給嬰兒引入互補食物或在他們發展未就緒之前引入，可能使嬰兒因食物而噎到、損害他們的腸道、消耗不完母乳或嬰兒奶粉，可能增加額外的體重。^{63,71,72}

太遲或在嬰兒發展已就緒之後才引入互補食物，嬰兒會食物攝入不足、互補食物攝入不足，無法滿足他們的營養需求，從而影響成長和營養素情況，特別是鐵質。⁶² 此外，嬰兒可能發展負面的喂食行為，例如拒絕適合年齡的食物和質地、延遲獨立的飲食能力，和拒絕規律的進食時間。

根據準備就緒的發展提示，父母對提供適合年齡的食物質地和一致性會有信心。在約六個月時，當嬰兒一再顯示以下的能力時，已可為嬰兒引入補充食物：

- 在幾乎沒有或無須幫助下坐起
- 伸向和抓住物件放入口中
- 嚼或咬物件
- 湯匙放入口內時，合閉上下唇
- 將食物從口的前面轉到後面

表 5 根據健康嬰兒的發展階段，給予了適當的喂食建議。通過匹配嬰兒的發展和適當喂食方法，嬰兒和照護者可體驗到喂食是一項正面的家庭活動，大家均同樣的樂在其中。

表 5：根據發展階段和營養素需要給健康足月嬰兒照護者的餵食建議 1,52,66,72-75

發展階段	大略年齡	符合營養素需要之喂食建議
覓食反射逐漸減弱 吮吞液體 可用舌推出食物	出生至六個月	<p>喂什麼？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 完全以母乳餵養直至六個月大。在六個月之前，嬰兒的消化道可能未發育成熟。 ● 如不用母乳餵養或提供庫存他人母乳，可以用鐵質加富的嬰兒奶粉。 ● 此時不提供補充食物。 ● 不提供其他液體例如茶、果汁、維他命水或其他成人的飲料。在一些醫療需要的情況下，醫生可能建議給以水。 <p>如何喂？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在嬰兒顯示肚餓的早期信號時喂。每個嬰兒的肚餓信號均不同，但很多時候包括嬰兒持著雙手靠近口，發出吮吸聲音和皺起上下唇。留意哭泣是肚餓的後期信號。 ● 留意嬰兒飽肚的提示。在喂食時稍作停頓，因為嬰兒可能會溝通做出說明其是否想繼續喂食或停止的提示。飽肚提示很多時候包括嬰兒吮吸減慢或停止、雙手和雙臂放鬆，或從乳頭別過頭去或離開乳頭。 ● 在 24 個小時內，嬰兒要求母乳餵養至少有 10 次。並無最高限。
在有幫助下坐 穩定的持著頭 食物留在口中和吞下	六個月	<p>喂什麼？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續母乳餵養或提供存儲他人母乳或鐵質加富的嬰兒奶粉。母乳和嬰兒奶粉仍是主要的營養素來源。 ● 引入補充食物。留意過敏反應的信號，這可包括蕁麻疹、皮疹、咳嗽或喘息。 ● 可在存儲他人母乳或嬰兒奶粉中加入乾淨的鐵質加富的嬰兒麥片。 ● 經碎篩或成泥狀的肉、雞、雞蛋和煮熟的豆；可以餵碎豆腐。 ● 煮熟的蔬菜和軟的水果，可用碎篩處理成泥狀方式提供。 ● 無須加糖、豉油或鹽。 ● 雖然可給魚類，但不要喂大的攻擊性的魚類例如鯊魚或劍魚，

發展階段	大略年齡	符合營養素需要之喂食建議
		<p>因為這些大魚肉裡面可能累積有重金屬。</p> <p>如何喂？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 可在引入新的食物之後 3 天引入一種新的補充食物。先從一種材料的食物開始。給食物的次序並不重要，雖然建議先喂鐵質加富的食物然後是肉泥和鐵質加富的麥片。 ● 用湯匙喂。嬰兒應直坐並且有人監督。 ● 每天給 2 至 3 份小的餐膳，小吃隨意。 ● 開始用杯來餵擠出的母乳或奶粉。 ● 可用篩濾器、攪拌機或嬰兒研磨機來做嬰兒食物。 ● 不要將麥片或其他食物放入奶瓶口。 ● 不要強迫喂食或將喂食時間延長超過半小時。 ● 不要喂太多補充食物，例如一次不可以多過半杯互補食物。
<p>抓和握緊物件</p> <p>輕易坐起而無須幫助</p> <p>開始咀嚼</p> <p>在幫助下用杯</p> <p>手指食物可自助食用</p>	7 至 8 個月	<p>喂什麼？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續母乳餵養或用杯提供存儲他人母乳或鐵質加富的嬰兒奶粉。 ● 將不同的豆類磨成泥狀但是有塊的食物提供給嬰兒；逐漸提供成塊的食物。 ● 無須加糖，豉油或鹽。 <p>如何喂？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 每天提供 3 至 4 餐，和 1 至 2 次小吃。 ● 開始和家人一起吃飯。 ● 從提供軟的，容易吞的切成小片的食物，鼓勵嬰兒摸索自己進食。手指食物可包括軟的水果和蔬菜、軟芝士、無鹽的餅乾或小的玉米片、豆腐或烤麵包。 ● 自我進食也是掌握小肌肉能力的重要機會。 ● 避免可能引起噎到的食物（因為其形狀及／或稠度會導致卡在氣管的食物，例如整粒果仁、爆玉米、和全份或一片片的生的蔬菜）。 ● 不要強迫喂食或將喂食時間延長超過半小時。注意：在此年齡的飽肚提示包括姿勢的改變，緊閉口，分散注意力，玩或丟食具，雙手更活躍。 ● 在喂食時不要將嬰兒單獨留下。

發展階段	大略年齡	符合營養素需要之喂食建議
吃一口食物 自助吃手指食物 無須或只有少量幫助下可用杯子飲用	8 至 10 個月	喂什麼？ <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續母乳餵養或用杯提供存儲他人母乳或鐵質加富的嬰兒奶粉。 ● 提供切碎的軟的熟食。 ● 繼續提供不同的新食物和手指食物。 ● 無須加糖、豉油或鹽。 如何喂？ <ul style="list-style-type: none"> ● 提供軟的、嬰兒可咬的大小的補充食物供其自己進食，例如軟的芝士，無鹽餅乾或小塊的玉米餅，或烤麵包。 ● 繼續小心留意會噎到嬰兒的食物。
開始用匙自己進食	10 至 12 個月	喂什麼？ <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續母乳餵養或用杯提供存儲他人母乳或鐵質加富的嬰兒奶粉。 ● 提供切碎的和攪碎的肉，小的，可以一口咬的家庭也在吃的熟食或軟的食物。 ● 限制甜品和油膩的食物，因為嬰孩需要營養素密集的食物以滿足他們的營養需要。 ● 無須加糖、豉油和鹽。 如何喂？ <ul style="list-style-type: none"> ● 在家人一起進食的時間給嬰兒餵食，建立進餐時的交流。
無須幫助用匙 開始用叉	1 歲大	喂什麼？ <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續母乳餵養。 ● 繼續母乳餵養或在不早於一歲之前提供全脂牛奶。如嬰兒過重或家庭有肥胖症、血脂異常或心血管病的歷史，則建議用低脂牛奶而非全脂牛奶。 ● 無須加糖、豉油和鹽。 如何喂？ <ul style="list-style-type: none"> ● 每天提供 3-4 餐，和的小吃。 ● 如母乳餵養，用杯子提供所有其他飲品。 ● 如用奶瓶，完成從奶瓶至用杯子的過渡。 ● 繼續在家人進食期間給嬰兒餵食。

對食物敏感

對食物有不良反應的重要類型，包括食物過敏（過敏）和無法承受食物。食物過敏是一種對攝入的食物或食物添加劑的免疫反應。無法承受食物是對攝入食物或食物添加劑的異常生理反應，一般嚴重性較少。

食物過敏和無法承受食物可導致類似的徵狀。無法承受食物更多涉及像腸道氣體、腹痛或腹瀉等徵狀。食物過敏可導致腹瀉、嘔吐、咳嗽和喘息、呼吸徵狀、耳感染、腹痛、氣體、蕁麻疹、皮膚疹、和較少見的系統性反應（過敏性休克，無法茁壯成長）。食物過敏經常和消耗牛奶、全蛋（或蛋白）、麥、樹果仁、有鱈魚和貝類，以及像大豆和花生的豆員有關。⁷³ 對環境過敏原的反應可能混亂食物過敏或無法承受食物的診斷。

美國過敏、哮喘和免疫學學院(AAAAI) 建議可在喂食並可承受一些非過敏性的食物後引入高度過敏性的互補食物。⁷⁴ 建議向父母提供一些可能在攝入時發生或者之後發生過敏反應的顧問。即使照顧的夠好，如果嬰兒有持續的中等至嚴重的特應性皮膚炎，或兄弟姊妹有對果仁過敏，或如果嬰兒以前曾有過敏反應時，建議向一名免疫專家諮詢。⁷⁴ 照護者應停止給引起不良後應的食物，並應立即和他們的健康護理專業者諮詢。

應在第一年避免給蜂蜜，因為有肉毒中毒的可能，而肉毒中毒孢子會在嬰兒的糞便中會發芽。⁷⁶ 在第一年應避免茴香茶，因為有增加癲癇發作的風險。⁷⁷

嬰兒食物之可能污染體

雙酚 A (BPA)

在 2012 年，美國食物和藥物管理局禁止在嬰兒奶瓶和杯子中用 BPA。⁷⁸ 雖然科學證據各有不同，在喂食嬰兒時，建議避免 BPA 的膠製容器，或 BPA 的嬰兒喂食產品。^{79,80} 這包括不要用 BPA 膠製容器進行人奶加熱。

砷

引入各種鐵質加富的穀物，包括大麥米片和其他含鐵質豐富的食物作為第一種食物，對預防貧血症十分重要。嬰兒大麥米片中的無機砷，表明是嬰兒接觸砷的來源。無機砷可導致年幼時神經受影響，因而食物和藥物管理局（FDA）建議限制嬰兒大麥米片中的無機砷。FDA 的檢驗發現在市場大部份的嬰兒大麥米片的無機砷水平是可以接受的。⁸¹ 美國兒科協會建議嬰兒的餐膳中包括多種不同的穀類，包括大麥米片，達到良好的餐膳平衡。⁸²

嬰兒喂食中的其他液體

在六個月大之前，健康和用母乳餵養的嬰兒，無須補充性的液體¹（參看表 6）。用補充液體的母乳餵養幼少嬰兒，其攝取他人母乳的能力比只用母乳餵養的嬰兒較低，同時接受母乳餵養的時間更有可能更短。^{83,84}

可在嬰兒六個月大時開始用杯，這是提供補充液體時較好的喂食方法。

在嬰兒期時飲用加甜的飲品例如汽水、能量飲料、運動飲料、果汁和加味的水，與童年時齲齒和體重過重及肥胖症有關聯。⁸⁵⁻⁸⁷不應在嬰兒期飲用這些飲料。

表 6：嬰兒喂食時的飲品 ^{1,88}

飲品	在喂食時小心留意
水	<ul style="list-style-type: none"> ● 在出生的頭六個月內，健康的嬰兒無須在他們膳食中加入水。只用母乳餵養的嬰兒，可以從母乳中取得所需之水份，即使是在熱的、乾的或潮濕的天氣。用嬰兒奶粉喂食的嬰兒，無須額外的水，如準備奶粉適當的水即可。² ● 水和電解液的需要，可能在有些醫療情況例如嘔吐及／或腹瀉時會有增加。在此情況下，一名健康護理專業者應在醫療方面給嬰兒一些護理建議。人奶可以幫助防止在嘔吐和腹瀉時的口渴，而在嬰兒停止用「奶品」（即嬰兒奶粉、牛奶、芝士等）時，可以當做是「奶」。 ● 如給嬰兒過多的水或在準備嬰兒奶粉時過份稀釋時，可能發生低鈉血症和營養不足的情況。²
本草補品和茶	<ul style="list-style-type: none"> ● 不建議給嬰兒茶和本草補品，因為很少有研究證明本草補品的有效性和安全性，而有些情況下，它們被發現對嬰兒有害。^{89 90} ● 本草和其他茶之使用，可能顯示父母關注需要健康護理工作者處理的潛在情況。 ● 茶很多時候用於改善絞痛，但茶並未顯示可以幫助絞痛。⁹¹
果汁	<ul style="list-style-type: none"> ● 嬰兒無須飲果汁來滿足其營養需要。整個水果可以提供果汁無法提供的營養益處。飲太多果汁可導致體重過重，⁹³ 無法健康成長，以及童年早期齲齒。⁹⁴ ● 美國牙科協會或美國兒科協會不建議用奶瓶或吸飲杯飲果汁或加甜的飲品，因為會導致童年早期有齲齒。⁹⁵
牛奶或羊奶，巧克力，可可，咖啡，加糖飲品—包括果汁飲品，加糖混合飲料，或汽水	<ul style="list-style-type: none"> ● 這些都是不適宜提供給嬰兒的飲料。

母乳喂養之障礙

雖然人們十分認可母乳喂養的健康和心理好處，加州的母親和他們的家庭面對很多障礙，使開始或持續母乳餵養有困難。醫務部長號召支持母乳餵養的行動中討論了克服母乳喂養主要障礙所需之行動。婦女和家庭面對的常見之障礙包括：67-69,96-99

缺乏知識

- 雖然大部份的婦女都知道母乳喂養是嬰兒營養的健康來源，很多並未充份明白不作母乳喂養之風險。
- 當母乳喂養時，婦女可能不確定如何抱嬰兒以及嬰兒的位置應是怎樣、如何有效的扣住，以及舒適和有效進行母乳喂養所需的其他技巧。
- 很多婦女怕她們沒有「生足」的母乳，因而導致了母乳喂養信心的減少和母乳喂養的停止。了解嬰兒在出生頭幾天需要多少母乳，可減輕此種恐懼。
- 有些家庭缺少如何處理嬰兒行為的知識，包括但不限於經常母乳喂養之需要，不同的睡眠模式以及如何安撫嬰兒。
- 因為沒有「生足」的信息，特別是頭 30 天，婦女可能感到她們未能「生足」的母乳，或她們應引入奶嘴。在嬰兒頭 30 天的生命中引入奶瓶或奶嘴，會干擾母乳喂養的學習過程。

社會規範

廣泛接觸嬰兒奶粉的市場行銷以及其他母乳代用品，導致在美國用奶瓶喂養成為一種社會規範。不可信的網上資源亦可能導致母乳喂養被中途停止。

缺少或沒有「生足」的家庭和社會支持

婦女周圍如有朋友和家人成功進行了母乳喂養，更有可能亦選擇用母乳喂養。支持性的男性伴侶亦可以「生」正面的影響。沒有角色模範或無法進入母親對母親的支援團體，可導致母乳喂養中途停止。

「生」

雖然加州法律規定了對在公眾地方母乳喂養的保護，但在公眾場所母乳喂養並未充份地被接受。在公眾場所母乳喂養的母親仍然面對「生」的困擾。在加州，婦女有權在任何公眾場所母乳喂養，即使被要求停止，母親也無須離開該場所或停止喂養。

哺乳問題

- 乳房感染、不適當的扣準、疼痛和其他母乳喂養的問題，會導致婦女停止母乳喂養，除非她們有取得及時且專業的信息和協助。
- 當婦女沒有從她的健康護理專業者、兒科醫生或社區取得「生」的信息和支援的時候，哺乳問題是更大的障礙。
- 缺乏及時的干預，特別是在出院後的早期缺乏干預以避免因無效之母乳喂養而引起之更嚴重併發症（乳頭受損、「生」奶不足等）情況。

就業和托兒挑戰

- 雖然有加州母乳喂養方便法案(Cal. Labor Code § 1030, 1031, 1032, 1033)，但工作地點和社區缺少友好的母乳喂養環境的情況仍然存在。
- 僱主提供有限的有薪口假，及只提供不可變更的工作時間。
- 由於很多原因，例如無法徹底監察商業或僱主以及僱員對法律及申訴程序之認識，因而缺乏使母親有權短期休假進行母乳喂養或擠奶的法律的落實。
- 托兒工作者缺乏足夠的有關如何母乳喂養以及如何鼓勵和支持母親訓練和教育。

健康服務的政策和能力

- 醫院政策可能未有成功的支持開始進行母乳喂養，例如在生口後將母親和嬰兒分開、嬰兒奶粉的免費禮品、太早出院和未有在母乳喂養早期日子裡提供足夠的跟進。
- 健康護理工作者缺乏訓練，是母乳喂養婦女的一個重要障礙，因為很多健康護理工作者缺乏如何支持母乳喂養的母親和她們嬰兒的基本知識和臨床能力。
- 在加州，講不同語言、不同族裔和文化的的哺乳專家不足。
- 發展一個全州性統籌的、非牟利的并具經濟效益的母乳庫計劃需要更多財務支持。這些計劃在和奶粉公司競爭，後者向醫院免費或減價提供他們的口品。要求用庫存他人母乳來補充她們自身母乳不足的母親被拒，因為醫院和保險公司嘗試減低他們的成本。

處理母乳喂養障礙的行動

母乳喂養是一種正常的嬰兒喂養方法。加州持續引領支持母乳喂養的強力的實踐，但仍有差距，可以做的還有很多。表 7 包含美國醫務部長推薦的通過公共衛生行動以推廣最大化的母乳喂養的 20 個建議行動。

表 7：醫務部長的二十個改善母乳喂養的行動建議

1	給予嬰兒的母親進行母乳喂養所需之支持
2	制定計劃以教育嬰兒的父親和祖母有關母乳喂養知識
3	加強可以提供嬰兒的母親對母親的支援和同輩諮詢的計劃
4	使用社區機構推廣和支持母乳喂養
5	創立一個全國推廣母乳喂養的運動
6	確保行銷嬰兒奶粉的活動的開展方式最小化其對完全母乳喂養之負面影響
7	確保在美國各地母親護理實踐，均充份支持母乳喂養
8	開發系統以保證醫院和醫療機構之間的哺乳技術支持的連續性
9	為所有照顧婦女和兒童的健康專業工作者提供母乳喂養的教育和訓練
10	將母乳喂養的基本支持納入接生婦、口婦、家庭醫生、診療護士和兒科醫生的護理標準
11	確保國際檢定哺乳顧問委員會提供之服務的可使用性
12	識別和處理為體弱嬰兒提供更多可用安全的存儲捐贈他人母乳之障礙
13	推動為所有就業的母親設定有薪口假
14	確保僱主為他們的僱員建立并維持全面的，高質素的哺乳計劃
15	擴大使哺乳的母親可直接接進她們的嬰兒的計劃的使用
16	確保所有托兒工作者都能配合母乳喂養的母親和嬰兒之需要
17	增加對高質量的母乳喂養的研究的資助
18	加強現時并發展未來進行母乳喂養研究的能力
19	發展一個全國性的監察系統，增強對母乳喂養率，以及影響母乳喂養之政策和環境因素的追蹤
20	增強國家在推廣和支持母乳喂養方面的領導力

除醫務部長建議的處理母乳喂養障礙的行動外，還需要在加州培養不同族裔和文化團體的哺乳專家，以提供母乳喂養的專業知識和情緒及心理的支持。此外，需要一個全州性統籌的有經濟效益的存儲他人母乳計劃，以處理對存儲他人母乳之需求的增加。

母乳喂養是一種正常喂養嬰兒的方法。鼓勵來自醫療設施、工作地點、托兒及學校的健康護理專業者和職員推廣和支持母乳喂養，而這正是正常的喂養嬰兒方法。

資源網頁

Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) [母乳喂養醫藥學會]

<http://www.bfmed.org>

American Academy of Pediatrics (AAP) [美國兒科學會]

<http://www.aap.org>

California Department of Public Health [加州公共衛生部]

Breastfeeding and Healthy Living Webpage [母乳喂養和健康生活網頁]

<http://cdph.ca.gov/breastfeeding>

California Department of Public Health [加州公共衛生部]

Women, Infants and Children Program [婦女嬰孩和兒童計劃]

<http://www.cdph.ca.gov/programs/wicworks/Pages/default.aspx/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [疾病控防中心]

<http://www.cdc.gov/breastfeeding/>

Department of Health Care Services [健康護理服務部]

Systems of Care Division [護理系統科]

<http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/SCD.aspx>

Health Resources and Services Administration Information Center [健康資源和服務管理資訊中心]

Department of Health and Human Services [健康和公眾服務部]

Maternal and Child Health Bureau [母親和兒童健康局]

<http://mchb.hrsa.gov/>

Human Milk Banking Association of North America, Inc. [北美人奶存儲協會]

<http://www.hmbana.org/>

International Lactation Consultant Association [國際哺乳顧問協會]

<http://www.ilca.org/>

La Leche League USA

<http://www.lllusa.org/>

Office of the Surgeon General [醫務部長辦事處]

<http://www.surgeongeneral.gov>

Office on Women's Health [婦女健康辦事處]

<http://womenshealth.gov>

United States Breastfeeding Committee (USBC) [美國母乳喂養委員會]

<http://www.usbreastfeeding.org/>

United States Department of Agriculture [美國農業部]

Women, Infants and Children [婦女, 嬰孩和兒童]

<http://www.fns.usda.gov/wic/breastfeeding-promotion-and-support-wic>

2016 版本評審

Linda Andrews, RD, MHA, Ed.D, CLE

營養教育統籌

公共衛生基金會企業 WIC 計劃

Gini Baker, RN, MPH, IBCLC, FILCA

計劃主任：加州大學聖地牙哥分校校外課程哺乳計劃

Cherryl Bell, MS, RDN, CLE

公共衛生營養師 III(專家)

婦女, 嬰孩和兒童計劃, 家庭健康中心

加州公共衛生部

Linda L. Cowling, MPH, RD

公共衛生營養師 III(專家)

營養教育和防止肥胖症科

加州公共衛生部

Susan Crowe, MD, FACOG

ACOG District IX 母乳乳嬰聯絡人

臨床婦科副教授

史丹福大學醫學院

Katie Duberg, CLEC

義工

BreastfeedLA

Laura Osborne, MPA, RDN, IBCLC

公共衛生營養顧問 III(專家)

婦女, 嬰孩和兒童計劃, 家庭健康中心

加州公共衛生部

Jeanette Panchula, RN, IBCLC, BSW

Karen Ramstrom, DO, MSPH

公共衛生政策顧問

家庭健康中心

加州公共衛生部

Dayna Ravalin, RD, CLE, CDE

公共衛生營養師

San Luis Obispo 縣

Carina Saraiva, MPH

研究科學家

婦女，嬰孩和兒童計劃，家庭健康中心

加州公共衛生部

Wendy Slusser, MD, MS, FAAP

助理教務長

加州大學洛杉磯分校健康校園計劃

HS 臨床教授

加州大學洛杉磯分校醫療和公共衛生學院

Denise Sofka, M.P.H., R.D.

母親和孩子健康局

健康資源和服務管理

Donna Vaughan, MS, RD, IBCLC

公共衛生營養師 III(專家)

護理系統科

加州公共衛生部

參考資料

1. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841.
2. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P. Promoting Healthy Nutrition *Bright Futures Guidelines For Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 2008:121-145.
3. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. Committee Opinion No. 658. American College Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and gynecology*. 2016;Feb;127(2)(e86-92).
4. Leawood KS. Breastfeeding, Family Physicians Supporting. *American Academy of Family Physicians* 2008.
5. Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2015;44(1):145-150.
6. James DC, Lessen R, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(11):1926-1942.
7. U.S. Department of Health & Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. 2011; <http://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactontosupportbreastfeeding.pdf>. Accessed April 25, 2016.
8. A Call to Action on Breastfeeding: A Fundamental Public Health Issue. *American Public Health Association*. 2007;200714.
9. World Health Organization, UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization; 2003.
10. United States Breastfeeding Committee. *Statement on Exclusive Breastfeeding*. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2015.
11. Walker A. Breast Milk As The Gold Standard For Protective Nutrients. *Journal of Pediatrics*. 2010;156(2):S3-S7.
12. Verduci E, Banderali G, Barberi S, et al. Epigenetic Effects of Human Breast Milk. *Nutrients*. 2014;6(4):1711-1724.
13. Salazar N, Arboleya S, Valdés L, et al. The Human Intestinal Microbiome At Extreme Ages of Life. Dietary Intervention As A Way to Counteract Alterations. *Frontiers In Genetics*. 2014;5.
14. Singhal A. The Global Epidemic of Noncommunicable Disease: The Role of Early-Life Factors. 2014.

15. Horta BL, Victora CG. Long-Term Effects of Breastfeeding-A Systematic Review. 2013.
16. Salone LR, Vann WF, Dee DL. Breastfeeding: An Overview of Oral and General Health Benefits. *The Journal of the American Dental Association*. 2013;144(2):143-151.
17. Jackson S, Mathews KH, Pulanić D, et al. Risk Factors for Severe Acute Lower Respiratory Infections in Children–A Systematic Review and Meta-Analysis. *Croatian Medical Journal*. 2013;54(2):110-121.
18. Abrahams SW, Labbok MH. Breastfeeding and Otitis Media: A Review of Recent Evidence. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2011;11(6):508-512.
19. Young J, Watson K, Ellis L, Raven L. Responding to Evidence: Breastfeed Baby if You Can-The Sixth Public Health Recommendation to Reduce the Risk of Sudden and Unexpected Death in Infancy. *Breastfeeding Review*. 2012;20(1):7.
20. Pereira PF, Alfenas RdCG, Araújo RMA. Does Breastfeeding Influence The Risk of Developing Diabetes Mellitus In Children? A Review of Current Evidence. *Jornal de Pediatria*. 2014;90(1):7-15.
21. Gouveri E, Papanas N, I Hatzitolios A, Maltezos E. Breastfeeding and Diabetes. *Current Diabetes Reviews*. 2011;7(2):135-142.
22. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A Summary of The Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding In Developed Countries. *Breastfeeding Medicine*. 2009;4(S1):S-17-S-30.
23. Strina A, Barreto ML, Cooper PJ, Rodrigues LC. Risk Factors for Non-Atopic Asthma/Wheeze In Children and Adolescents: A Systematic Review. *Emerging Themes In Epidemiology*. 2014;11(5).
24. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and Intelligence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta paediatrica*. 2015.
25. Underwood MA. Human Milk for The Premature Infant. *Pediatric clinics of North America*. 2013;60(1):189-207.
26. Slusser W. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *AAP Grand Rounds*. 2007;18(2):15-16.
27. Mårild S, Hansson S, Jodal U, Oden A, Svedberg K. Protective Effect of Breastfeeding Against Urinary Tract Infection. *Acta Paediatrica*. 2004;93(2):164-167.
28. Bronsnick T, Murzaku EC, Rao BK. Diet In Dermatology: Part I. Atopic Dermatitis, Acne, and Nonmelanoma Skin Cancer. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;71(6).

29. Neville C, McKinley M, Holmes V, Spence D, Woodside J. The Relationship Between Breastfeeding and Postpartum Weight Change—A Systematic Review and Critical Evaluation. *International Journal of Obesity*. 2014;38(4):577-590.
30. Li D-P, Du C, Zhang Z-M, et al. Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk: a Systematic Review and Meta-analysis of 40 Epidemiological Studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2013;15(12):4829-4837.
31. Franca-Botelho ADC, Ferreira MC, Franca JL, Franca EL, Honorio-Franca AC. Breastfeeding and Its Relationship with Reduction of Breast Cancer: A Review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(11):5327-5332.
32. Anatolitou F. Human Milk Benefits and Breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*. 2012;1(1):11-18.
33. Bartick M, Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1048-e1056.
34. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. *National Institute of Health*.
35. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2014;114(2):168-173.
36. Primo CC, Ruela PBF, Brotto LDdA, Garcia TR, Lima EdF. Effects of Maternal Nicotine on Breastfeeding Infants. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013;31(3):392-397.
37. Dorea JG. Maternal Smoking and Infant Feeding: Breastfeeding is Better and Safer. *Maternal and child health journal*. 2007;11(3):287-291.
38. Hill M, Reed K. Pregnancy, Breast-feeding, and Marijuana: A Review Article. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2013;68(10):710-718.
39. Jaques S, Kingsbury A, Henshcke P, et al. Cannabis, The Pregnant Woman and Her Child: Weeding Out The Myths. *Journal of Perinatology*. 2014;34(6):417-424.
40. Maternal, Infant, and Child Health. *Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services, HealthyPeople 2020*. 2011.

41. Bhatia J, Greer F. Use of Soy Protein-Based Formulas in Infant Feeding. *Pediatrics*. 2008;121(5):1062-1068.
42. Baker RD, Greer FR, Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 years of age). *Pediatrics*. 2010;126(5):1040-1050.
43. O'Connor NR. Infant Formula. *American family physician*. 2009;79(7):565-570.
44. Ghisolfi J, Roberfroid M, Rigo J, Moro G, Polanco I. Infant Formula Supplemented with Probiotics or Prebiotics: Never, Now, or Someday? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2002;35(4):467-468.
45. Zupancic J. Probiotic Use in Neonates. *Nursing for women's health*. 2009;13(1):59-64.
46. Braegger C, Chmielewska A, Decsi T, et al. Supplementation of Infant Formula with Probiotics and/or Prebiotics: A Systematic Review and Comment by The ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2011;52(2):238-250.
47. Davis-Bruno K, Tassinari MS. Essential Fatty Acid Supplementation of DHA and ARA and Effects on Neurodevelopment Across Animal Species: A Review of the Literature. *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology*. 2011;92(3):240-250.
48. Heaton AE, Meldrum SJ, Foster JK, Prescott SL, Simmer K. Does Docosahexaenoic Acid Supplementation in Term Infants Enhance Neurocognitive Functioning in Infancy? *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013;7.
49. Qawasmi A, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Bloch MH. Meta-Analysis of Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acid Supplementation of Formula and Infant Cognition. *Pediatrics*. 2012;129(6):1141-1149.
50. Kalyantanda G, Shumyak L, Archibald LK. Cronobacter Species Contamination of Powdered Infant Formula and the Implications for Neonatal Health. *Frontiers in Pediatrics*. 2015;3:56.
51. Infant Food and Feeding. *American Academy of Pediatrics* 2016; <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/Age-Specific-Content/Pages/Infant-Food-and-Feeding.aspx#none>. Accessed September 14, 2016.

52. United States Department of Agriculture. Infant Nutrition and Feeding: A Guide for Use in the WIC and CSF Programs, 2009. <https://wicworks.fns.usda.gov/infants/infant-feeding-guide> Accessed November 29 2016.
53. Panel on Micronutrients, Subcommittees on Upper Reference Levels of Nutrients and of Interpretation and Use of Dietary Reference Intakes, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* 2001.
54. Panel on Dietary Reference Intakes for Electrolytes and Water, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate*. 2005.
55. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin and Choline. Elsevier; 2000.
56. Mosen ER. Dietary Reference Intakes for The Antioxidant Nutrients: Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000;100(6):637-640.
57. Young VR. Dietary Reference Intakes: For Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride. National Academies Press 1997.
58. Del Valle HB, Yaktine AL, Taylor CL, Ross AC. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. National Academies Press; 2011.
59. Ketha H, Wadams H, Lteif A, Singh RJ. Iatrogenic Vitamin D Toxicity in An Infant–A Case Report and Review of Literature. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2015;148:14-18.
60. American Academy of Pediatrics. Vitamin D Supplementation for Infants. March 22, 2010:<https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/Vitamin-D-Supplementation-for-Infants.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR:+No+local+token>. Accessed September 15, 2016.
61. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for A Healthy Pregnancy Outcome. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008;108(3):553-561.

62. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. 2009.
63. Perkin MR, Logan K, Tseng A, et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(18):1733-1743.
64. Turati F, Bertuccio P. Early weaning is beneficial to prevent atopic dermatitis occurrence in young children. *Allergy European Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2016;71(6):878-888.
65. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Data Base of Systemic Reviews*. 2016;8.
66. Satter E. *How to Get Your Kid to Eat: But Not Too Much*. Bull Publishing Company; 2012.
67. Teich AS, Barnett J, Bonuck K. Women's Perceptions of Breastfeeding Barriers in Early Postpartum Period: A Qualitative Analysis Nested in Two Randomized Controlled Trials. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(1):9-15.
68. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying Nipple Confusion. *Journal of Perinatology*. 2015.
69. Buccini GdS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. *Journal of Human Lactation*. 2015.
70. California Department of Public Health. *A Guide to Breastfeeding. Women, Infant & Children Program*, 2015.
71. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children. *Pediatrics*. 2011;127(3):e544-e551.
72. Young BE, Krebs NF. Complementary Feeding: Critical Considerations to Optimize Growth, Nutrition, and Feeding Behavior. *Current Pediatrics Reports*. 2013;1(4):247-256.
73. Butte N, Cobb K, Dwyer J, Graney L, Heird W, Rickard K. The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004;104(3):442-454.
74. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional Interventions. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2013;1(1):29-36.
75. Daniels SR, Greer FR. Lipid Screening and Cardiovascular Health in Childhood. *Pediatrics*. 2008;122(1):198-208.

76. Godart V, Dan B, Mascart G, Fikri Y, Dierick K, Lepage P. Infant Botulism After Honey Exposure. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. 2014;21(6):628-631.
77. Perret C, Tabin R, Marcoz J, Llor J, Cheseaux J. Apparent Life-Threatening Event in Infants: Think About Star Anise Intoxication. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de La Societe Francaise de Pediatrie*. 2011;18(7):750-753.
78. Tavernise S. F.D.A. Makes It Official: BPA Can't Be Used in Baby Bottles and Cups. *The New York Times*. July 17, 2012.
79. Tyl RW. Abbreviated Assessment of Bisphenol A Toxicology Literature. Paper presented at: Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2014.
80. Braun JM, Hauser R. Bisphenol A and Children's Health. *Current Opinion in Pediatrics* 2011;23(2):233-239.
81. US Food & Drug Administration, Arsenic in Rice and Rice Products. http://www.fda.gov/Food/FoodborneIllnessContaminants/Metals/ucm319870.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery. Accessed June 2, 2016.
82. American Academy of Pediatrics. AAP Group Offers Advice to Reduce Infants' Exposure to Arsenic in Rice. *AAP News*. 2014;35(11):13-13.
83. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling their Intention to Exclusively Breastfeed. *American journal of public health*. 2009;99(5):929.
84. Parry JE, Ip DK, Chau PY, Wu KM, Tarrant M. Predictors and Consequences of In-Hospital Formula Supplementation for Healthy Breastfeeding Newborns. *Journal of Human Lactation*. 2013;29(4):527-536.
85. Park S, Lin M, Onufrak S, Li R. Association of Sugar-Sweetened Beverage Intake During Infancy with Dental Caries in 6-year-olds. *Clinical Nutrition Research*. 2015;4(1):9-17.
86. Pan L, Li R, Park S, Galuska DA, Sherry B, Freedman DS. A Longitudinal Analysis of Sugar-Sweetened Beverage Intake in Infancy and Obesity at 6 years. *Pediatrics*. 2014;134(Supplement 1):S29-S35.
87. Hu F. Resolved: There is Sufficient Scientific Evidence That Decreasing Sugar-Sweetened Beverage Consumption Will Reduce the Prevalence of Obesity and Obesity-Related Diseases. *Obesity Reviews*. 2013;14(8):606-619.

88. Stephens MB, Keville MP, Hathaway NE, Kendall SK. Clinical Inquiries. When is it OK for Children to Start Drinking Fruit Juice? *The Journal of family practice*. 2009;58(9):E3.
89. Chavez ML. With Resurgence In Use of Herbal Remedies, Unanswered Questions Take on Greater Urgency. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, DC: 1996)*. 2000;40(3):349.
90. Ize-Ludlow D, Ragone S, Bruck IS, Bernstein JN, Duchowny M, Peña BMG. Neurotoxicities in Infants Seen with the Consumption of Star Anise Tea. *Pediatrics*. 2004;114(5):e653-e656.
91. Johnson J, Cocker K, Chang E. Infantile Colic: Recognition and Treatment. *American family physician*. 2015;92(7).
92. Sonnevile KR, Long MW, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Gillman MW, Taveras EM. Juice and Water Intake in Infancy and Later Beverage Intake and Adiposity: Could Juice Be a Gateway Drink? *Obesity*. 2015;23(1):170-176.
93. Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Excess Fruit Juice Consumption By Preschool-Aged Children is Associated with Short Stature and Obesity. *Pediatrics*. 1997;99(1):15-22.
94. Baker S, Cochran W, Greer F, et al. The Use and Misuse of Fruit Juice in Pediatrics. *Pediatrics*. 2001;107(5):1210-1213.
95. American Academy of Pedodontics, American Academy of Pediatrics. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 2008;30(7):40.
96. Hedberg IC. Barriers to Breastfeeding in the WIC Population. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2012;38(4):244-249.
97. Dobson B, Murtaugh MA. Position of the American Dietetic Association: Breaking the Barriers to Breastfeeding. *Journal of American Dietetic Association* 2001;101(10):1213-1220.
98. Ware JL, Webb L, Levy M. Barriers to Breastfeeding in the African American Population of Shelby County, Tennessee. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(8):385-392.
99. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. *Office of the Surgeon General* 2011.