

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Louise Cederholm-Hagman, (louce1), Barnmorska

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-22

Giltig till: 2028-09-30

Bröstinfektion (infektiös mastit)

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

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 svår-läkta sår eller sprickor i anamnesen.

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 kroppstemperatur är vanligt. Sår finns oftast på bröstvårtan eller i anamnesen. Uppträder sällan före 10 dagar. Ingen förbättring sker trots insatta omvårdnadsåtgärder.

Arbetsbeskrivning

Inläggning behövs sällan utan kan skötas polikliniskt.

Symtom, kliniska fynd

(Ett eller flera kan förekomma)

- Kroppstemperatur mellan 38,4 och 41,0 grader.

- Allmän sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytningar.
- Lokal smärta/ömheter 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 post partum.
- Klämd eller snedsugen bröstvårta efter amningstillfällena.
- *Bakterier i mjölken är vanligt, men falskt negativa odlingssvar 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.
- Om smärtupplevelse – skatta med hjälp av VAS-skalan.
- 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 avslappnande och smärtlindrande syfte.
- Vid sår och sprickor på bröstvårtan, åtgärda såren och uppmuntra god handhygien, se även styrdokument Sårig bröstvårta.

Medicinsk åtgärd och läkemedelsbehandling

- Odla vid misstanke på bakterier, om sår odla även för MRSA, se även styrdokument [Multiresistenta bakterier \(MRB\) vid kvinnosjukvård och mödravård – screening](#).
- All medicinsk behandling bör föregås av amningsobservation om möjligt.
- Vid behov, smärtstillande läkemedel.

Förstahandspreparat

Tablett Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1 200 mg/dygn, engångsdoser över 400 mg har inte påvisats ge ytterligare analgetisk effekt, viktigt med jämnfördelning över dygnet.

Ges med fördel i kombination med tablett Paracetamol 1 g x 4, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast tablett Paracetamol.

Vid bakterieinfektion

Angående dosering av antibiotika

Antibiotika ges utefter odlingssvar.

Vid *Stafylococcus aureus*; tablett Flukloxacillin 1 000 mg, 1 x 3 ges upp till 8 veckor postpartum. Därefter kan dosen sänkas till 750 mg, 1 x 3.

Vid *Streptokocker* grupp A och B; tablett Fenoximetylpenicillin 1 000 mg, 1 x 3.

Vid *blandinfektioner med Stafylococcus aureus och Streptokocker* grupp A och B rekommenderas i första hand tablett Flukloxacillin, dosering som ovan.

Vid *svåra blandinfektioner* kan kombination av Flukloxacillin och Fenoximetylpenicillin, alternativt Klindamycin ges. Om även svamp konstateras ges även tillägg med Flukonazol.

Vid *överkänslighet mot penicillin* och om barnet är fullgånget ges Klindamycin 150 mg, 1 x 3. Vid kraftig övervikt hos mamman ges 300 mg, 1 x 3. På grund av att enstaka blodiga avföringar har rapporterats hos barn, bör föräldrarna upplysas om att nytillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotikabehandling till mamman, kan vara en biverkan och bör föranleda kontakt med sjukvården.

Durationen av behandlingen är vanligen cirka 10 dagar men kan behöva förlängas vid svåra infektioner.

Generellt vid läkemedelsbehandling – torka av bröstet med bröstmjolk 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.

Uppföljning

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

Fler styrdokument om amningskomplikationer

- [Sårig bröstvärta och amning – omvårdnad](#)
- [Smärtor i bröstet och amning – omvårdnad](#)
- [Mjölkstas – omvårdnad](#)
- [Bröstinflammation \(inflammatorisk mastit\)](#)
- [Bröstabscess postpartum](#)

Arbetsgrupp

Anna Fossen och Louise Cederholm-Hagman.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Louise Cederholm-Hagman, (louce1),
Barnmorska

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-85

Version: 8.0

Giltig från: 2026-09-22

Giltig till: 2028-09-30