

孕產婦的心理健康

林煜軒^{1,2} 莊海華^{3,4} 羅良明^{3,5} 邱弘毅^{1,6,*}

前言：心理健康問題在孕產婦中相當常見

女性從懷孕到生產，生理上經歷了包括荷爾蒙在內、幾乎涉及各器官系統的劇烈變化。而產後因為新生兒照護需求而帶來家庭角色、工作調整、與生活型態等層面的大幅改變，在國內仍大部分由媽媽首當其衝。大約70%婦女在產後數天會經驗「產後情緒低落」（baby blue）。「產後情緒低落」和「產後憂鬱症」（postpartum depression）雖然類似，都有焦慮與憂鬱症狀，但仍在精神病理上有差異，且具截然不同的公共衛生意義。「產後情緒低落」大約在產後2到5天達到情緒最低點，通常產後2週會完全緩解；而「產後憂鬱症」則是更嚴重的情緒疾病，通常在產後一個月症狀較嚴重，比起產後情緒低落更常有興趣喪失（anhedonia）、罪惡感、睡眠障礙等症狀，甚至有潛在的自殺與殺嬰的危險性[1]。

產後的情緒障礙最常見於第一胎產後。除了「產後情緒低落」、「產後憂鬱症」，還可能有更嚴重的「產後精神病」（postpartum psychosis）。而這三種心理健康問題如同一條從輕到重的疾病連續光譜。每1,000名產後婦女就有1至3例的「產後精神病」（postpartum psychosis），有點類似

非常嚴重產後憂鬱症的一種形式；因為其比例不低的自殺（5%）及殺嬰（4%）風險，屬於需高度關注的精神科急症[1]。

約50%的「產後憂鬱症」實際上在產前就已經發生，因此目前精神醫學界已把產後憂鬱症稱為「分娩前後憂鬱症」（peripartum depression）。研究也顯示在孕期的焦慮、憂鬱症狀，和產後情緒低落一樣，會增加產後憂鬱症的風險。此外，若懷孕中憂鬱沒有治療，產後憂鬱的風險增加7倍。因此，早期篩檢出疑似個案、並給予足夠支持及適當治療，對於「分娩前後憂鬱症」的防治是相當重要的公衛議題。

產後情緒檢測可減少產後憂鬱症

產後媽媽常見睡眠障礙、容易疲倦、胃口不好等類似憂鬱症的症狀，因此需要更加留心去做細緻的辨別。評估睡眠時，可以詢問「寶寶睡覺的時候，妳也可以睡得著嗎？」詢問疲倦的症狀時可以問「休息過後還是會覺得疲倦嗎？」而食慾則可詢問「有沒有什麼想吃的東西？」這都和評估一般憂鬱症的篩檢方式不同[2]。台灣目前許多醫療院所、月子中心都有採用具中文信效度的愛丁堡產後憂鬱量表（Edinburgh Postnatal Depression Scale）讓產後媽媽自我評估[3]。愛丁堡產後憂鬱量表，是以10題每題自評0-3分的問題，詢問過去7天內的精神狀態，總分為0-30分，如果總分超過13分，則代表極可能有產後憂鬱症，需要轉介、照會婦女身心健康專業的精神科醫師、婦產科醫師、進一步評估與處理。

英國國家健康與照顧卓越研究院（The National Institute for Health and Care Excellence, NICE 新版孕婦健康手冊建議：

¹ 國家衛生研究院群體健康科學研究所

² 國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

³ 長庚大學醫學院

⁴ 台北長庚紀念醫院家庭醫學部

⁵ 台北長庚紀念醫院婦產科

⁶ 台北醫學大學應用流行病學碩士學位學程

* 通訊作者：邱弘毅

地址：苗栗縣竹南鎮科研路35號

DOI:10.6288/TJPH.202110_40(5).PF05



產後媽媽及其家人可多透過兩個憂鬱的核心症狀進行篩檢，詢問過去一個月內是否(1)憂鬱或未來沒有希望？、或(2)失去興趣？也可用更生活化的方式詢問：「還可以帶小孩嗎？」、「會跟著小baby笑嗎？」藉此評估是否失去興趣以及憂鬱。母親的身心健康，對於自己或新生兒、都是非常重要的[3]。

美國近年實施產後憂鬱篩檢後，產後憂鬱症減少了約25%。雖然美國至今每9位生產後的婦女，仍有1位罹患產後憂鬱症而需要醫療人員繼續關注，但經驗已證實區分「產後情緒低落」與「產後憂鬱症」的重要性——即早篩檢、預防，確實可以降低產後憂鬱症[4]。

產後憂鬱症的篩檢，不只需要有經驗的婦產及精神醫療專業，還必須整合產婦照護體系的許多環節。例如診斷產後憂鬱症需要抽血檢查甲狀腺素與血紅素，因為甲狀腺功能低下與貧血也會有類似產後憂鬱症的情緒症狀。而產後精神病也應先排除可能的身體疾病：甲狀腺低下、庫欣氏症、或藥物引起的精神症狀。

孕期精神科的用藥需要更多科學實證及 臨床考量

孕期用藥的益處與風險應確實評估

半數的產後憂鬱症早在孕期即出現症狀；且孕期的憂鬱、焦慮、恐慌發作等情緒問題，也會增加產後憂鬱的風險。然而，常用的抗憂鬱藥，在傳統的懷孕用藥安全性分級中，大多屬於「醫師審慎評估優缺點後才能使用」的C級用藥；而睡眠障礙、急性焦慮、及恐慌發作常使用的鎮靜安眠藥，則大多屬於「應急可用」的D級用藥。

「懷孕期間有憂鬱症，可以用藥嗎？」成為一項難題。懷孕期間最大發生憂鬱的危險因子就是過去曾有憂鬱病史，其次為憂鬱或是躁鬱症家族史、單親媽媽、抽菸與低收入。若為輕度憂鬱，一般先建議觀察、以適度運動等非藥物治療的方式調整；若2週未改善，可以採取認知行為治療、和人際取

向心理治療；若再8週仍未改善，則需考慮藥物治療。影響日常生活功能、過去有嚴重憂鬱病史、之前用抗憂鬱藥反應良好、或自殺風險高的話，可考慮提早用藥。嚴重憂鬱時，建議直接使用抗憂鬱藥。

抗憂鬱藥對胎兒的影響，可能與孕婦本身疾病較有關

過去認為服用抗憂鬱藥對胎兒未來身心健康、神經發展問題，其實可能與孕婦本身的疾病較有關，而非抗憂鬱藥物不安全的影響。最新的系統性回顧[5]指出：關於服用抗憂鬱劑孕婦與胎兒健康的論文，大部分呈現抗憂鬱劑會影響胎兒的研究，如果控制干擾因素後，抗憂鬱劑的影響則不顯著。由此可知孕婦的健康狀態，例如精神科疾病，或是氣喘、癌症、癲癇，可能是真正影響胎兒健康的主要原因，而非抗憂鬱藥物。此外，有些研究也可以從孕婦是否持續服用藥物的對照，來證實胎兒健康狀態是由孕婦的疾病或是抗憂鬱藥所引起的。這些結論也告訴後續的研究人員：未來如果要釐清孕婦服用抗憂鬱藥對胎兒的影響，不是需要更大的樣本數來證實，而是能夠控制可能的干擾因子。

不同種類的抗憂鬱藥，可能造成風險的程度也不同

一項美國的大型研究[6]也證實：選擇性血清素再回收抑制劑（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors）類型的抗憂鬱藥雖然會增加胎兒先天異常，特別是先天性心臟病的風險；但是校正孕婦原本疾病的影響後，這些風險就降低了許多。也就是孕婦服用SSRI藥物造成胎兒先天異常的風險，可能源自孕婦原本的疾病。

在這項大型研究指出：百憂解（fluoxetine）與胎兒異常肺靜脈回流（anomalous pulmonary venous return）的風險比（adjusted odds ratios, aORs）是2.56（95%CI: 1.10-5.93）；校正原本疾病影響後的風險比降為1.89（0.56-

6.42)。然而，血清素-正腎上腺素再回收抑制劑（Serotonin norepinephrine Reuptake Inhibitors）類型的抗憂鬱藥venlafaxine則會增加胎兒先天異常的風險，在校正孕婦原本疾病的影響後，則依然存在。如venlafaxine與無腦症（anencephaly）或顱骨脊椎裂畸形（craniorachischisis）的風險比5.11（1.29-20.24）在校正孕婦原本疾病後，反而更高9.14（1.91-43.83）。

上述兩項重要研究的結論，再次指出懷孕精神科用藥的安全性不但重要、且尚須更多科學證據探討。台灣可利用健保資料庫等具有完整健康紀錄的大型世代追蹤，釐清藥物對孕婦與胎兒的影響、並且分析不同藥物安全性的差異。

政策建言：孕產婦的心理康需要 跨專業及多面向的防治

孕期長達九個多月，養育幼兒耗時數年；尚不論現在許多父母為了順利迎接新生命、還需要花費龐大的金錢和時間來準備。素質高、人數夠的新世代是維持社會及經濟運作的必要條件，然而，我國人口急速老化、出生率持續低靡，少子化已成國安問題。無論如何鼓勵或勸說，如果成為媽媽後的「變色人生」讓年輕女性望之卻步，則提升生育率有如緣木求魚。

台灣社會的變遷，如離婚率的增加、雙薪家庭的普及、新住民帶來更多元語言與文化的家庭，使孕產婦的心理康有更多的挑戰。然而，家庭支持仍然是孕產婦心理康最重要的一環。此外，台灣在2019年實施同婚專法（《司法院釋字第748號解釋施行法》），已經有為數不少的多元家庭，更廣

義的孕產婦心理康，以及所有迎接新生命的家庭同時需要關注的心理康，都需要國家政策與健康照護系統有更多的投入來因應。

孕產婦的心理康絕非只是媽媽本人、產科醫師、或精神科醫師的責任。整個國家政策、社會氛圍、健康照護系統、和家庭成員等，對於孕產婦心理康的認知都應該提升。就如同其他精神健康議題，「分娩前後憂鬱症」從預防、篩檢、治療、到復健，需要的不會是一個點、而是綿密的衛生網絡。希望透過本篇文章，幫助我國孕產婦心理康的照護更臻完善。

參考文獻

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5). 5th ed., Arlington, VA: APA, 2013.
2. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2018;**4**:18022. doi:10.1038/nrdp.2018.22.
3. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2016;**375**:2177-86. doi:10.1056/NEJMcp1607649.
4. Anonymous. Decline in postpartum depression. *JAMA* 2017;**317**:1207. doi:10.1001/jama.2017.2008.
5. Rommel AS, Bergink V, Liu X, Munk-Olsen T, Molenaar NM. Long-term effects of intrauterine exposure to antidepressants on physical, neurodevelopmental, and psychiatric outcomes: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2020;**81**:19r12965. doi:10.4088/JCP.19r12965.
6. Anderson KN, Lind JN, Simeone RM, et al. Maternal use of specific antidepressant medications during early pregnancy and the risk of selected birth defects. *JAMA Psychiatry* 2020;**77**:1246-55. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2453.