

妊娠合并精神障碍 48 例临床分析

郭佩玲 张媛 戴丽珍 侯红瑛

【摘要】 目的 探讨妊娠合并精神障碍患者的临床特点及处理策略。**方法** 收集 48 例妊娠合并精神障碍患者的临床资料，分析其发病年龄、孕次、孕周、终止妊娠方式及妊娠结局。**结果** 48 例妊娠合并精神障碍患者年龄集中于 20 ~ 34 岁(85%)，尤其 23 ~ 30 岁(63%)。初产妇(77%)比经产妇(23%)多见，且初次妊娠者(60%)多于再次妊娠者(40%)。住院患者孕周呈两极分布，以妊娠早期(尤其≤10 周，占 35%)及妊娠晚期(尤其≥37 周，占 38%)为主。48% 患者的精神症状发作于妊娠早期。放弃妊娠 29 例、阴道分娩 3 例、剖宫产 16 例；共分娩新生儿 19 例，体质量 2.5 ~ 4.3 kg，新生儿阿普加评分 1 min 8 ~ 10 分、5 min 均 10 分，仅 1 例为早产儿。**结论** 产科医师应加强对妊娠合并精神障碍患者妊娠期及围生期处理的认识与关注，尤其注意年龄 20 ~ 34 岁、初次妊娠者的心理变化，及时发现异常，协同精神心理科医师积极处理，个体化选择终止妊娠方式，可取得较好的母胎结局。

【关键词】 精神障碍；妊娠；母胎结局

Clinical analysis of 48 pregnant women complicated with mental disorder Guo Peiling, Zhang Yuan, Dai Lizhen, Hou Hongying. *Obstetric Department, the Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China*

Corresponding author, Hou Hongying

【Abstract】 Objective To investigate the clinical characteristics and therapeutic strategies for pregnant women complicated with mental disorder. **Methods** Clinical data of 48 pregnant women complicated with mental disorder were collected. The age of onset, gestational frequency, gestational age, method of pregnancy termination and pregnancy outcomes were analyzed. **Results** Forty-eight enrolled women were mainly aged from 20 to 34 years (85%), and 63% between 23 and 30 years. The proportion of primipara women was 77%, significantly higher than 23% of multipara counterparts. The percentage of women with no medical history of pregnancy was 60%, considerably higher compared with 40% of their counterparts with pregnant history. A bipolar pattern of distribution was observed in terms of gestational age. The proportion of women with early pregnancy was 35% (especially≤10 weeks) and 38% for those with late pregnancy(especially≥37 weeks). 48% of mental disorders primarily occurred during the early pregnancy. Twenty-nine women terminated the pregnancy, vaginal delivery in 3 and cesarean section in 16. Among 19 newborns, the body weight was ranged from 2.5 to 4.3 kg. The 1-min Apgar score for newborns was from 8 to 10, and 10 for 5-min test. Only 1 pre-term newborn was delivered. **Conclusions** Obstetricians should deepen the understanding of gestational and perinatal treatment for pregnant women complicated with mental disorder, especially those aged 20-34 years and with no pregnant history. Obstetricians should cooperate with the psychologists to adopt effective treatment for mental disorders, choose individualized approach of pregnancy termination and obtain favorable maternal and neonatal outcomes.

【Key words】 Mental disorder; Pregnancy; Maternal and neonatal outcome

精神障碍是指大脑机能活动发生紊乱，导致认知、情感、行为和意志等精神活动不同程度障碍的总称。妊娠作为女性一生中最特殊的生理阶段之一，可能伴随着一系列心理状态的急剧变化。文献指出，妊娠合并精神障碍发病率高达 15% ~ 20%^[1]。妊娠合并精神障碍主要包括抑郁症、躁

狂症、双相情感障碍和精神分裂症 4 种, 根据患者精神症状出现的时间, 又可分为孕前患病治愈后妊娠时复发、孕前患病未控制持续至妊娠、孕前患病妊娠期需继续用药以及妊娠期首发 4 种。基于妊娠合并精神障碍对孕妇自身、胎儿以及周围人群均可能造成危害, 早前已有学者提出, 产科医师应重视妊娠合并精神障碍患者的孕期保健及围生期处理^[2]。为了探讨妊娠合并精神障碍患者的临床特点及处理策略, 本研究对近年我院收治的 48 例妊娠合并精神障碍住院患者临床资料进行回顾性分析, 以期获得对临床有指导意义的结论, 现报告如下。

对象与方法

一、研究对象

2010 年 1 月至 2017 年 3 月我院产科收治并经精神心理科确诊为精神障碍的 48 例妊娠合并精神障碍患者, 所有患者精神障碍及各类型的诊断依据《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版 (CCMD-3), 其中抑郁症 8 例、躁狂症 1 例、双相情感障碍 15 例、精神分裂症 24 例。

二、研究方法

复习 48 例妊娠合并精神障碍患者病历资料, 归纳并分析患者的年龄、孕周、孕产次、病史及孕情分布, 以及妊娠结局 (包括终止妊娠的孕周及方式) 和新生儿结局。

三、统计学处理

使用 SPSS 18.0 处理数据。计量资料以中位数 (最小值 ~ 最大值) 表示; 计数资料以百分率表示。

结 果

一、48 例妊娠合并精神障碍患者的年龄分布

48 例患者的年龄为 28 (19 ~ 39) 岁、中位年龄 28 岁, 其中 19 岁 3 例、22 ~ 29 岁 26 例、30 ~ 39 岁 19 例 (其中 ≥ 35 岁仅 4 例), 患者年龄主要集中于 20 ~ 34 岁 (共 41 例, 占 85%), 其中最佳生育年龄 (23 ~ 30 岁) 共 30 例, 占 63%。

二、48 例妊娠合并精神障碍患者的孕产次分布

48 例患者中, 初产妇 37 例 (77%)、经产妇 11 例 (23%), 其中孕₁产₀ 29 例 (60%)、孕₂产₀ 7 例 (15%)、孕₂产₁ 8 例 (17%)、孕₃产₀ 1 例 (2%)、孕₃产₁ 2 例 (4%)、孕₃产₂ 1 例 (2%), 患者中初产妇比例 (77%) 高于经产妇 (23%), 且初次妊娠者

(60%) 多于再次妊娠者 (40%)。

三、48 例妊娠合并精神障碍患者的孕周分布

48 例住院患者孕 23 (5 ~ 41⁺¹) 周、中位孕周 23 周, 其中孕 < 10 周 17 例 (35%)、10 ~ 13⁺⁶ 周 2 例、14 ~ 27⁺⁶ 周 6 例、28 ~ 36⁺⁶ 周 5 例、 ≥ 37 周 18 例 (38%), 孕周呈两极分布, 以妊娠早期 (尤其孕 ≤ 10 周) 及妊娠晚期 (尤其孕 ≥ 37 周) 为主, 妊娠中期分布较少。

四、48 例妊娠合并精神障碍患者的病史及孕期病情分布

48 例患者的精神障碍病史 1 个月 ~ 12 年, 其中 41 例患者于妊娠前已有精神障碍病史, 其中 2 例为妊娠前半年内出现症状, 病情平稳后妊娠, 妊娠早期症状反复; 24 例有较长病史, 后于妊娠不同时期症状复发 (妊娠早期 18 例, 妊娠中期 3 例, 妊娠晚期 3 例); 余 15 例在妊娠期间病情稳定, 孕足月后分娩。仅 7 例于妊娠期发现精神症状后诊断 (其中妊娠早期 3 例, 妊娠中期 2 例, 妊娠晚期首发 2 例)。妊娠合并精神障碍患者的精神症状在妊娠早期发作 23 例 (48%), 患者妊娠期间持续用药且病情控制良好未出现明显精神症状 15 例 (31%)。

五、48 例妊娠合并精神障碍患者的妊娠及新生儿结局

1. 放弃妊娠的孕周及方式

放弃妊娠 29 例, 其中计划外妊娠 19 例, 因症状反复控制欠佳、要求引产 10 例。孕 < 10 周的 12 例予无痛人流流产术, 术程顺利、出血量少, 另 5 例予口服米非司酮和米索前列醇, 妊娠物完整排出, 无需清宫术; 孕 10 ~ 13⁺⁶ 周的 2 例予口服米非司酮和米索前列醇, 妊娠物完整排出, 无需清宫术; 孕 14 ~ 27 周的 6 例予羊膜腔内注射依沙吖啶, 胎儿及组织物娩出后常规行清宫术, 术后超声无异常; 孕 28 ~ 36⁺⁶ 周的 4 例予宫颈扩张球囊及小剂量静脉滴注缩宫素引产, 产时出血量少, 产后超声无异常。

2. 分娩方式

经阴道顺产 3 例, 其在产时、产后均无精神症状, 新生儿阿普加评分 1、5 min 均为 10 分, 产程顺利, 产时出血量少, 无会阴侧切, 会阴 I 度裂伤, 愈合佳。其中 1 例初产妇孕 37⁺² 周, 入院时宫口已开全, 产程进展快; 1 例初产妇孕 38 周自然临产入院, 总产程 200 min, 新生儿体质量 3.2 kg; 另 1 例经产妇孕 40⁺¹ 周, 胎膜早破入院后

无规律子宫收缩,予小剂量静脉滴注缩宫素引产后宫口开 2 cm 予分娩镇痛并陪伴分娩,引产当日即分娩。

剖宫产 16 例,为孕 36 ~ 41⁺¹ 周。剖宫产指征:个人要求 11 例,巨大儿 2 例,瘢痕子宫 2 例,胎儿臀位 1 例。其中 3 例患者的精神症状未能有效控制,未能配合腰部麻醉联合硬膜外阻滞而选择全身麻醉,余 13 例选择腰部麻醉联合硬膜外阻滞。剖宫产术后切口愈合佳,其中 3 例(2 例因精神状态术前未受控制,1 例因产后精神症状复发)产后转精神心理科继续住院治疗,其余 13 例产科常规出院。

3. 新生儿结局

19 例新生儿中,18 例足月儿,出生体质量 2.5 ~ 4.3 kg,其中 13 例新生儿阿普加评分 1、5 min 均 10 分,3 例(均为腰部麻醉联合硬膜外阻滞,胎儿臀位 1 例、瘢痕子宫 1 例,余 1 例无特殊)新生儿阿普加评分均为 1 min 8 分、5 min 10 分,2 例(其中 1 例全身麻醉,另 1 例腰部麻醉联合硬膜外阻滞)新生儿阿普加评分 1 min 7 分、5 min 10 分;仅 1 例早产儿,该例为患者及家属强烈要求于孕 36 周全身麻醉下剖宫产,新生儿出生体质量 2.4 kg,阿普加评分 1、5 min 均 10 分。

讨 论

育龄期女性处于生活、工作与情感活动最活跃阶段,加之妊娠期出现一系列来自生理、心理的变化,如未能及时、有效调解,容易出现心理偏曲甚至心理疾病,增加了孕妇出现不良社会行为以及自杀和杀婴行为的风险,而使围生期母儿发病率及病死率增加^[3]。本研究显示,妊娠合并精神障碍的好发人群主要集中在 20 ~ 34 岁,共 41 例(占 85%),尤其在最佳生育年龄的 23 ~ 30 岁,共 30 例(63%),这与育龄妇女生理及心理特点一致,也提示产科医师应重点关注此年龄段孕妇的心理变化,尤其需留意妊娠期首发精神障碍者的个性特征、年龄、文化程度等多种因素对患者心理状况的影响,及时发现并转精神心理科治疗^[4]。另外,有研究发现,妊娠期水果及豆类摄入过少可能增加精神障碍的发生风险,因此对于育龄期女性应提倡合理的饮食,保持更好的精神状态,对于预防妊娠期精神障碍可能起一定作用^[5]。

本研究中,初产妇多于经产妇,且初次妊娠者多于再次妊娠者,这可能与妊娠心理预期及准备有

关。孕妇的精神状态受是否有精神病史、有无接受治疗、近期生活有无应激事件发生以及对于妊娠的态度等多方面因素影响^[6]。很多孕妇会担心自身角色改变、各种关系改变、能否胜任母亲的角色,不会处理妊娠或新生儿,害怕胎儿出生、缺乏支持而变得孤独等。再次妊娠尤其是已有分娩史者往往对妊娠过程有所准备及了解,因而一般能较好地处理妊娠所引起的生理不适,并调整心理活动去适应。初产妇尤其初次妊娠者,对妊娠过程认识及准备不足,一旦出现问题,容易出现认知偏差及行为异常,且拒绝治疗,处理不及时可发展为严重精神障碍,因此在患者及家属要求或病情需要时,临床也不得不选择终止妊娠,本文大部分患者即属于此类。

国外报道,妊娠合并精神障碍的发生率高达 15% ~ 20%,而其中 86% 患者基于抗精神病药物对胎儿潜在的致畸风险未接受治疗^[1]。至于妊娠期使用精神药物的不良反应一直困扰患者及临床医师。目前抗抑郁药物中仅帕罗西汀增加了胎儿畸形风险,而氟西汀、氟沃沙明、舍曲林、西酞普兰和文拉法辛几乎没有增加这种风险。度洛西汀会增加妊娠期流产的风险,但不会增加胎儿不良事件,如出生缺陷等风险。目前还没有明确证据表明使用抗精神病药物存在致畸风险,而情绪稳定剂都与出生缺陷和围生期并发症有关。因此有学者提出,妊娠期间服用抗精神病药物是可行的,但要权衡药物的各种影响。本研究所有患者均在精神心理科医师指导下用药,且麻醉方案是由麻醉专科医师结合患者病情控制情况及生化检验结果制定,安全性高。

有学者对围生期妇女进行筛查,结果显示抑郁及焦虑症状最常发生于妊娠早期^[6]。本研究中,住院患者的孕周呈两极分布,以妊娠早期及妊娠晚期为主,其中妊娠早期又以 ≤ 10 周、妊娠晚期以 ≥ 37 周为主,而近半数患者症状发作于妊娠早期,而病情控制良好者在妊娠期间未出现明显精神症状。这可能与既往有精神障碍病史者在妊娠早期一旦自行停药易致精神症状复发(本研究中 19 例妊娠早期入院患者中 16 例为孕前有精神障碍史患者)需住院调整用药,而妊娠晚期患者多为病情稳定者需入院终止妊娠的情况相关。结果提示,对于妊娠早期出现异常精神症状者,应及时从患者、家属以及病历记录中了解患者既往病史,以尽早发现,并联络精神心理科会诊评估患者状态^[7]。对不适宜继续妊娠或无继续妊娠要求者,及时终止妊

娠；对病情可控或患者及家属有强烈继续妊娠要求者，进行有效心理疏导及规律药物治疗，杜绝无指征自行停药，避免病情反复甚至加重，以取得良好母胎结局。

对于妊娠合并精神障碍患者终止妊娠的孕周、方式及围生儿处理需要个体化。对于病情较重、病情控制欠佳或无继续妊娠要求者，需针对不同孕周采取不同的终止妊娠方法。本研究对于不同孕周的流产或引产的方法的选择，主要依据患者孕周及病情控制情况决定，尽量选择时间短、疼痛程度轻的方式，期间尤其注意与患者、家属以及医务人员之间的密切监护与配合，必要时在产时再转入产房观察或及时请心理科医师到场协助。对于病情稳定或孕期已达足月者，充分根据患者病情，适当放宽剖宫产指征，麻醉方式可根据患者配合度选择腰部麻醉联合硬膜外阻滞或全身麻醉，注意各种麻醉药物对新生儿的呼吸抑制作用，并尽量缩短手术开始至胎儿娩出时间，注意围手术期镇静及抗精神病药物的有效使用。研究表明，阴道分娩中陪伴分娩、分娩镇痛的开展以及剖宫产术中腰部麻醉联合硬膜外阻滞技术的提高，能使该类患者获得较好的围生期母儿结局。

总之，产科医师应加强对妊娠合并精神障碍患者妊娠期及围生期处理的认识与关注，尤其注意年龄 20~34 岁、初次妊娠者心理变化，及时发现异常，协同精神心理科医师积极处理，对有指征者选

择个体化的终止妊娠方式，可取得较好的母儿结局。

参 考 文 献

[1] Vitale SG, Laganù AS, Muscatello MR, La Rosa VL, Currò V, Pandolfo G, Zoccali RA, Bruno A. Psychopharmacotherapy in pregnancy and breastfeeding. *Obstet Gynecol Surv*, 2016, 71 (12): 721-733.

[2] 王永清, 杨孜. 妊娠合并精神分裂症的孕期保健和处理. *中国实用妇科与产科杂志*, 2009, 25 (8): 583-586.

[3] Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas TAM, Frieder A, Hackley B, Indman P, Raines C, Semenuk K, Wisner KL, Lemieux LA. Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. *J Midwifery Womens Health*, 2017, 62 (2): 232-239.

[4] 温盛霖, 陶炯, 王厚亮, 岳计辉, 冀二妮. 首发精神分裂症患者的心理障碍特点及其影响因素——附 483 例分析. *新医学*, 2008, 39 (7): 438-440.

[5] Paskulin JTA, Drehmer M, Olinto MT, Hoffmann JF, Pinheiro AP, Schmidt MI, Nunes MA. Association between dietary patterns and mental disorders in pregnant women in Southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 2017, 39 (3): 208-215.

[6] Suzuki S, Eto M. Screening for depressive and anxiety symptoms during pregnancy and postpartum at a Japanese perinatal center. *J Clin Med Res*, 2017, 9 (6): 512-515.

[7] 唐秀梅, 钟智勇, 程敏锋, 韩自力. 综合性医院精神科联络会诊的临床特点——附 280 例报告. *新医学*, 2013, 44 (7): 485-487.

(收稿日期: 2017-11-06)

(本文编辑: 林燕薇)