



周產期會訊

發行人:許德耀 電話:(02)2381-6198
秘書長:蔡明松 手機:0911-366551
會訊主編:蘇怡寧 傳真:(02)2381-4234
http: www.tsop.org.tw
E-mail: tsop23816198@gmail.com

郵政劃撥帳號:12420668
戶名:中華民國周產期醫學會
會址:台北市常德街一號景福館2樓203室

2010年
第一七一期

大多數婦女被診斷或懷疑罹患心理健康問題，主要評估和治療都是在基層照護體系，經常由家庭醫生執行。目前英國政府計畫改善基層照護醫療體系，使其具備提供輕至中度憂鬱患者心理治療的能力。反觀台灣地區，大部份的孕產婦接受來自婦產科(尤其是周產科)專科醫師的照護，這一群婦女健康照護者，是否有意願、能力提供產後婦女心理健康之評估、篩檢、照護、追?；而衛生主管機關和專科醫學會該賦予並提供那些教育、權限給這一群婦女健康照護者，都是影響產後憂鬱症防治體系建立成功與否的重要條件。

我們需要更多流行病學數據提供各妊娠期別憂鬱症的發生率以確認何時可偵測出最多的憂鬱症婦女。此外還需要周產期婦女心理健康問題診斷之效益的相關研究。因此，針對台灣地區的產後憂鬱症進行盛行狀?和風險因子的調查，篩檢工具和診斷方式的發展，及介入模式和服務網絡之建置，刻不容緩。

最新公告 (請自行上網查詢最新活動內容)

活動名稱：專科醫師甄試

活動時間：11月14日(星期日)

活動地點：筆試日期：99年11月14日(星期日)上午(預計9:00~12:00)

地點：國泰人壽大樓B1國際會議廳(台北市仁愛路四段296號)

口試日期：99年11月14日(星期日)下午(預計1:00~5:00)

地點：國泰醫院二樓婦產科門診(台北市仁愛路四段280號)

備註：准考證預計於10月底前寄出

活動名稱：會員大會暨學術研討會

活動時間：12月12日(星期日)

活動地點：台大醫學院102、103講堂

備註：開會通知，預計於十一月掛號寄出



中華民國周產期醫學會

100 台北市常德街一號景福館2樓203室
電話:(02)2381-6198、0911-366551
傳真:(02)2381-4234

印刷品

周產期婦女心理健康 — 誰來把關?

林口長庚醫院婦產部
產科主任 鄭博仁

世界衛生組織(WHO)預測，至西元2020年，憂鬱症(depression)將成為全球人類提早死亡和殘疾的第二大病因。憂鬱症造成的身心傷害相當嚴重，但卻往往被低估。它可以影響一個人的各個生理心理層面包括：感情，思考，身體運作。其中，產後憂鬱症(postpartum depression)更值得被特別重視，因為其發生率相當普遍，而且往往發生在一個與產婦、嬰兒和其家人的生活息息攸關的關鍵時刻。

分娩後的產婦心理疾病是最常見的生育併發症之一，一項薈萃分析報告指出，在生產後幾個月內，產婦發生輕度至中度憂鬱症的盛行率大約是13%；另外，有0.1-0.2%的產婦可能發生產後精神病(puerperal psychosis)。最近一個涵蓋28個前瞻性研究的薈萃分析，以結構性臨床訪談評估，調查在產後第一年不同時期，發生重度和輕度憂鬱症的盛行率為6.5至12.9%。由此可見，產後憂鬱症是一個相當重要的公共健康優先課題。

對於產後的任何心理障礙，未予以妥善處置可能導致母親和嬰兒之間的親密關係，兒童的心理、社會和教育發展的長期有害影響。產婦和其伴侶之間的關係也可能惡化。臨床上憂鬱症的病兆往往因被延誤診斷或治療過程不當而拖長。患者自覺的恥辱和羞愧，往往不願“承認”自己的病情，經常是延誤診斷的重要因素。這種缺乏病識感的情況，在產後憂鬱症特別常見，此一時期產婦心理的罪惡感和失落感可能更為顯著。有些產婦甚至擔心自己不適合照顧孩子。英國曼徹斯特大學(University of Manchester)孕產婦和兒童健康調查(the Confidential Enquiry into Maternal and Child Health)研究小組，分析及報告過去3年間孕產婦死亡趨勢，其中精神性疾病(往往是透過自殺)一直被認為是產婦死亡的主要原因之一。在英國，自殺是僅次於心血管疾病的產婦第二大死亡原因。該評論報告指出，因精神疾病而死亡的個案比率的測量往往是不準確，而且經常被低估，資料顯示，許多因自殺或暴力手段死亡之案例，其實與精神疾病有關。如果將此一因素列入考慮，則精神疾病將成為產婦死亡的首要原因。類似的研究結果亦在其他工業化國家的調查報告中呈現。由於婦女在日常生活中並無法自我查察需要協助的心理健康狀況，並獲得適當的治療；因此，這些調查報告都強調有必要擬定策略，確定並關注產後婦女的心理健康問題。

此外，諸多醫學報告亦顯示，產後憂鬱症對產婦和嬰兒相互之間的親密關係，對婦女與其配偶及其他家庭成員的人際關係，或對孩子的長期認知和情感發展有不良影響，而且與兒童後來發展出的精神和行為問題息息相關。研究證據顯示孕產婦的憂鬱症和其配偶或伴侶爾後發生的憂鬱症有直接關係。如果孕產婦被診斷為產後憂鬱症，很明顯地，父親也更容易患有憂鬱症或一般的健康問題。未經處理的產後憂鬱症對嬰兒的發展亦有不利影響。嬰兒在認知，情感，社會和行為，無論是長期或短期的發展都可能受到影響。憂鬱症的母親給予她們的嬰兒更多負面的、較少正面的互動與響應。研究亦已證明，母親的產後憂鬱症對一歲以內嬰兒

生命之寶 只選生寶 臍帶血銀行領導品牌

贊助單位: 生寶臍帶血銀行
0800-333-668

的語言能力，社交和情緒發展及智力商數（特別是男孩）有更長遠的負面影響。憂鬱症配偶之間的相互影響，及進一步導致他們所照顧的嬰兒之重大傷害的惡性循環，產生的後果不容忽視。然而，研究證據顯示對產婦以外的家庭成員所可能採取的積極有效的干預措施仍非常有限。

產後憂鬱症或產後精神病對治療的反應是相當良好的，不幸的是，現實的環境卻往往延遲提供適當的治療給這群病患。欲充分有效的檢測和管理產後憂鬱症或產後精神病，需要各個初級和二級保健服務單位，包括助產士，健康訪視，臨床心理學家，精神科社區服務，家醫科醫師，藥劑師，產科醫師和精神病醫師，與其他社區機構，如志工和社會服務組織協調合作，提供進一步的支持。儘管現有證據已顯示產後憂鬱症的影響層面及範圍甚大，據估計，不到50%的產後憂鬱症病例可以在臨床常規篩檢中被發現；因此，是否需要擬訂出一個篩檢、偵察、治療產後抑鬱症的方式、意見、準則或策略仍持續成為各界論辯和對話的焦點。憂鬱症是一種經常發生於婦女生育年齡期的情況。研究證據顯示產後時期發生的憂鬱症，和一般憂鬱症比較，只有盛行率的差異；而其症狀表現及本質並無不同。產後診斷憂鬱症，可能會發生正常的產後情緒變化被誤診為憂鬱症，或可能掩蓋住憂鬱症的情況。產後憂鬱症盛行率調查研究結果的差異，部分與產後評估時期的選擇，部分則與其使用的評估方法有關。愈來愈多證據表明，產後早期憂鬱症的患病率風險，顯著增加（產前五週為其他期間的三倍）。不同的社會、文化、種族、環境，產後憂鬱症的患病率，容有不同；在台灣地區尚未有大規模的孕產婦產後憂鬱症調查報告出現；鄧等(2005年)針對203名台灣產後婦女，於產後六週進行憂鬱症篩檢量表評估，及結構式專業訪談，推估台灣地區產後憂鬱症盛行率約為11.8%；簡等(2009年)針對166名台灣產後婦女，於產後一個月及一年，單純利用問卷及憂鬱症量表進行產後婦女身心理訪查，發現台灣婦女於產後一個月及一年發生憂鬱症之比例分別為27.7%及23.5%。目前仍缺乏針對各種不同的文化傳統和懷孕、分娩及產後相關習俗及儀式，與婦女憂鬱症的發生之跨文化的對比研究。有效的產後憂鬱症之檢測和管理需要深入探討並了解這些差異。

假如可以證實風險因子得以用來預測產後憂鬱症的發生；則利用風險因子的篩檢，將使得吾人對於產後憂鬱症的干預作更優化且有效之配置。證據顯示，產後憂鬱症的危險因子，與非發生於產後的憂鬱症的風險因子並無不同。三個系統性回顧，確定了以下風險因子與產後憂鬱症有中度到強烈的相關性：有精神病史，或在懷孕期間出現心理障礙；社會支持度較低；不良的婚姻關係；短期內的生活事故；嬰兒憂鬱(baby blue)。產科併發症、藥物濫用史、低家庭收入，和較低的職業地位，則與產後憂鬱症有些微相關。美國一項回顧文獻發現，產後提早出院與產後憂鬱症並沒有任何關連除上述因素外，數個世代(cohort)和病例對照(case control)研究，確定了下列亦為產後憂鬱症的風險因子：雙親對養育子女的看法、計劃外懷孕、失業、不哺乳、產前雙親的壓力、產前甲狀腺功能異常、適應方式、受孕時間延遲、父親的憂鬱症、產婦於孕產期情緒的不穩定、低度社會支持，和有兩個或更多的孩子。產婦的心理健康也可能受到嬰兒健康的影響。數個世代性研究顯示，憂鬱症與新生兒風險(neonatal risk)，死產(stillbirth)，新生兒死亡或嬰兒猝死綜合症(sudden infant death syndrome; SIDS)，和極低出生體重（小於1500克）有關。

自從一篇針對由基層醫療衛生工作者提供篩檢的效益性的研究論文出版後；產後憂鬱症的篩檢日益普及。然而篩檢亦可能產生負面效應，尤其是用於心理健康的評估。最重要的是，衛生醫療專業人員施以任何種類的篩檢程序前，必須取得充分的訓練。目前在整個台灣地區仍未有任何衛生主管部門，或醫療機構制定出產後憂鬱症的篩檢、服務、管理方案。事實上，為了取得實效，產後憂鬱症的篩檢方案應符合一定的標準，其中最重要的包括：充分了解當地的相關情況；提供一個簡單，安全，經驗證，且有適當截止水平(cut-off levels)的篩檢測試方法；對於篩檢結果為陽性個案者能提供積極有效的治療方案；提供充足的資源，以確保所有的產後憂鬱症篩檢方案得以在一個可被接受的專業方式下實施。

已有一些利用產前篩檢來預測產後憂鬱症的工具被提出。基本上，這些檢測都是以前述已知的產後憂鬱症風險因子為基礎，但其確定的敏感性，特異性和預測值，大多數未得到適當的評估。愛丁堡產後憂鬱量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)也被作為產前檢查的篩檢工具。然而，到目前為止，並沒有任何產前篩檢方式可以準確地預測，爾後將發生的產後憂鬱症。

在產後時期，最常使用EPDS來篩檢產後憂鬱症。EPDS是一種廣泛被使用的自我報告之篩檢工具，包括10

個項目，要求婦女對在過去7天的感覺作自我評量。每個項目得分從 0到3，總分範圍 0-30。已有充分證據顯示其效益(effectiveness)，但其敏感性，特異性和預測值則依所採取之截止水平而定。一般建議，訂定截止水平大於9，‘可能為(possible) 憂鬱症’；大於12 ‘很可能為(probable) 憂鬱症’有必要透過臨床評估確認診斷。採取較低的截止水平將可確保產後憂鬱症個案的診斷不會被錯失，但其代價是較高的偽陽率(false positive rate)。將此列入考慮，EPDS對產後憂鬱症的陽性預測值從44%至73%不等。對於有精神官能症（往往是有嚴重憂鬱症）者，EPDS的預測效果稍差。部分證據顯示，結合兩個篩選工具（EPDS和一般健康問卷the General Health Questionnaires; GHQ）可能比任何一種工具單獨使用更加有效。美國婦產科醫學會(The American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG)同意例行性對所有產後婦女進行憂鬱症篩檢，並建議使用EPDS。在澳大利亞，針對周產期婦女心理健康有一個“突破抑鬱beyondblue”國家行動計劃，建議所有婦女在懷孕期間和產後期間接受例行性EPDS篩檢。

現有之文獻及研究證據較少探討何時為對孕產婦進行產後憂鬱症篩檢的最佳時機，也甚少關心探討篩檢時機是否對產後憂鬱症高危險群判定造成影響的論證。目前為止，大多數的產後憂鬱症篩檢之研究，通常是於產後三個月內進行，常是產後六到八週，採用EPDS進行評量；可能因為此時已接近產褥期尾聲，而且是產婦需返回產後門診追蹤的時刻。此篩檢時機是配合醫療服務下的結果，並非來自相關學術研究顯示此時可以得到最好的篩檢可信度及預後。或許此舉增加了臨床施行的便利度與可行性，並且篩檢出某些危險族群，但這是不是最佳篩檢時間，並能確保我們儘可能地找出所有產後憂鬱症婦女高危險群，仍然存疑；這亦是我們必須進一步評估及探討的問題。

產後憂鬱症篩檢，在執行層面出現的另一個爭論是，需不需要一次以上的篩檢評估。若產後憂鬱症篩檢需進行兩次或兩次以上，當產後不需返診再接受產科或其他醫療照護，推估大多數婦女主動回醫院接受第二或第三次產後憂鬱症篩檢評估的意願可能性並不高；此外，透過轉診的個案，其照護責任歸屬更加複雜，產科醫師也無法統整執行進一步篩檢服務。在蘇格蘭進行的一項研究顯示：僅55%的醫療衛生專業人員依SIGN所建議的指引提供第二次產後憂鬱症評估。另一個澳洲的研究，針對267名產婦在產後十二個月內，提供三次EPDS進行產後憂鬱症篩檢進行評估。結果顯示：34%的參與者僅接受了三項之一的憂鬱評量；28%受試者接受其中兩項憂鬱評量；僅15%接受所有的評量。整體而言，共有22%產婦並未接受任何憂鬱評量。探究其原因，一是護理人員並未將評量表告知患者讓產婦接受評量，二是受試者並未如期回診。這些都是我們在台灣地區提供產後憂鬱症防治之臨床介入模式，和服務網絡必須考量之要項。

在我們試圖找出孕產婦和產後憂鬱症篩檢最佳時間的同時，必須同時考慮篩檢內容、篩檢時間、後續治療及轉診三者相互之間的影響。一篇針對產前或產後鑑定憂鬱症狀的臨床效益和成本效益做比較之系統性評論，發現篩檢的效益與篩檢後所給予的治療兩者關係密不可分。此外，近來美國憂鬱症指導方針並不建議無法提供患者治療的醫療院所，對成年人進行常規憂鬱症篩檢。這是由於最近發表的一篇系統性評論，強調僅做篩檢而不提供治療對於患者並無實質幫助。此外，另一個重要議題是：提供產前或產後憂鬱症篩檢並對高危險族群給予治療這項措施，是否具有臨床或成本效益？答案仍有待商榷。

若可以找出最多的潛在危險族群的適當篩檢時機和內容被確定，那麼此一介入措施也必須能夠讓治療對象及提供治療之醫療衛生專業人員所接受。英國國家安全委員會不建議使用EPDS的理由之一即是證據顯示：受試婦女對此評量表的接受度不高。一個英國的定性研究，訪談39名婦女，受訪時間為產後11到19個月，這39位婦女於產後3個月曾接受EPDS測試。將近一半的受訪者表示，他們對於測試結果感到焦慮，同時不願承認自己感到憂鬱。此外，受試者認為EPDS的篩檢內容太過簡單化。相反地，其他研究發現，受訪婦女接受EPDS測試時感覺自在。綜合證據顯示，產後憂鬱篩檢方式中，婦女對於口頭訪談的接受度高於傳統問卷調查。產婦與健康照護者間的關係也扮演了重要的角色。多數研究顯示，下列情形與EPDS接受度成正相關：當受訪婦女對於後續治療有較深入的了解、受訪婦女自行在家接受EPDS自評、衛生專業人員曾接受EPDS應用培訓。

因此，負責執行產後婦女心理健康評估之醫療團隊成員，都必須具備提供產後憂鬱症篩檢、判讀能力，並確保所有的產後婦女能於建議時間接受篩檢，同時提供篩檢後之相關照護並及時轉診。以英國為例，目前