

妊娠患者

Michele Rosenberg and Jennifer Marie Mattucci

精神科医生值班时可能会对妊娠患者进行评估及治疗。

这是一项严峻的挑战，参与治疗妊娠患者的医务人员往往会有特殊的情感反应。

在这一章节里，我们回顾一下精神科值班医生治疗妊娠患者时可能面对的一些问题，精神科医生应该熟悉精神科药物和其他治疗手段，以及它们的风险和效益比。这些内容对精神科值班医生安全有效地解决各种复杂问题非常必要。

值班电话



问题

1. 患者处在妊娠的哪个阶段？
2. 患者目前使用什么药物？
3. 患者有什么躯体症状？
4. 到目前为止，患者妊娠期间出现过并发症吗？
5. 患者就诊的原因是什么？
6. 患者的诊断是什么？
7. 患者的病前精神状况和功能水平如何？
8. 患者精神状况有改变吗？
9. 患者近期行为表现正常吗？
10. 患者使用过药物或者酒精吗？
11. 患者有精神病史或者家族史吗？
12. 患者有稳定的网络支持吗？

13. 这是一次有计划的怀孕吗？

医嘱

生命体征

如果担心患者有自伤或者伤害他人的危险，在评估前应由一名医务人员对患者进行密切观察。

通知值班护士

“我将在……分钟到达。”

要记住当夜间值班电话很繁忙，需要区分处理患者的优先次序时，如果有躁动不安、处于严重精神异常状态或者有自杀行为的妊娠患者要给予优先处理。而且要记住因为面对的是妊娠患者，医务人员会比平时更加紧张，这一点也必须进行评估和处理。

威胁生命的主要情况

威胁到妊娠患者及胎儿生命的主要有：妄想、激越、器质性脑综合征、戒断综合征、自杀和伤害婴儿。

一旦发现妊娠患者的精神状态有变化，必须对患者是否处于谵妄状态进行评估，包括全面的医学检查（其中包括先兆子痫和惊厥）。对于谵妄、躁动不安的妊娠妇女应立即给予高效价的抗精神病药或者劳拉西泮以降低患者和胎儿的危险性（给出药物的种类、剂量等）。

与非妊娠患者一样，激越的妊娠患者也可能存在药物滥用或出现戒断反应，我们必须牢记酒精或苯二氮草类药物戒断给母亲和胎儿带来的危险。对这种情况的正确处理是缓慢减量地给予劳拉西泮，认真监测生命体征（给出药物种类、剂量等）。虽然内科和妇产科医生对于孕妇使用苯二氮草类药物有顾虑，但对于母亲和新生儿来说，血流动力学的不稳定性和酒精或苯二氮草类药物戒断所诱发的癫痫发作比小心地使用苯二氮草类药

物更危险。

有自杀倾向的母亲很可能需要指定医务人员对她进行密切观察，如果患者情绪激动应使用药物治疗，必要时可约束患者。

如果因一些原因必须对妊娠患者进行约束时，那么应该让其采取左侧卧位，禁止采取仰卧位，因为脸部向上会压迫主动脉和大静脉发生危险，引起低血压和心动过缓等血管迷走神经症状¹。

如果担心怀孕母亲会伤害婴儿，必须对其是否有伤害婴儿的想法进行精神科评估。需要评估的危险因素包括与暴力、精神病有关的个人史，患者的非直系亲属、朋友和门诊医生提供的一些信息。如果母亲有杀害婴儿的念头，医务人员要对其进行密切观察，将母婴分离，而且有必要使用精神药物。

途中思考

评估和治疗妊娠患者时，要留意治疗伴有精神症状的孕妇的小组成员（通常是产科医护人员）的焦虑情绪。您应该去帮助这个治疗小组，减轻他们的焦虑，从而为妊娠患者提供最大的帮助。

切记您是在治疗两个患者——母亲和婴儿，您所采取的任何治疗手段不仅会影响到母亲，同时也会影响胎儿的生长发育。在妊娠前三个月胎儿对药物可能的致畸作用尤为敏感。虽然对妊娠期用药应采取保守态度，而且要考虑药物的效益和风险，但是也不能为了回避风险而放弃治疗激越的、有精神病性症状的、躁动的、严重抑郁或者自杀的妊娠患者。对妊娠患者来说，精神疾病得不到治疗的风险往往比药物本身所带来的风险更严重（表 18-1）。

表 18-1 药物治疗的风险

药物治疗	先天畸形的风险	神经行为 致畸的风 险	早产或出 生体重低 的风险	死产或者 流产的风 险	新生儿并发症	注 释
典型抗精神病 药物	高效价（氟哌啶醇、 奋乃静） 物风险低	动物实验 显示	？	？	尤其使用低效价药物 时易出现镇静、张力 减退、心动过速、胃 肠道症状、震颤、运 动性不安、声调增高 以及异常动作	选择高效价药物，使 用苯海拉明能改善 EPS
非典型抗精神 病药物	资料有限	资料有限	资料有限	资料有限	个案报道有肩难产， 胎儿心率减慢；但资 料有限	有限的资料报道了一 些个案：急性期使用 典型抗精神病药物； 无效时换用非典型抗 精神病药物。有很多 资料显示非典型抗精 神病药物奥氮平（再 普乐）是安全的

续表

药物治疗	先天畸形的风险	神经行为致畸的风险	早产或出生体重低的风险	死产或者流产的风险	新生儿并发症	注 释
抗焦虑药 (苯二氮草类)	小, 但是引起兔唇/腭裂的风险有统计学显著性	资料有限	资料有限	资料有限	新生儿中毒可能; “新生儿无力综合征” 包括张力减退、呼吸暂停、体温低、喂食困难。新生儿停药综合征可能: 易激惹、胃肠道症状 (腹泻、呕吐)、张力过高	劳拉西洋因为起效快而且有较强的代谢产物而作为首选药物
抗癫痫药 (情感稳定剂) 卡马西平	神经管缺陷、畸形、颅面异常、小头、精神发育迟滞、唇裂/腭裂、生殖器官畸形	资料有限	资料有限	资料有限	资料有限	让母体在妊娠的最后一个月口服维生素 K (10~20mg/d) 能预防新生儿凝血障碍

续表

药物治疗	先天畸形的风险	神经行为致畸的风险	早产或出生体重低的风险	死产或者流产的风险	新生儿并发症	注 释
丙戊酸盐	神经管、心脏、颅面、唇裂/腭裂以及肢体缺陷；小头、生长障碍	近期研究与发现与孤独症之间无对照系	?	?	?	
锂盐	Ebstein 异常	?	?	?	锂中毒	妊娠期间，密切监测甲状腺功能、肾功能、电解质以及血锂浓度；尤其在妊娠最后一个月、最后一周密切监测血锂浓度
SSRIs 氟西汀	无增加	无增加	可能	无增加	可能出现，包括呼吸暂停、神经过敏、呼吸急促、体温过低、哭泣减少	妊娠患者一线药物，很多资料显示所有的SSRIs都很安全

续表

药物治疗	先天畸形的风险	神经行为致畸的风险	早产或出生体重低的风险	死产或者流产的风险	新生儿并发症	注 释
舍曲林、帕罗西汀、氟伏沙明、西酞普兰（有关这些药物的资料药比氟西汀少）	无报道	无报道	无报道	无报道	同上	
SNRIs 文拉法新	无报道	资料缺乏	无报道	资料缺乏	无报道	二线药物
蔡法唑酮、曲唑酮	无增加	资料缺乏	无增加	无增加	资料缺乏（无研究）	避免使用，除非不能采用其他方法
米氮平	资料有限	资料有限	资料有限	资料有限	资料有限	只有当妊娠患者没有更安全的选择时才使用
安非他酮	?	?	?	?	?	有限的资料：同上

续表

药物治疗	先天畸形的风险	神经行为致畸的风险	早产或出生体重低的风险	死产或流产的风险	新生儿并发症	注释
三环类抗抑郁药	无报道	?	无报道	无报道	黄疸、神经过敏、张力减退、呼吸急促	FDA 分类 C 或 D, 但很多案例报道风险较小, 需要监测血清浓度, 调整剂量
MAOIs	?	?	?	?		避免使用, 有关人的实验资料很少, 动物研究显示会延缓胎儿生长

病床旁



快速视诊

对伴有急性精神病的妊娠患者进行评估时，应该立刻评估环境氛围的紧张度。您的任务也包括减轻精神科和妇产科医务人员的焦虑情绪。当医务人员担心伤害胎儿、新生儿或者母亲时，容易出现药物治疗剂量不足或者突然停药的现象。精神障碍或谵妄若未及时治疗则会迅速加重，甚至对母亲和孩子产生危险。

首先要确定孕期并尽量冷静地弄清目前的症状，如果患者存在急性自杀、杀人威胁或姿态、激越、严重精神病、谵妄的风险，行为矫正可能会无效。在做进一步讨论之前，有必要先约束患者和/或给予药物治疗，采取密切观察的标准要降低。

查阅病历

下述问题应通过查阅病历和有针对性的回顾病史来回答：

- 处在妊娠哪个时期？
- 为什么患者会来到医院？
- 患者的诊断是什么？
- 有精神病史吗？
- 患者目前服用精神科药物吗？
- 有共病存在吗？
- 有物质滥用史吗？
- 是否需要排除药物戒断或者药物中毒的诊断？

生命体征和气道

如果患者处于分娩期或者出现产科并发症，那么躯体疼痛会影响生命体征，在处理精神障碍的同时缓解疼痛非常重要。但是精神病患者很难用语言来有效地表达自己的疼痛，在这一点上，精神科医生能帮助患者与产科医生。治疗分娩疼痛时采用很多呼吸技巧能减轻过度换气，同时也能减轻焦虑和惊恐的程度。协助

产科医生和护士工作，指导患者在疼痛时缓慢呼吸可起到一定的辅助作用，可以起到对药物治疗的补充或替代作用。

药物、违禁药品或者酒精戒断会影响生命体征，需要立即处理。如果怀疑苯二氮草类药物或者酒精戒断，那么导致母亲出现癫痫发作和自主神经功能紊乱的危险比逐渐减量服用苯二氮草类药物要大得多。要注意在妊娠最后3个月或接近分娩时使用苯二氮草类药物可能会使新生儿出现“婴儿松软综合征”，包括阿氏评分较低、昏睡、张力减退以及体温过低等。劳拉西泮是首选的苯二氮草类药物，因为它属长效药，而且没有活性代谢产物，能有效地防止母体出现停药戒断反应。

处理

对于那些到了生育年龄但未怀孕的患者选择药物治疗时，精神科医生应该认真考虑患者怀孕的愿望。在进行治疗之前应与患者讨论性生活史以及避孕方法。

治疗妊娠患者急性期症状时，应根据不同的妊娠期选择不同治疗方法。

妊娠前3个月

前3个月是胎儿器官形成的阶段，因此选择药物的种类和剂量时应考虑致畸的危险。首先尝试用行为治疗的方法来处理焦虑，如使用呼吸放松术以及转移注意等方法改善患者焦虑行为。虽然新生儿唇裂和腭裂的发生率比较低，但有报道与苯二氮草类药物有关³。如果经过上述方法焦虑症状不能迅速得到控制，那么可以选用劳拉西泮。在一些严重的病例中，精神分裂症导致的激越或躁动、精神错乱、中毒或者情感障碍使用传统高效价抗精神病药治疗，如氟哌啶醇和奋乃静不会增加胎儿致畸的作用^{2,3}。苯海拉明可用于改善失眠症或者EPS，而且对孕妇来说比苯甲托品更安全¹。重要的是，治疗妊娠患者应使用低剂量的药物来改善现有的精神症状，而不是不使用抗精神病药物治疗，尤其在怀孕前3个月更是如此。

如果怀疑妊娠患者有双相障碍或者重型抑郁，那么在怀孕前3个月内停药前应进行全面的风险评估。一些情感稳定剂包括锂盐、丙戊酸钠与致畸有关，某些抗抑郁药对新生儿风险的评估资料尚不充分（参见表1）。然而复发风险以及危险性较高的严重精神病患者停药是不安全的，可以定期做B超监测胎儿的发育。任何患者都不宜突然停药，而应逐渐减药。

患有严重精神障碍的患者，尤其是精神分裂症，在妊娠期间有遭受躯体虐待的风险，而且有怀孕期间接受照顾较少、与社会隔离等风险。因此对于值班的精神科医生来说很重要是与精神科、社会工作者和产科医务人员协作为患有精神病的孕妇提供持续的照顾。

4~6个月

虽然胎儿的大部分器官已经形成了，但考虑到新生儿的戒断反应和母亲哺乳等问题仍要注意选择药物。当患者有激动、自杀、暴力以及精神病性症状时，可选择高效价抗精神病药如氟哌啶醇与苯海拉明合用。当行为治疗不能改善惊恐和焦虑症状时，可选择劳拉西泮或小剂量的氯硝西泮¹。

6~9个月和分娩

妊娠期间黄体酮水平升高，会引起过度换气，而且会使子宫增大压迫横膈，这两种现象都会加重焦虑和惊恐³。在妊娠晚期和分娩时有效地使用呼吸技巧可以改善焦虑。让患者家属参与到治疗中，能减轻患者的隔离感；派专人看护也能有效地减轻患者的焦虑。在产房中尽可能地努力减轻患者的压力和刺激。

分娩前几周逐渐减少和/或停止使用抗精神病药物，目的是防止婴儿出现药物戒断和其他不良反应²。这只能在请教了产科、儿科以及治疗过患者的精神科医生之后，精神科值班医生才能作出决定。尤其是严重的精神障碍患者，更不能突然地停药。

在妊娠晚期和分娩后开始为孕妇提供社会服务和周密的精神病学随访具有重要意义，因为产后的情绪异常和精神病是很常见的。评估患者的家庭关系以及与社会隔离程度是很有帮助的，因

为这样直接影响到预后。有必要进行精神科和儿科随访，因为这样可以发现精神科药物治疗对哺乳的全部影响。患有严重精神障碍或者家庭关系不稳固的新生儿母亲，应由社会服务者进行产后随诊。

(郑琳译，王丽萍校)

参考文献

1. Wyszynski A, Lusskin S: The pregnant patient. In Wyszynski A, Wyszynski B (eds): A Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing Inc, 2005, Chapter 7.
2. Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics: Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. Pediatrics 105: 880 - 887, 2000.
3. Yonkers K, Little B: Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy. London, Arnold Publishers, 2001, pp 19, 135, 141, 197.
4. Misri S, Lusskin S: Psychiatric disorders in pregnancy. In Rose BD (ed): UpToDate. Wellesley, MA, 2005.

中 毒

Aditi Shrikhande, Suma Gona and Larissa Mooney

物质滥用的评估是精神检查的一项重要内容。在过去的几年里我们对成瘾的神经生物学机制的认识进步很快。尽管我们现在对物质滥用和依赖的复杂性有更深入的理解，评估和治疗中毒患者仍然是精神科值班医生面临的最具挑战性的情况之一。通常，中毒患者行动困难而且可能出现威胁生命的状况，因此要立即给予注意。虽然这些患者可能会有原发的精神障碍，但是作出其他诊断之前要弄清中毒的情况¹。

本章教我们鉴别和治疗中毒综合征。获得一个全面的病史是快速、有效治疗的关键。

值班电话



问题

1. 患者意识水平怎么样？
2. 生命体征如何？
3. 使用了什么物质？
4. 用量有多大？
5. 最后一次使用距现在有多久？
6. 出现什么行为？

医嘱

立即检测血液酒精浓度并进行尿液毒理学检查。

通知值班护士

“将在……分钟内赶到。”

途中思考

患者使用了哪些物质？

首先您要考虑患者摄取的物质种类，通常这些物质包括酒精、致幻剂、吸入剂、大麻、鸦片、精神物质和催眠镇静剂。通常情况下会包括一种以上的物质。街头毒品成分不纯，通常包括成瘾剂和毒品混合剂。要了解戒断和中毒的混合状态，通常情况下，中毒患者的表现可以分为两大类：昏睡或迟钝；激动或躁动不安。

如果患者出现昏睡或者昏迷，要考虑以下物质中毒：

1. 鸦片剂：哌替啶（度冷丁）、吗啡、海洛因、鸦片、美沙酮、喷他佐辛（镇痛新）、麻醉药镇静剂（盐酸羟考酮控释片剂）
2. 镇静安眠药：苯二氮草类药、巴比妥类药、唑吡坦（酒石酸唑吡坦）、扎来普隆、 γ -羟基丁酸盐（GHB）、格鲁米特、甲丙氨酯（甲丁双豚、甲丙氨酯）

3. 酒精

如果患者表现激动或躁动不安，提示患者可能使用以下物质：

1. 酒精
2. 精神活性物质：可卡因、安非他明
3. 致幻剂：苯环己哌啶（PCP）、麦角酰二乙胺（LSD）
4. 摇头丸
5. 大麻

病床旁

快速视诊

患者外表以及活动情况如何？

患者意识水平怎么样？

患者的病史情况（必要时了解其朋友和亲属情况）？

生命体征

患者的生命体征如何？

选择性采集病史

患者吸入、摄取以及注射了什么物质？

使用了多少？

最后一次使用是多久以前？

患者经常使用这些物质吗？如果是这样，使用的剂量和频率是多少？

患者使用过非处方药物吗？

选择性体格检查

1. 瞳孔
2. 震颤
3. 精神状态检查
4. 神经系统检查

特定物质中毒综合征

酒精

症状和体征：

1. 言语不清
2. 运动失调
3. 脱抑制
4. 攻击性行为
5. 心动过速
6. 体温过低
7. 眼球震颤
8. 昏迷

常用治疗方法：

1. 在安静的环境下对患者进行评估。
2. 监测生命体征。
3. 要知道潜在的躁动不安和暴力倾向。可以使用以下这些苯二氮草类药物：如每四小时口服或者肌注劳拉西泮 1~2mg。
4. 如果您怀疑患者使用了过量的酒精，应给予患者肌注维生素 B₁ 100mg，随后口服六天，以预防 Wernicke 脑病的出现。连续 7 天口服叶酸盐 1mg。其他维生素 B 缺乏的患者应适当地给予补充。
5. 意识丧失的患者应给予支持性治疗，静脉补充液体和葡萄糖，保持气道通畅，监测生命体征。

严重酒精中毒

血液酒精浓度达 0.1~0.15mg/dL 被法定为中毒。0.3~0.4mg/dL 会引起昏迷和其他问题。酒依赖患者通常能耐受更高的血液酒精浓度。

治疗方法：

1. 洗胃
2. 肌注维生素 B₁ 100mg 以预防 Wernicke 脑病的出现
3. 50%葡萄糖 50mL 防止低血糖
4. ICU 监测
5. 监测戒断综合征

兴奋剂（可卡因、苯丙胺）

症状和体征：

1. 坐立不安
2. 欣快
3. 精神失常、幻觉、妄想
4. 食欲减退
5. 呼吸频率加快
6. 瞳孔扩大
7. 心律失常、心动过速、高血压

8. 发热/体温过高
9. 癫痫发作
10. 继发于中风的中枢神经系统体征
11. 昏迷

长期过量使用可卡因者会出现类似精神分裂症的妄想症状。如果患者超剂量使用会出现自主神经不稳定和体温升高的症状，可能会进展为癫痫发作、中风和死亡。经常使用苯丙胺的患者也会出现精神症状和心境改变。

常用治疗方法：

1. 在安静的环境下进行评估。
2. 对于轻微的症状应给予安慰。
3. 对于急性激越和焦虑的患者可适当使用苯二氮草类药物。
每 1~2 小时给予劳拉西泮 1~2mg (通常情况下 24 小时内不超过 8mg)，直到患者症状稳定。
4. 严重的偏执状态或者激越的患者应接受抗精神病药物治疗，例如氟哌啶醇每 30 分钟给予 5mg，直到患者症状稳定 (24 小时内不超过 20mg)。
5. 要了解躯体并发症，例如心肌梗死 (MI)、中风和颅内出血。
6. 严重的肾上腺素能反应 (发热、心动过速、高热和高血压) 应使用 β 受体阻滞剂，例如普萘洛尔 20~40mg 口服或者 1~2mg 静脉给药，哮喘、糖尿病和心血管病患者除外。
7. 体温超过 39℃ 属紧急情况。应用冷却毯、冰浴和其他手段。
8. 治疗癫痫发作需要静脉给予地西泮每分钟 5~20mg，必要时间隔 15 分钟可重复给药。
9. 如果偏执状态持续超过 12 小时，应考虑住院治疗。出院后应该由专人管理，可能需要安排出院后的近期随访。
10. 维生素 C 和氯化铵酸化尿液，能促进药物的排泄。

大麻 (印度大麻)

症状和体征：