



## 懷孕時期噁心嘔吐之探討

潘柏霖<sup>1</sup> 江瑞錦<sup>2</sup> 黃志芳<sup>2</sup> 駱聰成<sup>2</sup>



### 前言

在懷孕早期很常出現噁心或嘔吐的症狀，經常被當做第一孕期的正常生理現象，但是，如果是嚴重且持續的噁心嘔吐常會影響孕婦的生活品質。

高達74%的孕婦會有噁心和嘔吐的症狀，有一半的孕婦則只有嘔吐的情形。雖然一般會用「晨吐」來描述懷孕婦女的噁心和嘔吐，但是每個人症狀發生的時間、嚴重度、和持續時間的差異性很大。大約有80%的病人自述症狀是持續一整天的，而只有1.8%孕婦的症狀單獨在清晨發生。

### 危險因子

低教育程度、高齡、黑人種族、低收入戶、多次生產或多次懷孕（包括流產）的婦女都是高危險群。假如有動暈症、偏頭痛、對味覺敏感的婦女、或是曾經因使用含動情激素的避孕藥所導致嘔吐

的情形，這些都會升高風險。但是，味覺不好的人則會降低風險。

「妊娠劇吐症」（hyperemesis gravidarum）是描述孕婦因嚴重的噁心嘔吐導致體液和電解質的不平衡，通常都是需要住院治療。大約有1%的孕婦會發生這樣的問題，導致嚴重的脫水、酮尿症、電解質不平衡（如低血鉀等）、和大於5%的體重減輕。妊娠劇吐症的高風險因子是曾經有過妊娠劇吐症、妊娠滋養細胞疾病（gestational trophoblastic disease）、胎兒水腫（hydrops fetalis）、胎兒三倍體（fetal triploidy）、唐氏症胎兒（fetal trisomy 21）、和多次生產的婦女；另外胎兒若是女性，風險可能會升高50%。

### 病因和病生理學

導致孕婦噁心嘔吐和妊娠劇吐症的原因目前不是很清楚。觀察性的數據指出可能與體內的人類絨毛膜性腺激素（human chorionic gonadotropin, hCG）的濃度和胎盤的大小有關，暗示胎盤分泌的物質可能與噁心嘔吐的原因和其嚴重度是有關的。一些有葡萄胎（complete

1 高雄長庚醫院 家庭醫學科住院醫師

2 高雄長庚醫院 家庭醫學科主治醫師

關鍵詞：pregnancy, nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum

通訊作者：江瑞錦



hydatidiform molar pregnancies) 的婦女，雖然沒有胎兒，但是也有噁心嘔吐的情形，這可能是胎盤分泌的物質所引起的，尤其是hCG。因此，像是多產婦、葡萄胎、或懷有唐氏症的情況下，都會有比較高的hCG，也會有比較高的機率出現噁心嘔吐的症狀。

動情激素和黃體激素也是可能的病因。其他可能的原因還有胎盤前列腺素(placental prostaglandins)、血清素(serotonin)、甲狀腺功能異常、瘦素(leptin)升高、免疫系統功能異常、幽門螺旋桿菌感染、和腸胃道蠕動異常。

另外，心理因素也需要討論，有兩個主要假說認為劇吐症與轉化症或精神分裂疾患、或是壓力有關。懷孕時的矛盾心情可能是原因之一，而持續噁心嘔吐所產生的負面情緒可能也會加重症狀。

### 臨床病程與鑑別診斷

在大部分的情況下，懷孕中的噁心嘔吐是相當輕微的。這些症狀最常開始在最後一次月經後的四週，在懷孕第九週達到高峰，約60%的病人會在第一孕期結束時好轉；87%的病人則是會在第二十週恢復。而有不典型症狀和時間點(如懷孕九週後出現症狀、非第一孕期出現症狀、症狀嚴重、妊娠劇吐症)的病人，必須排除其他較嚴重疾病的可能(表1)。

一般輕微的孕吐在理學檢查下是不會有異常表現的。若有腹部壓痛、腹膜炎

表現、發燒等不正常現象，則需要考慮其他的診斷。而妊娠劇吐症的病人有可能會出現脫水現象，有時還會合併姿態性低血壓，但是不會有其他異常的理學檢查徵象。

臨床上診斷妊娠劇吐症則是根據在第一孕期內持續性的噁吐，伴隨著體重下降5%，以及驗尿有酮體反應，另外需要排除是否為其他疾病所引起。

### 實驗室檢查

若沒有異常理學檢查徵象和脫水表現，不用進行抽血檢查。但如果臨床懷疑不單純是孕吐的問題，可以開立基本的檢查，如全血液檢查、尿液檢驗、生化檢驗像是轉胺酶、甲狀腺刺激激素、人類絨毛膜性腺激素、澱粉酶。若人類絨毛膜性腺激素異常升高或臨床懷疑葡萄胎(molar pregnancy)或是多胞胎，則可以進行超音波檢查。

### 治療

#### 非藥物治療

##### A. 飲食控制

傳統第一線治療孕期嘔吐或是劇吐症的方法是飲食控制。

1. 維持足夠水分及電解質補給，建議每日攝取水分至少2公升。不過因為腸蠕動減緩，胃排空時間拉長，所以飲水量增加太多反而可能導致噁心嘔



表1 孕期噁心嘔吐的鑑別診斷

常見原因	少見的原因
膽囊炎	孕期急性脂肪肝
腸胃炎	Addison症
胃食道逆流	闌尾炎
偏頭痛	中樞神經腫瘤
	糖尿病酮酸中毒
不常見的原因	高血鈣
膽道疾病	腸阻塞
藥物中毒	梅尼爾氏症
肝炎	卵巢扭轉
甲狀腺機能亢進	紫質症
腎結石	假性腦腫瘤
葡萄胎	尿毒症
胰臟炎	前庭病變
消化性潰瘍	
子癩前症	
腎盂腎炎	

資料來源：參考資料1

吐，故水份攝取因以個人不口渴為原則。

- 減少空腹時間，少量多次進食溫和、無刺激性食物。
- 避免飲食過量，尤其油膩食物。
- 避免強烈味道食物。
- 避免過多肉類，要多攝取低油、低纖維、清淡口味的食物（像是麵包、脆餅、穀物、雞蛋、豆腐、瘦肉、花生醬、水果、蔬菜）。
- 早晨剛起床即攝取乾碳水化合物，如餅乾。可以改善空腹所造成的噁心感。
- 餐間補充高蛋白質點心。

## B. 針灸與指壓

pericardium 6 (P6) 即內關穴，是經常用來針灸治療孕期嘔吐的穴道，約在前臂內側手腕上約二到三指寬，以手指指壓或是針灸來治療，可以減輕症狀。目前的研究顯示效果有限，但必要時可以作為嘗試。

## C. 薑

其根莖部除可用來調味，亦可作為藥材。有止吐效果，對懷孕相關噁心嘔吐也有效，2014年一整合分析研究指出可以有效的改善噁心的症狀，但不能有效的降低嘔吐的次數。可以使用淬取膠囊服



用，每六小時服用125至250毫克，可有效減少孕吐嚴重度及時間。薑茶或薑汁汽水也是另一種替代的選項。但是，有報導指出薑的最終產物有前列腺素的作用，使用時應小心。

### 藥物治療

懷孕期間使用藥物要注意其對孕婦身體的影響外，重要的是該藥物會不會增加胎兒發生先天缺陷（birth defects）的機會。如表2。

表2 孕期噁心嘔吐的藥物治療

藥物	劑量	副作用	備註
<b>第一線治療</b>			
維生素B6	10-25 mg Q8H	感覺異常、頭痛、疲倦	第一線治療
Doxylamine	12.5-25mg Q8H	嗜睡	在早晨和中午的時候使用低劑量，晚上再使用大劑量
<b>第二線治療</b>			
Diphenhydramine	25-50 mg Q8H	嗜睡、頭暈、頭痛、疲倦	
Hydroxyzine	50mg Q4H-Q6H	嗜睡、頭暈、頭痛、疲倦	
Meclizine	25mg Q6H	嗜睡、頭暈、頭痛、疲倦	
Metoclopramide	10mg Q6H	遲發性運動不能（tardive dyskinesia）	避免高劑量或治療超過12週
Ondansetron	4-8mg Q6H	頭痛、腹瀉、便秘、疲倦	可使用口溶錠
Promethazine	12.5-25mg Q4H-Q6H	鎮靜、椎體外症狀（extrapyramidal symptoms）	避免靜脈注射；口服、肛門栓劑、或肌肉注射比較安全
<b>頑固型噁心嘔吐</b>			
Methylprednisolone	16mg Q8H使用三天後，再慢慢減少劑量		十週前使用會升高腎臟裂的風險，可口服或靜脈給予
Prochlorperazine	5-10mg Q6H	鎮靜、椎體外症狀、低血壓	可使用口頰含片
Scopolamine	1mg 耳後貼片Q3D	嗜睡、口乾、尿液滯留	若在第一孕期使用可能會造成肢體和軀幹的畸形

資料來源：參考資料1

A. 維生素B6和Doxylamine：維生素 B6（每八個小時10-25mg）可以有效的改善噁心的症狀，但是對嘔吐的改善程度就比較不清楚了。而且若將維生素B6和Doxylamine一起使用可以有效降低70%的噁心嘔吐。雖然過去會擔心其致畸胎性，但最近大型整合分析研究（meta-analysis）顯示維生素B6和Doxylamine在第一孕期使用是安全的。而美國婦產科學院也是建議可以使用維生素B6和Doxylamine來治療孕吐。



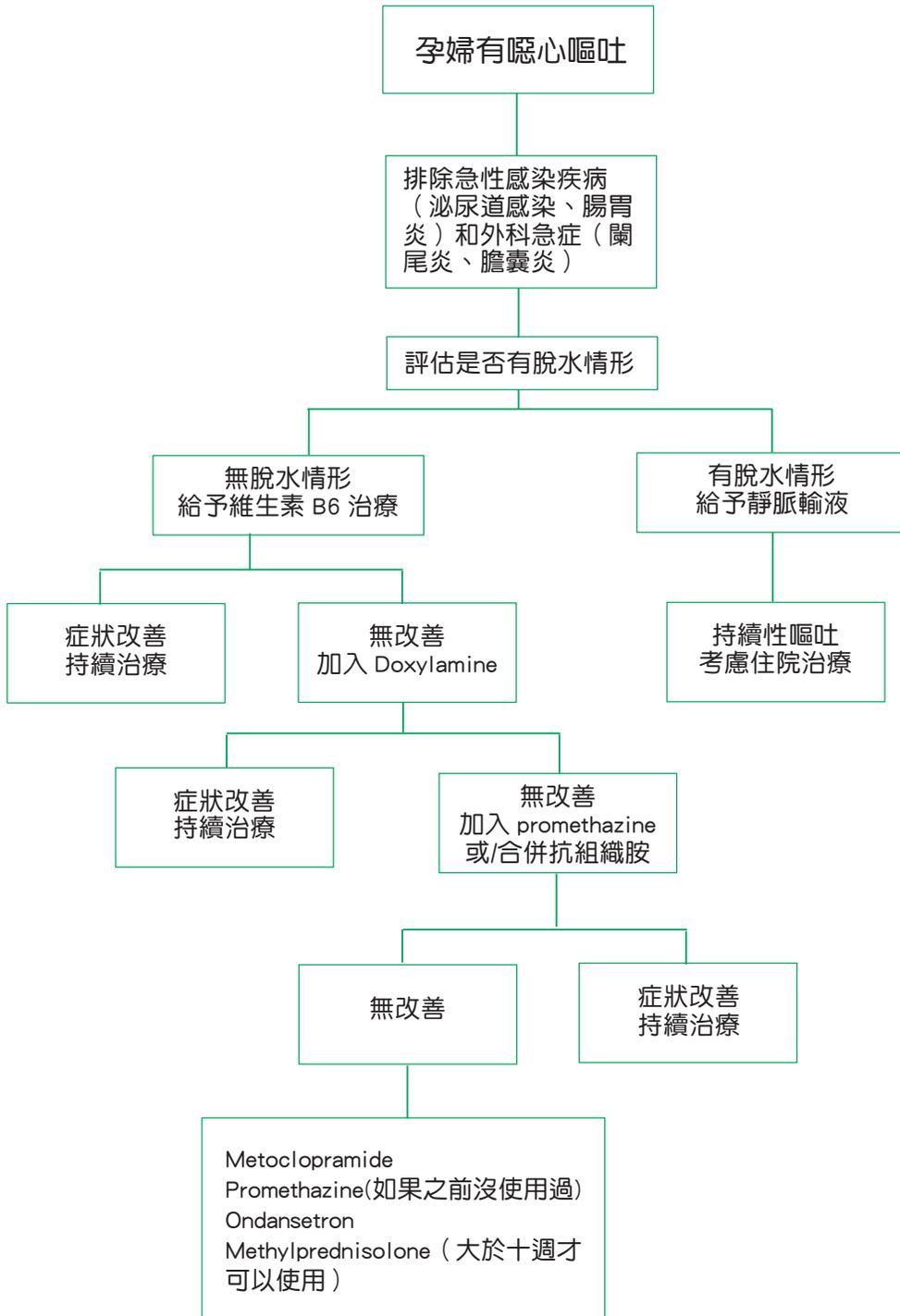
- B. 止吐藥：chlorpromazine 和 prochlorperazine 已經顯示可以用來改善孕吐和妊娠劇吐症。prochlorperazine 的口腔粘膜劑型會比口服劑型有較少的鎮靜副作用。另外 promethazine 也經常被使用，但有鎮靜的副作用；有肛門給藥和可以在手腕使用的皮膚外用藥，在第一孕期使用確定是安全的。有一個小型研究指出治療噁心嘔吐上，ondansetron 和 promethazine 效果是差不多的，但是 ondansetron 具有較少的鎮靜效果，也不會升高流產、畸胎、或是出生體重降低。不過 ondansetron 的價格則較為昂貴。
- C. 抗組織胺和乙醯膽鹼拮抗劑：抗組織胺可以影響前庭系統來降低對嘔吐中樞的刺激。Diphenhydramine, meclizine, 和 dimenhydrinate 對於孕吐是有效果而且也是安全的；Magee 等學者蒐集於 24 個國家超過 20 萬名孕婦的資料，她們皆曾於第一孕期使用過抗組織胺治療孕吐，研究發現其胎兒異常率未高於一般值。另外雖然 scopolamine 可能也會有療效，但是在第一孕期是不建議使用的，因為可能會出現肢體和軀幹的畸形。
- D. 促腸胃蠕動劑：Metoclopramide 是經常單獨用來治療孕吐或是和其他藥物一起使用（如維生素 B6），可以增加胃部的運送和食道下段括約肌壓力，可通過血腦屏障，還可以拮抗腦內嘔吐中心的多巴胺受體來預防嘔吐，效果跟 prochlorperazine 一樣

好，但副作用更少。Metoclopramide 和維生素 B6 一起使用比 prochlorperazine 或 promethazine 更有效果，不過這三種治療方式都可以改善症狀。但是因為 Metoclopramide 可能會造成 tardive dyskinesia，所以美國食品藥物管理局將其副作用列為藥物安全警示，而這種罕見併發症的風險會隨著劑量變大和治療時間變長而增加。

- E. 類固醇：某一個 40 位女性的研究指出 methylprednisolone 在對於妊娠劇吐症治療上，可以比 promethazine 更有效的改善噁心嘔吐的症狀。但是，一個整合分析了四篇研究結果發現在懷孕十週前使用類固醇可能會增加 3 到 4 倍得到新生兒唇顎裂的風險，因此類固醇必須避免在懷孕第十週內使用。
- F. 靜脈輸液：靜脈輸液在補充回復母體因過度嘔吐所造成的體液缺乏和電解質不平衡是安全而且有效的，可以使用生理食鹽水或是林格氏液來輸注。如果是使用含有 dextrose 的液體、嘔吐大於三週、或輸液補充大於三天的情況下，需要加入 thiamine 來避免 Wernicke 腦病變。
- G. 腸道營養及靜脈營養：若有頑固性的噁心嘔吐則需要住院治療，管罐飲食在加上靜脈輸液可能會有幫助，假如還是沒有改善，可能就要給予靜脈營養。但是在懷孕時給予靜脈營養具有相當的風險，像是會有 25% 的機率會出現管路引起的敗血症，或是給予靜脈脂質所引起的脂肪變性肝炎



圖1 孕期噁心嘔吐的治療流程圖



資料來源：參考資料1



(steatohepatitis)，所以靜脈營養通常必須用在已給予腸道營養治療後無效的嚴重病人身上。

H. 制酸劑：最近的研究指出懷孕女性若有胃食道逆流的情形，會有比較嚴重的孕吐症狀，所以可以使用H<sub>2</sub>受器拮抗劑和質子幫浦抑制劑（proton pump inhibitors）來改善症狀，而這兩種藥物對於孕婦來說是安全且有效的。

### 母親和胎兒預後

有些研究顯示，單純性孕期噁心嘔吐可以降低流產、早產、胎兒死亡和生長遲滯的機率。但是，在懷孕早期就發生體重下降，尤其是有妊娠劇吐症的情況下，反而可能會增加生長遲滯或是低出生體重的機率。如果治療效果不佳或是合併體重下降，出現胎兒生長遲滯和死亡、子癇前症和嘔吐的合併症（例如食道破裂、視網膜出血、Mallory-Weiss症候群、氣胸）的風險都會升高。

### 總結

孕吐是相當常見而且具有挑戰性的問題，妊娠劇吐症也可能會使週產期產生不良的結果。這些情形也可能會影響孕婦的生活品質和心理發展。本文章整理許多安全且有效的治療方法可以讓臨床醫師選擇。圖 1 是根據美國婦產科學院的建議所整理的治療流程圖。

### 參考資料

1. Herrell HE: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Am Fam Physician*. 2014;89:965-70.
2. 張育霖：懷孕相關噁心嘔吐的處理。台灣醫界。2012；55：12-4。
3. UptoDate: Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy; [http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=see_link)
4. UptoDate: Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. [http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=see_link)
5. Louik C, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Mitchell AA: Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2006; 20:270-8.
6. Lacroix R, Eason E, Melzack R: Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:931-37.
7. Heinrichs L: Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 suppl Understanding):S215-19.
8. Niebyl JR: Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med*. 2010;363:1544-50.
9. Davis M: Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18:312-28.
10. Niemeijer MN, Grooten IJ, Vos N, et al.: Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211:150.e1.