

## 母乳哺育醫療學會臨床程序#21：女性藥癮者 與母乳哺育之實行方針

母乳哺育醫療學會臨床程序制訂委員會

母乳哺育醫療學會的主要目標就是發展出可以處理可能會影響成功母乳哺育相關醫療問題之臨床常規。這個常規只用來作為照顧授乳母親與嬰兒的方針，而非絕對的治療方式或是醫療照護的標準，正確的治療方式應該是根據病人需求的不同來做調整。

### 目標：

曾經或現有藥物濫用史之懷孕或剛生產的婦女，是否選擇母乳哺育是相當具有挑戰性，因為它必須考量很多因素。此臨床程序是針對女性藥癮者若選擇母乳哺育，應如何評估與處置，提供實證的準則。

### 背景：

非法藥物使用和濫用藥物在育齡婦女仍然是個重大問題的。2007年全國藥物使用與健康的調查發現，在美國15-44歲的懷孕婦女，有5.2%在調查時間的前一個月內曾使用過違禁的藥物<sup>1</sup>。面對曾經或現有藥物濫用史之懷孕或剛生產的婦女，且有母乳意願時，因為多種原因，醫療服務提供者常須面臨一個重大的挑戰。除了藥物所起的直接藥理作用，女性藥癮者也常常會出現一些的行爲或情況，單獨地對母乳哺育嬰兒帶來危險。這些人經常是併用多種藥物，包括菸癮和酒癮。非法藥物又經常摻雜一些危險成分來稀釋，這對嬰兒也帶來額外的威脅。吸毒人群的感染風險較高，例如人類免疫不全病毒（HIV）和B肝或C肝病毒，也常有營養不良。這個群體中的人也常合併有精神疾病而需要藥物治療，使得哺乳更成爲一個困難的選擇，因為目前許多精神科藥物在哺乳的使用安全性上，資料並不多。對於女性藥癮者，儘管無數的因素，讓母乳哺育成爲一個非常困難的選擇，但對於這類接觸毒品的嬰兒，就像他們的母親，存在著發生醫療、心理或發展相關問題的高風險，但母乳哺育仍讓他們大大受益。許多上述因素雖然可能對嬰兒造成風險，但這些風險必須與母乳和母乳哺育的好處相權衡。

理想狀況下，生產後且有母乳意願的藥癮婦女應該要接受全面的戒癮治療，但事實情況往往不是如此。針對這類婦女的戒癮治療往往欠缺，或未考慮性別角色，或不夠周全。這些限制，讓周產期照護者只能仰賴母親的自我回報及「猜測」治療的適當性、婦女配合度、停用藥物的時間長短、社區支持系統等等。選擇哺乳或許代表母親可能較少或不曾去碰觸毒品，但研究發現事實並非如此。根據1998年美國全國母嬰健康的調查資料顯示，重度濫用酒精、大麻和印度大麻以及中度濫用古柯鹼，並不會明顯地阻礙婦女選擇母乳哺育<sup>2</sup>。

健康照護者面對有母乳意願的藥癮者，或許主要的挑戰就是缺乏照護這些族群的實證臨床指引。目前已有幾篇關於藥癮者哺乳的綜合評論文章，大多數的結論是如果母親爲毒癮者，原則上是禁止哺餵母乳<sup>3,4</sup>。但針對單一特定藥物濫用的研究是欠缺的，就醫學倫理考量上也很難去做到各種系統式的研究。以嬰兒表現結果做研究也是很複雜，因為必須去區分是子宮內藥物影響或是產後(母乳)藥物影響。有關女性藥癮者哺乳時的藥物動力學資料相當稀少。大部分毒品可以在乳汁中發現，但腸胃中的生體可用率(bioavailability)各有不同<sup>5</sup>。Phencyclidine hydrochloride，如古柯鹼<sup>6</sup>，能高濃度存在於乳汁中<sup>7</sup>，可以造成嬰兒中毒<sup>8</sup>。

$\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol (THC)會出現在乳汁中，它的代謝物沒有在乳汁中發現但會出現在嬰兒糞便裡，顯示 THC 可以被嬰兒吸收及代謝<sup>9</sup>。但周產期接觸 THC 對嬰兒的發展是否有長期影響，目前沒有結論<sup>11-12</sup>。至於其他的濫用藥物，目前可以說極少甚至沒有實證去描述乳汁中微量藥物或其代謝物對於嬰兒發展的影響。

在美國對於鴉片類藥物依賴的孕婦和產後婦女，其首選治療是美沙酮維持療法(methadone maintenance)<sup>13</sup>。相對於其他藥物，美沙酮在母乳中的濃度以及對嬰兒的影響已經有相當的研究，且研究發現美沙酮在母乳中的濃度很低；因此無論母親接受多少劑量的美沙酮，只要穩定接受美沙酮維持療法<sup>14</sup>，婦女若有意願應允許她餵母乳<sup>14-19</sup>。母乳中的美沙酮對腦神經發育並無明顯短期<sup>18</sup>或中期<sup>20</sup>影響。但是在子宮內長期暴露於鴉片下的嬰兒，通常會有典型新生兒戒斷症候群(neonatal abstinence syndrome, NAS)，這是一個群集的跡象和症狀，其中包括了神經過度興奮(震顫、煩躁、易醒、高音調的哭聲，肌肉張力增加、反射增加、癲癇發作、經常打呵欠和打噴嚏)，胃腸功能障礙(餵食困難、不協調但又持續性的吸吮、嘔吐、腹瀉、脫水、體重增加不良)，和自律神經症狀(排汗增加、鼻塞、發燒、斑駁的皮膚)<sup>21</sup>。子宮內暴露於鴉片下的嬰兒，其戒斷跡象和症狀典型通常發生在出生 48~72 小時內，但在有些嬰兒可以持續到 4 週之後<sup>22</sup>。有嚴重 NAS 症狀的嬰兒其含乳機制會有困難，這相對會影響他在乳房上吸奶的能力<sup>23</sup>。雖然如此，對暴露在美沙酮下的嬰兒，越來越多證據支持母乳哺育或母乳對嬰兒有益；母乳哺育的嬰兒也較少發生嚴重的 NAS<sup>19,24-26</sup>。

某些國家用 Buprenorphine 來治療懷孕中或產後鴉片類藥癮的藥物。目前有三篇個案報告討論 Buprenorphine 和哺乳，這些報告的個案都很少且資料結果互相有所衝突。但所有報告均同意母乳中的 Buprenorphine 含量很少，不太可能對發育中的嬰兒有負面影響<sup>27-29</sup>。

### 建議：

藥癮婦女的嬰兒，容易有多重健康和發育上的問題，但看來仍可以因哺餵母乳和喝母乳而有實質上的受益，且該婦女也會一同受益。產前計畫應是公式化的提供給每一位婦女，包括教導如何當母親，如何哺餵母乳和產後的戒癮治療。此照護計畫必須包含說明在哺乳期藥癮或酒癮再犯的後果，以及若哺餵母乳是禁忌時，教導如何準備配方奶及消毒奶瓶。

在周產期階段，每一對母嬰在準備哺乳前，一定要經過謹慎且個別性的評估。這項評估必須考慮幾個因素，包括母親藥癮及毒癮治療史，身體及精神狀況和所用的藥物，嬰兒健康狀況(包括進行新生兒戒斷症候群NAS的評估，及對母乳哺育的影響)，母親的家庭與社區支持系統之有無及其適當性，產後健康照護計畫，母親的精神照護(如果有需要)及戒斷治療，和小孩的小兒照護。最理想的狀況，是有母乳意願的女性藥癮者能夠參加戒斷治療。在生產前最好能獲得母親簽署的知情同意書，方便戒斷治療提供

者，母親照護提供者及小兒照護提供者之間的溝通。但如果沒有，產後也要有雙向溝通的知情同意書。

請注意，以下的建議大多只是來自專家觀點，因為與這類主題相關的研究實在稀少：

#### **婦女在符合下列所有條件的情況下，應該支持她們母乳哺餵新生兒的決定**

- 婦女已參加戒斷治療且提供同意書，讓照護人員可以跟戒斷治療諮詢人員討論治療進度以及產後治療計畫。
- 婦女的諮詢人員願意背書保證婦女在產前階段有能力戒癮並持續維持；諮詢人員也贊成婦女的母乳哺餵計畫。
- 婦女願意產後持續接受戒斷治療。
- 婦女在生產時已戒斷毒品或藥物有90天，且顯示能以門診方式維持戒癮。
- 婦女生產時的尿液藥物反應為陰性(除了戒斷藥物外)。
- 婦女有持續接受產前檢查。
- 婦女無醫療上的母乳哺育禁忌症(如HIV)。
- 婦女並未服用屬於哺乳禁忌的精神科藥物。
- 穩定接受美沙酮維持療法且有意願哺乳的婦女，應鼓勵她哺乳，不須考量母親美沙酮使用的劑量。

#### **婦女在下列情況下，應建議她們不要哺餵母乳**

- 婦女未接受產前檢查。
- 婦女在產前30天內又回復吸毒或濫用藥物。
- 婦女無意願參加戒斷治療，或已參加戒斷治療但不願提供同意書，讓照護人員與戒斷治療諮詢人員聯繫。
- 婦女生產時的尿液藥物反應為陽性。
- 婦女沒有確定的產後戒斷治療或小兒照護計畫。
- 婦女表現出仍持續用藥或吸毒的行為特質或其他表徵。

#### **婦女在下列情況下，應該被小心評估，並由周產期照護提供者和戒斷治療提供者透過協調性照護計畫，做出適合或不適合哺餵母乳的建議**

- 婦女在產前30-90天中間曾回復吸毒或濫用藥物，但在生產前30天已戒斷毒品或藥物。
- 婦女現仍併用其他處方藥物(如：精神科)。
- 婦女是在懷孕中期才接受產前檢查或戒斷治療。
- 婦女只有在住院期間才能維持戒癮。

母親接受鴉片類處方藥和Buprenorphine維持療法，對某些哺乳期婦女可能是安全的，但目前的研究文獻還太少，因此仍無法對這類藥品做出建議。

如果已經哺乳中的婦女後來又回復藥癮，應該強烈建議不要再餵母乳，即使在回復藥癮這段期間的母乳有被擠掉。目前對於大部分藥物和其代謝物在人類乳汁中的存留與濃度之藥物動力學資料及其對嬰兒的影響是未知的，而且由於存在著醫學倫理的兩難，相關的研究也不太可能出現。因為缺乏大多數藥物在剛生產後婦女的藥物動力學資料，所以無法建立單一藥物在使用後隔多久可以開始哺乳的安全期限。另外，在產後階段的藥癮婦女可能因判斷力受損，或藥癮發作的次發性行為改變，而影響母親適當照顧或餵食她嬰兒的能力。被動暴露於母乳中的藥物，也會增加嬰兒額外的風險。因此，任何後來又回復藥癮的哺乳中婦女，都應該提供給她們配方奶。無論母親如何選擇餵食嬰兒，以上所述的論點都是恰當的，而所有計畫均須包括讓母親接受密集的戒斷治療。

已經成功哺乳的藥癮婦女和她的嬰兒，在產後階段均須被細心追蹤監測。持續性戒斷治療、產後照護，視需求的精神科照護，和小兒科照護對這類族群都非常重要。尤其對於產生戒斷症候群的嬰兒，哺乳支持措施更為重要。提供照護者應相互溝通，提供這類母嬰一個支持性照護的互動網路。

#### **對未來相關研究的建議：**

1. 以病例對照研究法探討 Buprenorphine 與哺乳的關係，包括研究母親血清和乳汁中的藥物濃度及嬰兒攝取的總量，以及母親接受 Buprenorphine 維持療法之嬰兒的神經行為評估。
2. 長期隨機對照試驗探討母乳中美沙酮或 Buprenorphine 對嬰兒的影響，包括嬰兒的發展評估。

3. 針對哺乳期使用鴉片類處方藥物，探討母親乳汁、血清和嬰兒血清的藥物動力學資料。
4. 針對經母乳接觸到大麻的嬰兒做長期前瞻性世代研究，包括在將大麻列為合法的國家區域，其嬰兒發展的評估。

#### **致謝：**

本文章部分資料乃National Institute on Drug Abuse贊助L.M. Jansson之計畫(編號：RO1 DA019934)

#### **參考文獻：**

1. Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. <http://www.oas.samhsa.gov/sduh=2k7nsduh=2k7Results.cfm#2.6> (last accessed December 8, 2008).
2. Howard CR, Lawrence RA. Breast-feeding and drug exposure. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:195 - 217.
3. Wilton JM. Breastfeeding and the chemically dependent woman. *NAACOGS Clin Issue Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:667 - 672.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:766 - 789.
5. Ito S. Drug therapy for breastfeeding women. *N Engl J Med* 2000;343:118 - 126.
6. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:1035 - 1039.
7. Kaufman R, Petruca RA, Pitts FN, et al. PCP in amniotic fluid and breast milk: Case report. *J Clin Psychiatry* 1983;44: 269 - 270.
8. Winecker RE, Goldberger BA, Tebbett IR, et al. Detection of cocaine and its metabolites in breast milk. *J Forensic Sci* 2001; 46:1221 - 1223.
9. Chasnoff I, Lewis DE, Squires L. Cocaine intoxication in a breast fed infant. *Pediatrics* 1987;80:836 - 838.
10. Perez-Reyes M, Wall ME. Presence of D9-tetrahydrocannabinol in human milk. *N Engl J Med* 1982;307:819 - 820.
11. Astley SJ, Little RE. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol Teratol* 1990;12:161 - 168.
12. Tennes K, Avitable N, Blackard C, et al. Marijuana: Prenatal and postnatal exposure in the human. *NIDA Res Monogr* 1985;59:48 - 60.
13. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. NIH Consensus Statement 1997 Nov 17 - 19;15(6):1 - 38. <http://consensus.nih.gov/1997/1997TreatOpiateAddiction108.htm> (last accessed September 4, 2009).
14. Geraghty B, Graham EA, Logan B, et al. Methadone levels in breast milk. *J Hum Lact* 1997;13:227 - 230.
15. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, et al. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44: 543 - 547.
16. McCarthy JJ, Posey BL. Methadone levels in human milk. *J Hum Lact* 2000;16:115 - 120.
17. Begg EJ, Malpas TJ, Hackett LP, et al. Distribution of R- and S-methadone into human milk during multiple, medium to high oral dosing. *Br J Clin Pharmacol* 2001;52:681 - 685.
18. Jansson LM, Choo RE, Harrow C, et al. Concentrations of methadone in breast milk and plasma in the immediate neonatal period. *J Hum Lact* 2007;23:184 - 190.
19. Jansson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics* 2008;121:106 - 114.
20. Jansson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and long-term lactation. *Breastfeed Med* 2008;3:34 - 37.
21. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* 1998;101:1079 - 1088. ABM PROTOCOL 227
22. Kandall SR, Gartner LM. Late presentation of drug withdrawal

- symptoms in newborns. Am J Dis Child 1974;127:58 - 61.
23. Jansson LM, Velez M, Harrow C. Methadone maintenance and lactation. J Hum Lact 2004;20:62 - 71.
  24. Ballard JL. Treatment of neonatal abstinence syndrome with breast milk containing methadone. J Perinat Neonatal Nurs 2002;15(4):76 - 85.
  25. Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, et al. Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84:145 - 150.
  26. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of NAS among infants of drug-dependent mothers. Pediatrics 2006;117:1163 - 1169.
  27. Grimm D, Pauly E, Poschl J, et al. Bup and Norbup concentrations in human BM samples determined by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. Ther Drug Monit 2005;27:526 - 530.
  28. Marquet P, Cheval J, Lavignasse P, et al. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. Clin Pharmacol Ther 1997;62:569 - 571.
  29. Johnson RE, Jones HE, Jasinski DR, et al. Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women: maternal and neonatal outcomes. Drug Alcohol Depend 2001;63: 97 - 103.

國際母乳哺育醫療學會臨床流程的效期自出版後只有五年，五年內或在證據支持上有明顯的改變，則在更短時間內會有新的研究證據支持的修訂版。

撰稿者

\*Lauren M. Jansson, M.D.

臨床程序制定委員會

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

\*主要作者

聯絡: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

中文翻譯: 楊誠嘉 醫師

中文審稿: 高美玲 教授

附件:

**藥毒物濫用與哺乳的醫院政策範本(改編自Boston Medical Center Policy, Boston, MA, 由Robin Humphreys and Bobbi Phillip, M.D., FABM製作)**

在生產前10週尿液藥毒物篩檢呈現:

**陽性**

- 建議母親用配方奶餵食。
- 建議母親參加嬰兒按摩課程。
- 不建議母乳哺育。
- 不提供母乳哺育相關衛教服務。
- 不提供擠奶器。
- 如果母親堅持母乳哺育，應告知母親這是違反醫療建議。討論過程應記錄在病歷上，也應知會社工人員；社工人員應就此問題聯絡適合的社會服務機構。
- 任何時候，只要有嬰兒安全虞慮時，主治醫師(或其他主要照顧者)可以開立醫囑讓母嬰分開照護。

在生產前10週尿液藥毒物篩檢呈現:

**陰性**

**同時**

至少在產前12週能遵從所有戒斷治療計畫\*

**同時**

至少在產前12週能遵從標準的產前檢查\*\*

**同時**

待產時尿液藥毒物篩檢呈陰性

**此時**

- 鼓勵母乳哺育
- 協助嬰兒在產後1小時內母乳哺餵
- 在嬰兒出生前產科團隊應將個案狀況通知小兒科團隊
- 小兒科團隊應收集嬰兒尿液和胎便做藥毒物篩檢
- 小兒科團隊應照會社工及泌乳顧問

\*遵從意味著母親在懷孕期間治療計畫如有改變也是適當的，母親的治療計畫一個換過一個(例如：一個失敗，又換一個新的計畫)就不算是遵從。可以把當地有關藥癮戒斷計畫之細節及聯繫資訊放在此處。

\*\*產前12週的標準的產前檢查(請加入各國或地區產前檢查之相關細節，例如，在美國為28、30、32、34、36、37、38、3940週。)