

母乳哺育醫療學會臨床程序 18：抗憂鬱劑在哺乳母親的使用

母乳哺育醫療學會臨床程序制訂委員會

一些常見的醫療問題常影響母乳哺育的成效，而母乳哺育醫療學會的主要目標就是發展出可以處理相關醫療問題的臨床程序。這些臨床程序只用來作為照顧哺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。根據個別病人的需求而有治療上的差異可能是適當的。

背景

據估計，約有 5 到 25% 的女性在產後一年經歷過憂鬱的情形¹⁻³，因此醫護人員在選擇各種治療憂鬱的方式時，將母親哺乳的風險與利益列入考慮是很重要的。即便許多醫護人員了解產後憂鬱對母親和嬰兒可能造成長期與短期的負面影響⁴⁻⁶，產後憂鬱還是常被忽略和未加治療。產後憂鬱是可以治療的，治療的選擇包括心理治療（認知行為、人際關係）⁷⁻⁹、抗憂鬱劑^{8,10,11}或兩者合併⁸。治療方式的選擇受許多因素影響，其中包括母親哺乳的意願。母親可能因為哺乳而不接受藥物治療或藥物的治療劑量不足；也可能因為擔心在哺乳期間使用藥物，而決定不哺乳。完整的考量必須包括憂鬱症不治療的風險、藥物對母親與嬰兒造成的風險及治療帶來的好處。本指引將討論主動篩檢、當發生產後憂鬱時如何診斷的重要性、如何決定治療方式及特別提到有足夠證據可以推薦的藥物（SSRI、TCA 等）。我們了解這是個複雜的議題，有許多其它因素會影響產後憂鬱婦女的照顧，但這已超出本指引要討論的範圍。

辨識產後憂鬱的臨床方法

產後憂鬱常被醫護人員與母親所忽略^{2,12-14}。憂鬱的症狀—心情低落、睡眠困擾、體重減輕、倦怠、注意力不集中、焦慮、對平常活動失去興趣…。對母親與醫護人員而言，有時會難以和新手母親的正常經驗區別。而分辨產後憂鬱

（depression）和產後沮喪（blue）也是很重要的，因為誤診可能帶來不必要的治療。要區分憂鬱的症狀和嬰兒帶來的產後沮喪（baby blues），必須評估發作的時間（幾乎整天、每天並且超過兩個星期）及嚴重度（功能障礙）¹⁵。

對許多婦女而言，在她們的嬰兒出生後，承認有喜悅以外的感覺，是令人震驚與尷尬的。如果母親有傷害自己或嬰兒的想法出現，通常會害怕向產科醫師、家庭醫師、兒科醫師、助產士、兒童保健護士或其他醫護人員啓齒，因為擔心會

被貼上「瘋了」的標籤，或她們的嬰兒會被帶走。因此，許多婦女不會把那些擔憂說出來，或甚至不認為那些想法有什麼問題，除非醫護人員問一些特定的問題或使用篩檢工具才能發現（見表一）。視設施與國情的不同，許多婦女在生產時和生產後是由醫師以外的醫護人員來照顧的。在這種情形下，醫師與這些醫護人員的溝通，對做出正確的診斷與開始及時治療是很重要的。

表一、辨識產後憂鬱婦女的建議

-
- 辨識產後憂鬱症的較佳方法是在產後或健兒門診使用已被認可的篩檢工具，如 Edinburgh Postnatal Depression Scale¹⁶，或 Postpartum Depression Screening Scale¹⁷⁻¹⁹。
 - 詢問母親是否覺得情緒低落或緊張。許多產後憂鬱的婦女是以焦慮而非心情鬱悶為主訴。應了解是否有過度憂心嬰兒或母親自己健康的情形。
 - 詢問母親是否在極度疲累或嬰兒已入睡之後仍有睡眠困擾²⁰，或是否整天都在睡，無法離開床鋪。
 - 詢問母親是否有體重減輕或增加之情形。許多有產後憂鬱的婦女會主訴食慾不佳，但她們會為了維持體力或哺乳而吃東西。有些母親會因而增加體重。
 - 以開放而不具威脅的態度直接詢問母親，是否有過傷害自己小孩的想法或恐懼。例如：「許多新手媽媽在面對自己的新生寶寶時會感到焦慮，她們可能會出現一些不尋常或連自己都害怕的想法，比如擔心自己可能會傷害寶寶。您曾有過這種情形嗎？」²¹有過傷害性想法的母親，不希望傷害自己寶寶，因此會採取逃避恐懼的作法。（例如：母親害怕寶寶會溺斃，所以自己不幫寶寶洗澡，而請配偶代勞。）區分產後憂鬱的母親與產後精神病的母親是很重要的，後者的妄想可能使母親「為了拯救嬰兒脫離惡魔或離開人間苦惱」而傷害自己的嬰兒。妄想症的母親有極高風險會傷害寶寶或自己，應立即轉介精神科醫師評估²²。
 - 詢問母親對接納一個新生命是否有疑慮或問題。
 - 考量母親與寶寶的互動，包括母親與寶寶對彼此的回應。
 - 哺乳有困難或不喜歡哺乳，可能就是一個需要進一步評估警訊。
-

治療產後憂鬱症的臨床方法

一旦婦女被診斷罹患產後憂鬱症，就必須開始考慮治療的方法。雖然不治療是一種選擇，卻不是建議的方法。產後憂鬱可能持續好幾個月甚至好幾年，對母親與嬰兒的健康造成長遠的影響^{4,5,9,23}。患有輕度至中度憂鬱症的哺乳母親，如果可以的話，第一線治療宜採心理治療，心理治療對母親有效，又不會給嬰兒帶來危險，並且可能也有持續幫助母親學習適應新角色能力的好處。

如果心理治療不可行，或母親不能接受，或是症狀極為嚴重，使用抗憂鬱藥

物是有效的選擇。決定使用那一種抗憂鬱藥需要根據許多因素。沒有任何一種使用在產後及泌乳階段的抗憂鬱劑，被證明比其它種抗憂鬱藥物更安全或更有效。大部份的藥物都會分泌至乳汁中，包括所有的抗憂鬱劑。臨床用藥所依據的資料，主要來自個案報告或系列個案（case series）的文獻。因此治療的選擇，應是考慮下列因素後所做的決定：患者過去治療憂鬱症的方法、主要的核心症狀、憂鬱症的家族史與家族成員使用抗憂鬱藥物的經驗、個人現在及過去的疾病、目前服用的藥物、過敏情況、藥物的副作用及母親個人的意願。必須針對個案的情形做利弊分析（表二）²⁸。

表二、哺乳母親使用抗憂鬱的利與弊

-
- 產後憂鬱症不加以治療的風險包括：
 - 症狀持續。
 - 症狀可能惡化，包括功能退化，出現傷害自己或他人的想法(或甚至行爲)。
 - 人際關係衝突。
 - 育兒能力受損。
 - 忽視子女。
 - 影響子女的發展（行爲、社會與認知等）。
 - 使用抗憂鬱治療的風險包括：
 - 母親：藥物的副作用、潛在的藥物交互作用。
 - 嬰兒：經由乳汁得到藥物、對兒童發展的長期影響仍不明。
 - 治療的好處包括改善憂鬱的症狀，接著，可能增進母親的自尊、育兒能力、母嬰關係及兒童未來的成就²⁴。
 - 哺餵母乳對嬰兒與母親在生理與心理的好處已被明確地證實²⁵⁻²⁷。藉由正面積極地主動參與嬰兒的照顧與發展，其中所獲得的成就感，能讓憂鬱的母親從哺乳中得到額外的好處。
 - 憂鬱症母親哺餵母乳應考量的風險包括：
 - 因為完全依賴母親，導致母親睡眠缺乏，可能惡化或誘發憂鬱症狀。
 - 如果母親在哺乳期間服用藥物，讓嬰兒暴露於藥物的罪惡感與焦慮，可能惡化她的憂鬱症狀。
-

影響抗憂鬱劑選擇的臨床因素

產後或哺乳母親抗憂鬱藥物使用的選擇，並沒有一定的規則，不過，在此領域的專家所寫的文獻提供了一些臨床指引^{28,29}。

了解過去使用抗憂鬱劑的情形。一般而言，如果過去所使用的治療是有效的，而且耐受性良好，目前也沒有使用上的禁忌，將其作為第一選擇是合宜的。

了解家族中的憂鬱症治療病史。直系親屬的治療經驗也許可以預測母親的治

療反應。

考慮藥物治療所要針對的主要症狀與其可能的副作用。例如，如果母親特別容易焦慮，那可能增加焦慮感的藥物就不是第一選擇。如果母親容易嗜睡，那有鎮靜作用的藥物就不是第一選擇。如果母親有噁心或腹瀉的身體症狀，那會造成腹瀉的藥物就不是第一的治療選擇。

選擇哺乳期的抗憂鬱藥物

當考慮給予哺乳母親任何藥物時，必須考慮會影響嬰兒血清中藥物濃度的因素，血清中的藥物濃度是評估嬰兒暴露藥物的最準確方式。影響藥物進入乳汁的因素包括：給藥方式、吸收速率、半衰期與最高濃度時間、分離常數、分布體積、分子大小、離子化程度、血漿的酸鹼值[7.4]及乳汁酸鹼值[6.8]、藥物在水中與脂肪中的溶解度、與血漿蛋白結合力大於乳汁蛋白。影響嬰兒吸收藥物量的因素包括：泌乳量、初乳 vs. 成熟乳、藥物在乳汁的濃度、前一次哺乳中乳房被排空的程度、以及嬰兒吸收、代謝及排出此藥物的能力。有關哺乳期間使用藥物的最新資訊，可在 TOXNET lactmed 找到，網址是 <http://toxnet.nlm.nih.gov>。

大部分抗憂鬱劑的研究會提供藥物在乳汁中的濃度，或藥物在乳汁與母親血漿之比例。這些都不是恆定的，而是取決於劑量、頻率、給藥間隔、母親對藥物特性的個別差異、藥物交互作用、基因等因素。很少有研究提供嬰兒的血清藥物濃度，雖然這是嬰兒藥物暴露的最佳測量方法。大部分的研究認為，如果嬰兒的每日暴露劑量（根據母親的藥物劑量與乳汁中藥物濃度計算而得）少於「嬰兒治療劑量（或依體重校正的成人劑量）」的 10%，是最安全的。

特定的抗憂鬱藥物

最近的一項統合分析顯示，所有的抗憂鬱劑在乳汁中都可以偵測到，但並不都會出現在嬰兒的血清中。³⁰ 在大部分的情形下，嬰兒的血清中測不到 nortriptyline、paroxetine 或 sertraline。Citalopram 與 fluoxetine 則分別有 17% 與 22.7% 的嬰兒，他們的血清濃度會超過建議的母體濃度的 10%。以上任一種抗憂鬱劑都很少有副作用的報告。其它的抗憂鬱劑都沒有足夠個案數可以做出結論。

SSRIs

SSRIs 是使用最普遍的抗憂鬱劑，包括了 citalopram (20-60mg)、escitalopram (10-20mg)、fluoxetine (20-80mg)、fluvoxamine (50-300mg)、paroxetine (20-60mg) 及 sertraline (50-200mg)。SSRIs 改善憂鬱及焦慮的機轉是利用阻斷血清素 (serotonin) 的傳達，增加血清素在突觸內的可用性。這類藥物通常使用在憂鬱症或焦慮症，但也可以用在纖維肌肉疼痛 (fibromyalgia)、神經痛及經前症後群。母親常見的副作用包括腸胃不適、頭痛、性功能障礙、緊張或嗜睡。除了 fluoxetine 的半衰期是 4-6 天外，大部分 SSRIs 的半衰期是 24-48 小時。有一種較新的、類似的抗憂鬱劑--選擇性血清素及正腎上腺素回收抑制劑 (SSNRIs 或 SNRIs) --正

逐漸被廣泛使用，因為它們似乎更有效而且副作用較少，特別是對神經痛而言。因為 SSRIs 被使用的時間較久，有較多與哺乳的相關資料，所以本討論會聚焦在 SSRIs。

雖然paroxetine³¹⁻³³及sertraline³³⁻³⁸適常在嬰兒的血清中測不到，但所有SSRIs都曾在母乳中測得³⁰。這兩種藥物都不超過所建議的母體濃度的10%。相對地，22%使用fluoxetine³⁹⁻⁴⁴與17%使用citalopram^{33,45,46}的個案，嬰兒的血清濃度會超過母體濃度10%³⁰。實際上幾乎沒有哺乳母親使用escitalopram的個案報告，使用fluvoxamine⁴⁷⁻⁵²則僅有少數個案報告，最主要的可能原因是escitalopram最近才上市，而fluvoxamine的適應症是強迫症而非憂鬱症，所以較少使用。在大部份的研究中，沒有嬰兒因為這些藥物而產生副作用的報告。少數引起嬰兒副作用的報告包括睡不安穩、腸絞痛、躁動、胃口不好和嗜睡⁵³⁻⁵⁵。有一個案例是嬰兒在母親服用fluoxetine期間發生痙攣⁵⁶。然而，fluoxetine與該名嬰兒痙攣的關係還受到其它藥物的干擾，且該名嬰兒的血清藥物濃度並未取得。

雖然fluoxetine與所觀察到的反應之間的關係仍不明確，但在中樞神經系統快速發展的階段，暴露在這種強效血清素回收抑制劑（或任一種SSRIs）對寶寶的神經行為與發展的長期影響還沒有充分的研究⁵⁷。此外，有一研究發現嬰兒有體重增加不足的情形，在某些情形下這可能有臨床意義，因此母親有在服用fluoxetine的嬰兒都應小心監測體重⁵⁸。美國食品藥物管理局特別建議製造商重新改寫fluoxetine的使用說明，加註不建議哺乳母親使用⁵⁹。目前使用的仿單已包含此說明。

綜合這些資訊，sertraline 和 paroxetine 通常是最可能被處方的藥物，因為它們在母乳中的濃度很低甚至是零。這個推論是根據比起其它在母乳中會有較高濃度的 SSRIs，此二者可能有較低的中樞神經效應。

TCAs/heterocyclz (三環/雜環抗憂鬱劑)

三環抗憂鬱劑（amitriptyline, amoxapine, clomipramine, desipramine, doxepin, maprotiline, nortriptyline, protriptyline 和 trimipramine）是一類較古老的抗憂鬱劑。它們在治療憂鬱症與焦慮症有效，也常以低劑量使用在睡眠問題與慢性疼痛。

其治療機轉最可能與阻斷正腎上腺素的傳輸，增加突觸內正腎上腺素的可利用性有關。這類藥物也會阻斷多巴胺（dopamine）與血清素（serotonin）幫浦，有助其治療機轉。很不幸地，它們也會阻斷蕁鹼-乙醯胆鹼受體（muscarinic cholinergic receptors），H1 組織胺受體，和 α_1 腎上腺受體，這可以解釋為什麼它們會有各種不舒服的副作用。儘管有效又便宜，因為副作用的關係，它們不像SSRIs那麼常被使用。這些副作用包括了低血壓、嗜睡、口乾、尿液滯留、體重增加、性功能障礙和便秘。此外，當劑量過量，這些藥物可能引起心律不整和死亡。這類藥物中，只有nortriptyline有足夠的報告能針對哺乳期的使用做出評論。在大部分的案例中，嬰兒的血清中測不到 nortriptyline，僅測得其代謝物，但並沒有不良反應的報告⁶⁰⁻⁶²。其他藥物沒有足夠的個案報告，不過在使用doxepin時

需小心，因為有一案例報告指出哺乳嬰兒出現張力低下 (hypotonin)，胃口不好，嘔吐和嗜睡，這些情形在停止哺乳後就消失了⁶³。

其它抗憂鬱劑

它常見的抗憂鬱劑包括mirtazapine (藉由阻斷突觸前正腎上腺素受體，控制正腎上腺素與血清素的釋出)、Venlafaxine^{33,64}和duloxetine (屬SSRIs)及bupropion (正腎上腺素和多巴胺回收抑制劑)。這些藥物只有零星的個案報告^{66,65}，沒有足夠的個案數能顯示對哺乳嬰兒有顯著影響。有一例經由母乳接觸到bupropion的嬰兒發生痙攣的報告，但其因果推論仍須謹慎⁶⁷。

草藥/自然療法

一種稱為St. John's Wort的草藥，特別是在歐洲，多年來一直被用來治療輕度至中度的憂鬱症。在美國，利用此草藥治療憂鬱症仍有爭論。只有一個研究有足夠的個案數供評論⁶⁸。在此研究中，與對照組相比，使用St. John's Wort的治療組發生腹絞痛、嗜睡、倦怠的比例增加，不過治療組有併用抗憂鬱劑可能干擾結果，沒有提及長期效應，對乳汁製造沒有影響。

目前正在研究利用Omega-3 脂肪酸治療懷孕期及產後期的憂鬱症⁶⁹。Omega-3 脂肪酸看來對母親與嬰兒沒有什麼危害，因為它們是飲食中天然的重要成分，並且常在懷孕期及哺乳時被消耗掉。主要的負面作用是“魚腥味”，目前也沒有足夠證據認為它可以治療憂鬱症。

幾乎沒有證據支持民俗療法或地域性使用的“藥物”是安全或有效的，因此醫護人員在使用它們時須極為謹慎。

對哺乳婦女抗憂鬱治療的建議

目前的證據認為，患有憂鬱症的母親不接受治療的風險可能會對母親與嬰兒有嚴重且長久的影響，而採取治療是可以改善結果的。因此強烈建議加以治療。

然而，重要的是不要把那些只是受「產後沮喪 (baby blues)」之苦的母親標籤化成「憂鬱 (depressed)」。我們必須加以區別。如果症狀是輕微的，沒有理由在產後的頭兩周開始使用抗憂鬱藥物。

當心理治療是可行的時候而且症狀是輕至中度，心理治療是哺乳母親的首選，因為它不會為嬰兒帶來任何已知的風險。母親必須接受追蹤與反覆的評估，假如她們的症狀沒有改善或者變得更糟，就須考慮抗憂鬱藥物的治療。

針對症狀嚴重的母親，建議使用心理治療加上抗憂鬱藥物。

中度到重度症狀的母親也許會要求只使用抗憂鬱藥物，這是須列入考慮的選擇。因為治療的好處可能超過用藥對母親與嬰兒的風險。

針對哺乳的母親，還沒有一個被普遍接受的抗憂鬱藥物的療程。在每一種情況下必須針對個案作風險與利益的分析，包括考慮到母親的就醫史、對治療的反應、未治療憂鬱症的風險、哺乳的利與弊、治療的好處、藥物對嬰兒的已知與未

知的風險以及母親的意願。

假如母親沒有使用過抗憂鬱藥物，paroxetine 或 sertraline 是適當的第一選擇，因為證據顯示它們在母乳和嬰兒的血清的濃度很低而且副作用少。

假如母親過去曾用某一種 SSRI、TCA 或 SNRI 並且成功地治療過，有關這種抗憂鬱藥的資料必須重新檢視，如果沒有用藥禁忌的話，應該考慮將它當成第一線的治療藥物。

應該要提供母親有關這個治療的已知或可能的風險與好處，以利她做決定。

在治療開始的階段，必須小心地監控母親症狀的改變，包括症狀的惡化。特別是有躁鬱症病史的母親（可能尚未診斷出）在產後期間發生憂鬱症、躁症或精神症狀的風險增加。雖然這很少見，仍必須清楚告知母親和她的伴侶注意相關症狀，比如失眠增加、妄想、幻覺、飛躍思考、說話和動作很快等，有這些症狀就要立即聯絡她的精神科醫師。

在哺乳期間開始使用新藥物前，應事先評估嬰兒，並由小兒科醫師小心地追蹤，包括監測其成長。沒有臨床上的需要或擔心的話，並不需要常規地檢查血清藥物濃度。

有一些沒有證據支持但可能可以降低嬰兒暴露於藥物的策略，包括在餵食後立即給藥，及在血清中藥物濃度達最高峰時將母乳擠出丟棄。

結論與對未來研究的建議

儘管已有很多的抗憂鬱劑與哺乳的出版品，但對臨床醫師與母親而言，科學文獻的廣度和深度仍顯得不足以對個別藥物做出有信心的決定。多篇文獻回顧都普遍建議 TCAs 和 SSRIs 是相對安全的，且都建議做個別化的風險－利益評估。

文獻中缺乏對哺乳女性服用任一種抗憂鬱藥物的隨機對照試驗。大多數的研究是個案報告或系列個案，而且多數是小樣本的。採用大樣本的（ $n > 25$ ）研究中大都涵蓋了不同的藥物。文獻中只有六個對照組研究（一個回溯性研究⁷⁰，五個前瞻性研究^{42,45,46,54,71}），但所採取的對照組互異，有的包括憂鬱症，有的沒有。沒有任一研究有憂鬱程度的對照。此外，這些個案報告受以下因素干擾：包括子宮內暴露、嬰兒年齡的範圍、採取樣本時間的不一致性、缺乏有關前奶與後奶內藥物量的資訊、缺乏嬰兒喝母奶量的資訊。多數研究有提供在母乳和母體血清中偵測的藥物濃度，有些研究也提供了有關嬰兒血清中藥物濃度之資訊。很少有研究報告嬰兒的行為結果。

感謝

這篇文章由美國健康及人類服務部母子健康局贊助部分經費。

參考課程

1. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93:158–171.

2. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, et al. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics* 2004;113:551–558.
3. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. Prepared by the RTI–University of North Carolina Evidence-Based Practice Center, under Contract Number 290-02-0016. AHRQ Publication Number 05-E006-2. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2005.
4. Murray L, Hipwell A, Hooper R, et al. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37: 927–935.
5. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1259–1271.
6. Kahn RS, Zuckerman B, Bauchner H, et al. Women’s health after pregnancy and child outcomes at age 3 years: a prospective cohort study. *Am J Public Health* 2002;92:1312–1318.
7. O’Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039–1045.
8. Appleby L, Warner R, Whitton A, et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997;314:932–936.
9. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, et al. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry* 2003;182:420–427.
10. Cohen LS, Viguera AC, Bouffard SM, et al. Venlafaxine in the treatment of postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62:592–596.
11. Suri R, Burt VK, Altshuler LL, et al. Fluvoxamine for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2001;158: 1739–1740.
12. Bagedahl-Strindlund M, Monsen BK. Postnatal depression: A hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:272–275.
13. Morris-Rush JK, Freda MC, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1217–1219.
14. Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, et al. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 2000;106:1367–1373.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR*, 4th edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2000.
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782–786.
17. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000;49:272–282.
18. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res* 2001;50:242–250.

19. Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res* 2001;50:155–164.
20. Chaudron LH, Klein MH, Remington P, et al. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2001;22:103–112.
21. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 1999;60:176–180.
22. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide [see comment]. *Am J Psychiatry* 2001;158: 811–813.
23. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry* 1998;172:58–63.
24. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA* 2006; 295:1389–1398.
25. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997;99:e5.
26. Dell S, To T. Breastfeeding and asthma in young children: findings from a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1261–1265.
27. Dignam DM. Understanding intimacy as experienced by breastfeeding women. *Health Care Women Int* 1995;16:477–485.
28. Burt VK, Suri R, Altshuler L, et al. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001–1009.
29. Hendrick V, Burt VK, Altshuler LL. Psychotropic guidelines for breast-feeding mothers. *Am J Psychiatry* 1996;153:1236–1237.
30. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2004;161:1066–1078.
31. Misri S, Kim J, Riggs KW, et al. Paroxetine levels in postpartum depressed women, breast milk, and infant serum. *J Clin Psychiatry* 2000;61:828–832.
32. Stowe ZN, Cohen LS, Hostetter A, et al. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2000;157:185–189.
33. Berle JO, Steen VM, Aamo TO, et al. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: Infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1228–1234.
34. Epperson CN, Anderson GM, McDougle CJ. Sertraline and breast-feeding. *N Engl J Med* 1997;336:1189–1190.
35. Stowe ZN, Owens MJ, Landry JC, et al. Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255–1260.
36. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001;158:1631–1637.
37. Wisner KL, Perel JM, Blumer J. Serum sertraline and N-desmethylsertraline levels in breastfeeding

- mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 1998;155:690–692.
38. Dodd S, Stocky A, Buist A, et al. Sertraline analysis in the plasma of breast-fed infants. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:545–546.
 39. Ito S, Koren G. Antidepressants and breast-feeding [see comment]. *Am J Psychiatry* 1997;154:1174.
 40. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, et al. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:521–527.
 41. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, et al. Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: Effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003;112:e425.
 42. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, et al. Pharmacokinetics of fluoxetine and norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2003;73:330–337.
 43. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, et al. Fluoxetine and norfluoxetine concentrations in nursing infants and breast milk. *Biol Psychiatry* 2001;50:775–782.
 44. Suri R, Stowe ZN, Hendrick V, et al. Estimates of nursing infant daily dose of fluoxetine through breast milk. *Biol Psychiatry* 2002;52:446–451.
 45. Heikkinen T, Ekblad U, Kero P, et al. Citalopram in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2002;72:184–191.
 46. Lee A, Woo J, Ito S. Frequency of infant adverse events that are associated with citalopram use during breastfeeding. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:218–221.
 47. Arnold LM, Suckow RF, Lichtenstein PK. Fluvoxamine concentrations in breast milk and in maternal and infant sera. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:491–493.
 48. Hagg S, Granberg K, Carleborg L. Excretion of fluvoxamine into breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:286–288.
 49. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *Br J Psychiatry* 2001;179:163–166.
 50. Piontek CM, Wisner KL, Perel JM, et al. Serum fluvoxamine levels in breastfed infants. *J Clin Psychiatry* 2001;62:111–113.
 51. Yoshida K, Smith B, Kumar RC. Fluvoxamine in breast-milk and infant development. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:210–211.
 52. Wright S, Dawling S, Ashford JJ. Excretion of fluvoxamine in breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 1991;31:209.
 53. Lester BM, Cucca J, Andreozzi L, et al. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;32:1253–1255.
 54. Merlob P, Stahl B, Sulkes J. Paroxetine during breastfeeding: Infant weight gain and maternal adherence to counsel. *Eur J Pediatr* 2004;163:135–139.
 55. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breast-feeding: Serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 2000;47:164–165.
 56. Brent NB, Wisner KL. Fluoxetine and carbamazepine concentrations in a nursing mother/infant

- pair. *Clin Pediatr* 1998;37:41–44.
57. Drug Safety Site.com. Fluoxetine. <http://drugsafetysite.com/fluoxetine>. Last accessed November 27, 2007.
 58. Chambers CD, Anderson PO, Thomas RG, et al. Weight gain in infants whose mothers take fluoxetine. *Pediatrics* 1999;104:e61.
 59. Nightingale SL. Fluoxetine labeling revised to identify phenytoin interaction and to recommend against use in nursing mothers. *JAMA* 1994;271:1067.
 60. Wisner KL, Perel JM. Nortriptyline treatment of breast-feeding women. *Am J Psychiatry* 1996;153:295.
 61. Wisner KL, Perel JM. Serum nortriptyline levels in nursing mothers and their infants. *Am J Psychiatry* 1991;148:1234–1236.
 62. Wisner KL, Perel JM, Findling RL, et al. Nortriptyline and its hydroxymetabolites in breastfeeding mothers and newborns. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:249–251.
 63. Frey OR, Scheidt P, von Brenndorff AI. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. *Ann Pharmacother* 1999;33:690–693.
 64. Ilett KF, Kristensen JH, Hackett LP, et al. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:17–22.
 65. Baab SW, Peindl KS, Piontek CM, et al. Serum bupropion levels in 2 breastfeeding mother-infant pairs. *J Clin Psychiatry* 2002;63:910–911.
 66. Aichhorn WMD, Whitworth ABM, Weiss UMD, et al. Mirtazapine and breast-feeding [letter]. *Am J Psychiatry* 2004;161:2325.
 67. Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion and breastfeeding: A case of a possible infant seizure. *J Clin Psychiatry* 2004;65:881–882.
 68. Lee A, Minhas R, Matsuda N, et al. The safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) during breastfeeding. *J Clin Psychiatry* 2003;64:966–968.
 69. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, et al. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113: 31–35.
 70. Chambers CD, Anderson PO, Thomas RG, et al. Weight gain in infants breastfed by mothers who take fluoxetine. *Pediatrics* 1999;104:e61.
 71. Yoshida K, Smith B, Craggs M, et al. Investigation of pharmacokinetics and of possible adverse effects in infants exposed to tricyclic antidepressants in breastmilk. *J Affect Disord* 1997;43:225–237.

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

**Linda H. Chaudron, M.D., M.S.*

**Stephanie A.M. Giannandrea, B.A.*

臨床程序制定委員會

Caroline J. Chantry, M.D., FABM

共同主席

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM,

共同主席

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM,

共同主席

Nancy G. Powers, M.D., FABM

**主要作者*

翻譯者

左營醫院家醫科 陳建州 醫師

中文審稿

楊靖瑩 醫師

For reprint requests: abm@bfmed.org