



產後憂鬱症

陳芝瑜¹ 潘湘如² 張正和³ 杜明勳⁴

前言

懷孕和生子是人生週期的重大事件，對家庭而言是充滿喜悅的。然而產後的生理不適、夫妻關係的改變、及哺育嬰兒的壓力等，讓媽媽開始緊張、焦慮、憂鬱起來，甚至罹患「產後憂鬱症(postpartum depression)」，對於產婦及新生兒產生深遠的影響。許多研究顯示，當產婦有這些憂鬱症狀時，她們會選擇向家庭醫師尋求協助，而非精神科醫師。因此，基層醫師對產後憂鬱症須有更多的了解和處理，並且早期發現高危險群是必要的。

流行病學與危險因子

一般而言，生產後的情緒問題包含產後情緒低落(postpartum blue)、產後憂鬱、產後精神病(postpartum psychosis)，盛行率大約分別為80%、15%、0.2%。產後憂鬱症發生原因尚未有定論，推

測可能與女性生產後荷爾蒙的改變有關。根據2010年1月發表在American Journal of Obstetrics and Gynecology(AJOG)一篇探討產後憂鬱症的危險因子論文，內容為分析從1980年至2008年的57篇文章，做系統性文獻回顧，其結果顯示，過去有產後憂鬱症病史的婦女，為產後憂鬱症最重要的危險因子，其餘的危險因子包含懷孕過程中有憂鬱症狀、懷孕過程遭受重大生活事件、社會支持度低、家暴、非預期性懷孕、低收入、低教育程度、抽菸等。

篩檢

生產後4到6週的產科回診或生產後第2個月的健兒門診，為篩檢產後憂鬱症的建議時機。目前最常使用的篩檢工具為「愛丁堡產後憂鬱量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale)」，內容包含十個問題，如「我能看到事情有趣的一面，並笑得開心」、「期待未來的一切」、「感到焦慮和憂心」等問題，每個問題得分為0至3分，總分達12分以上為產後憂鬱症的敏感度為86%，特異度為78%。此外，門診醫師可簡單詢問病患兩個問題「過去兩週，你是否感到心情沮喪、絕望？」

1 高雄榮民總醫院家庭醫學部 社區醫學科 主治醫師

2 高雄榮民總醫院家庭醫學部 安寧緩和醫學科 主治醫師

3 高雄榮民總醫院精神部 主治醫師

4 高雄榮民總醫院家庭醫學部 部主任

關鍵字：postpartum depression, perinatal depression, postpartum blue, treatment



」、「過去兩週，你是否感到對任何事物失去興趣、或做任何事情都提不起興趣？」，來篩檢出產後憂鬱症高危險群，其敏感度為96%，特異度為57%。

診斷

陽性篩檢患者應更進一步做完整評估。目前診斷產後重度憂鬱症(postpartum major depression)是根據美國精神醫學會於2000年所公布的Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision(DSM-IV-TR®)作為診斷準則。

重度憂鬱症的診斷如下：

- (1) 情緒低落。
- (2) 對以往的嗜好或興趣都提不起興趣。
- (3) 活動力降低。
- (4) 失眠或嗜睡。
- (5) 體重增加或減少。
- (6) 注意力無法集中。
- (7) 感覺有罪惡感或生命沒有意義。
- (8) 思考動作遲緩或躁動。
- (9) 自殺的意念、計畫、或行動。

產婦如果在產後4週內，符合上列九項症狀中的五項以上（其中必須包括含(1)或(2)兩者之一，(3)至(9)至少四項），症狀持續超過2週，並且影響到日常生活功能，即可診斷產後重度憂鬱症。

大約有60%產後重度憂鬱症的媽媽，對新生兒有傷害的強迫性意念，因而產生羞愧以及罪惡感，也導致媽媽用迴

避照顧嬰兒的方式來避免這些想法的產生。基層醫師可以詢問「許多產後重度憂鬱症的媽媽，會有傷害寶寶的想法，或者是腦海中出現傷害寶寶的畫面，請問你有發生過類似的狀況嗎？」問句，來協助了解症狀。

此外，自殺是造成母親死亡的主要原因。隨著憂鬱症狀惡化，病患會自責自己不是一個好母親，甚至認為「如果我走了，家人及孩子會過得更好」。基層醫師可以藉由門診時，詢問病患「你是否希望可以上床睡覺後，再也不要醒來？」來了解病患自殺意念，必要時轉介精神科醫師，嚴重者甚至需要住院治療。

由於正常產婦生產後也可能有情緒低落、活動力降低、以及因為照顧新生兒造成睡眠中斷的症狀，因此，基層醫師必須鑑別診斷「產後情緒低落」與「產後憂鬱症」兩者的差異性。產後情緒低落常發生於產後第2天，通常於產後2到3週後情緒可自行復原。症狀包含產婦情緒起伏、失眠、緊張、對事物過於敏感、容易掉眼淚，但是病患不會有自殺的意念，並且不會影響到日常生活功能(表一)。基層醫師可詢問病患「如果有一天，你可以暫時不用照顧新生兒，並且給你一張舒服的床，你是否可以入眠？」大部分的媽媽會表示，她們會利用這一個機會趕快補眠恢復體力。但是產後憂鬱症的患者，會表示即使如此，她們依然無法入眠。

產後精神病是精神科的急症，必須馬上轉介精神科醫師處理。病患通常會思



表一 產後情緒低落與產後憂鬱症比較表

特徵	產後情緒低落	產後憂鬱症
盛行率	80%	15%
開始時間	產後2至3天	通常在產後一個月內發生；少部分在生產後一年內發生
持續時間	小於10天	超過2週
日常生活功能	輕微影響	嚴重影響，甚至無法照顧小孩
症狀	情緒起伏、失眠、緊張、對事物過於敏感、容易掉眼淚	失眠、罪惡感、傷害新生兒的強迫性意念
自殺意圖	無	可能有

資料來源：參考資料1

緒混亂、奇特的行為(bizarre behavior)、幻聽、幻視、妄想，甚至會有自殺和殺害嬰兒的危險。研究指出產後精神病與雙極性疾患相關，與精神分裂症較無關聯性。

治療

目前產後憂鬱症的治療包含非藥物治療及藥物治療，分述如下：

非藥物治療

心理治療(psychotherapy)為輕度至中度產後憂鬱症的第一線治療。其中以人際關係治療法(interpersonal psychotherapy)最被廣泛使用。藉由列出人際關係清單，協助病患檢視新舊角色的好壞，體驗新舊角色的感受，增加患者對新角色的熟練感來治療病患。

許多臨床醫師會鼓勵病患多運動、早晨適當的陽光照射、參與支持性團體活動、針灸、瑜珈、以及飲食攝取富含 omega-3 fatty acid 或葉酸食物，如亞麻

籽、胡桃、鮭魚等，但這些治療尚需要更進一步研究確認其療效。

藥物治療

當病患對心理治療無效，或者是產後重度憂鬱症時，臨床醫師應考慮加入藥物治療。懷孕或是哺乳的病患會擔心藥物對子女的影響，因此在開始藥物治療前，應先跟產婦討論治療利弊，包含是否有畸胎性、早產、新生兒長期神經發展影響。對於正在哺乳的女性，也應告知新生兒會經由母乳攝入藥物的風險，長期下來可能會擾亂新生兒睡眠、智力發展延遲、憂鬱症狀等影響。

目前，選擇性血清素再吸收抑制劑(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI)已被列為第一線治療。表二列出目前治療產後憂鬱症的藥物資訊。藥物建議由初始劑量的半量開始使用，症狀緩解後必須持續藥物使用最少半年；若病人症狀復發超過三次以上，或者有嚴重影響到日常生活功能，則建議長期使用藥物。目前



表二 產後憂鬱症藥物治療

藥物	建議劑量(mg/day)	副作用	注意事項
選擇性血清素再吸收抑制劑(SSRI)			
Sertraline	50-200	頭痛、噁心、腹瀉、鎮靜、失眠、手抖、失去性慾。	新生兒血清中測不到藥物或其代謝物藥物濃度，對新生兒無副作用。
paroxetine	20-60	同上	同上
fluvoxamine	50-200	同上	同上
Citalopram	20-40	同上	曾發現新生兒血清中偵測到藥物濃度
Fluoxetine	20-60	同上	曾發現新生兒血清中偵測到藥物濃度
三環抗憂鬱劑(tricyclic anti-depressants, TCA)			
nortriptyline	50-150	鎮靜、體重增加、口乾、便秘、姿勢性低血壓	新生兒血清中可偵測到藥物及其代謝物濃度，無副作用相關報導。
desipramine	100-300	同上	同上
選擇性血清素-正腎上腺素再吸收抑制劑 (Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)			
venlafaxine	75-300	噁心、流汗、口乾、頭暈、失眠、嗜睡、性功能失調	藥物濃度測不到，可偵測到其代謝物濃度，在母乳中藥物濃度大於母親血清濃度。
其他藥物			
Bupropion	300-450	頭暈、頭痛、口乾、流汗、手抖、躁動、癲癇	血清中藥物濃度未知。

資料來源：參考資料3

已證實Sertraline對於新生兒的副作用較少，是哺餵母乳病患的第一線用藥。表三為藥物治療的建議流程。

結論

產後憂鬱症是一可治療的疾患，只要能早期診斷早期治療，大部分的病患都可得到相當不錯的療效。若未適當治療，對下一代成長有深遠的影響，包含嬰兒易有腸絞痛、睡眠障礙、母親哺乳時間較

短、對孩子教養常用負面的行為方式、與孩子的親密關係程度較低。用正面的態度、客觀的言語來處理這些病人，是第一線基層醫師的重要任務。如果病人有自殺的意圖、傷害新生兒的行為、或是在治療一段時間後無明顯改善時，應轉介至精神科醫師作進一步的處理。

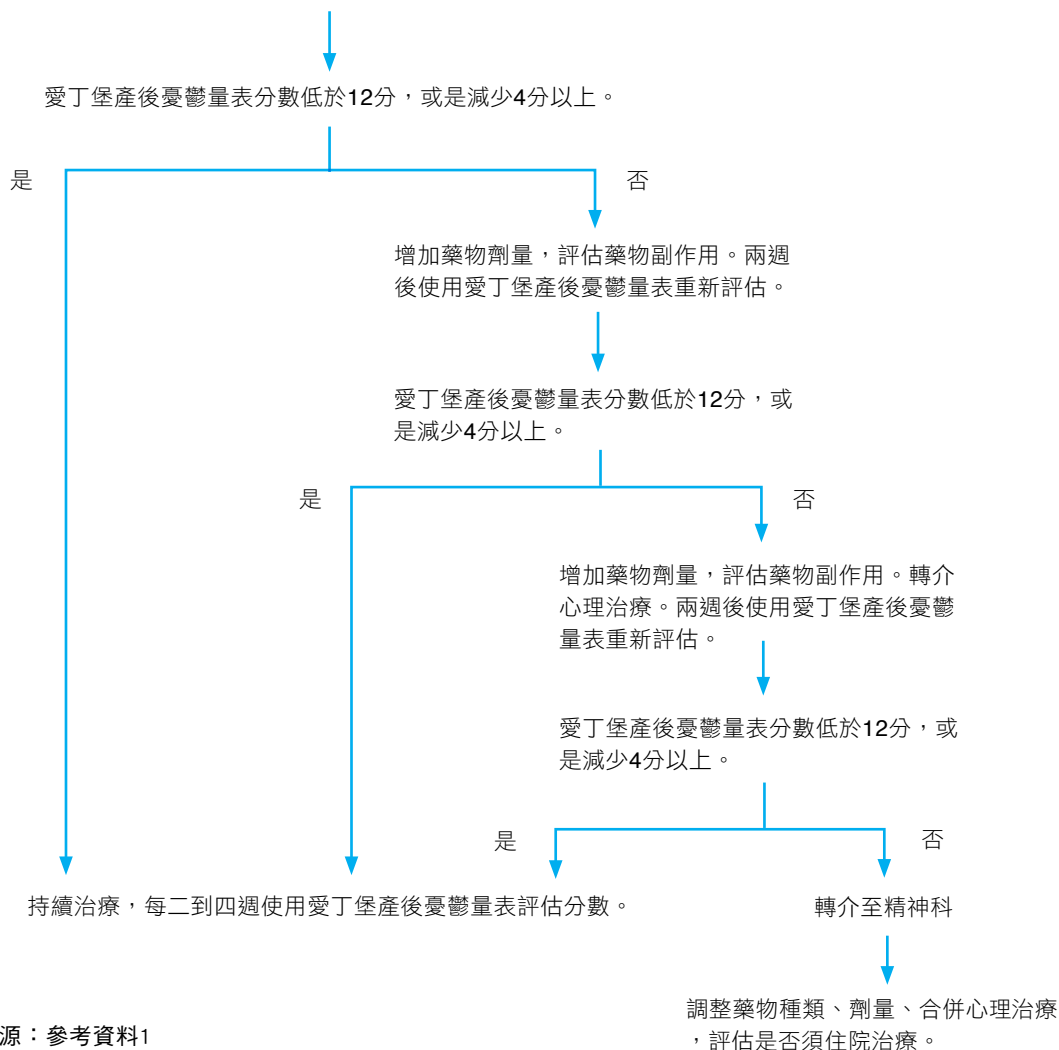
參考資料

1. Kathryn P, Christine Y: Postpartum major depression. Am Fam Physician 2010; 82: 926-33.



表三 產後憂鬱症藥物治療建議流程

初始劑量使用四天後，若無藥物副作用，增加至最低治療劑量。
同時鼓勵非藥物治療(如心理治療、運動、適當的陽光照射、充足睡眠)。
兩週後使用愛丁堡產後憂鬱量表重新評估



資料來源：參考資料1

2. Teri P, Margaret H: Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:357-64.
3. Wisner K, Parry B: Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med 2002;347:194-99.
4. Emily C: Perinatal depression. Obstet Gynecol Clin N Am 2008; 35: 419-34.
5. Christie A, Katherine J: Risk factors for

depressive symptoms during pregnancy: a systemic review. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:5-14.

6. Krstina M, Marlene P: Complementary and alternative medicine for the treatment of depressive disorders in women. Psychiatr Clin N Am 2010; 33: 441-63.