



การใช้ยาจิตเวชในสตรีให้นมบุตร

จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ยาจิตเวชทุกชนิดสามารถผ่านทางน้ำนมมารดาไปสู่ทารกได้ในปริมาณที่แตกต่างกัน การศึกษาถึงปัจจุบันพบว่า ยารักษาโรคจิตผ่านทางน้ำนมมารดาได้น้อย แต่เพื่อความปลอดภัย ควรใช้ยาในขนาดต่ำที่สุด และหากมารดาได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical ควรงดเว้นการให้นมบุตร ส่วนยาแก้อาการซึมเศร้า พบว่ากลุ่ม tricyclic antidepressants โดยเฉพาะ nortriptyline ปลอดภัยที่สุดสำหรับทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดา นอกจากนี้ American Academy of Pediatrics Committee on Drug และแนะนำให้สตรีหลังคลอดบุตรที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าควรงดเว้นให้นมบุตร แต่สำหรับสตรีที่ได้รับยา carbamazepine และ valproate นั้น พบว่ามีความปลอดภัย เนื่องจากมีผลกระทบต่อทารกน้อยมาก ส่วนยากลุ่มคลายกังวลและนอนหลับพบว่า benzodiazepines ทุกชนิดสามารถตรวจพบในน้ำนมมารดา ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาดังกล่าวในสตรีให้นมบุตร หากมีความจำเป็นต้องใช้ยา ก็ควรใช้ในระยะสั้นและเลือกใช้กลุ่มที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47(3):217-224.

คำสำคัญ ยาจิตเวช สตรี การให้นมบุตร

น้ำนมมารดาเป็นน้ำนมที่มีประโยชน์ต่อพัฒนาการของทารกโดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก¹ ทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดามีอัตราการเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ โลหิตจาง และโรคในหูชั้นกลางต่ำ นอกจากนี้การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดาและทารกอีกด้วย² อย่างไรก็ตามในช่วง 3 เดือนแรกของสตรีหลังคลอดบุตรมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช และมีความจำเป็นต้องใช้ยาทางจิตเวช³⁻⁴ ดังนั้น ควรพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของยาที่อาจมีผลต่อเด็กทั้งในระยะสั้นและด้านสติปัญญาและพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดต่อมารดาที่ไม่ได้รับการรักษา⁵⁻⁷

คุณสมบัติของน้ำนมมารดา

โดยเฉลี่ยน้ำนมมารดามีปริมาณตั้งแต่ 600-1000 มล./วัน มีค่า pH 6.35-7.65 ประกอบด้วยไขมันและโปรตีน โดยมีปริมาณไขมันในน้ำนมสูงที่สุดในช่วงครึ่งหลังของการให้นม (hind milk) ทำให้น้ำนมในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีปริมาณยาที่ได้รับจากมารดามากกว่าในช่วงครึ่งแรก (fore milk) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับยาในน้ำนม เช่น lactose ระดับ albumin ในเลือด lysozyme prolactin และเกลือแร่อื่นๆ เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัส⁸ อย่างไรก็ตาม พบว่าระดับยาในน้ำนมมารดาที่ไปยังทารกนั้นยังคงมีระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับระดับยาที่ทารกได้รับในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา โดยระดับยาในน้ำนมมารดาจะมีปริมาณมากหรือน้อยขึ้นกับ 3 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยจากมารดา ได้แก่ ความสามารถในการขับยาออกทางไต เมตาบอลิซึมของยาที่ผ่านทางตับ ขนาดและระยะเวลาที่ได้รับยา วิธีบริหารยา

2. ปัจจัยจากทารก ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูดซึมยา เมตาบอลิซึมของยาที่ผ่านทางตับ การขับยาออกทางไต ปริมาณน้ำนมที่ได้รับ

3. ปัจจัยจากตัวยา ได้แก่ ค่า pH คุณสมบัติของยาที่สามารถละลายได้ในน้ำหรือในไขมัน ความสามารถในการจับกับโปรตีน ขนาดโมเลกุล bioavailability

วิธีคำนวณขนาดของยาที่ทารกได้รับ คือ

$$\text{infant dose} = (\text{drug concentration in milk}) \times (\text{milk volume consumed})$$

นอกจากนี้ค่า milk-to-plasma ratio เป็นดัชนีเพื่อบ่งบอกถึงปริมาณยาในน้ำนม โดยคำนวณจาก

$$\text{milk-to-plasma ratio} = (\text{unbound drug in milk}) / (\text{drug in plasma})$$
$$\text{drug concentration in milk} = (\text{maternal plasma concentration}) \times (\text{milk-to-plasma ratio})^9$$

หลักทั่วไปที่ควรทราบเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวชในสตรีให้นมบุตร คือ

1. ยาจิตเวชทุกชนิดสามารถผ่านทางน้ำนมมารดาในปริมาณที่แตกต่างกัน และน้ำนมมารดาที่มีความเป็นกรดสูงกว่าในเลือด ดังนั้นยาที่มีส่วนประกอบเป็นเบสสามารถคงอยู่ในน้ำนมมารดาได้นานกว่า นอกจากนี้ยังมีผลจากส่วนประกอบโปรตีนในน้ำนมมารดาที่จับกับยา แต่โดยทั่วไปยาสามารถจับกับโปรตีนในน้ำนมมารดาได้น้อยกว่าจับกับโปรตีนในเลือด

2. การศึกษาที่ผ่านมาพบระดับยาในน้ำนมมารดามีปริมาณประมาณร้อยละ 1 ของระดับยาในเลือด และข้อมูลดังกล่าวนี้ยังคงต้องศึกษาต่อไป

3. หลีกเลี่ยงไม่ให้นมมารดาใช้ยาจิตเวชถ้าต้องให้นมแก่ทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีปัญหาด้านตับ ไต หัวใจ หรือระบบประสาท

4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวหรือมีฤทธิ์วังวน

5. ให้นยาเพียงวันละหนึ่งครั้งโดยเลือกช่วงที่ทารกหลับนานที่สุดหลังดูดนม เช่น มื้อก่อนนอน

เนื่องจากยาจิตเวชเกือบทุกชนิดสามารถให้ได้วันละครั้ง และพบว่าหลังจากมารดาได้รับประทานยาแล้วระดับยาในน้ำนมจะใช้เวลาสู่ระดับสูงสุดที่เวลาแตกต่างกัน เช่น amitriptyline imipramine moclobemide ใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง fluvoxamine ใช้เวลา 4 ชั่วโมง sertraline ใช้เวลา 7-10 ชั่วโมง และ chlorpromazine ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

6. ไม่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนยาที่มารดาได้รับในขณะตั้งครรภ์ช่วงหลังคลอด เนื่องจากปริมาณยาที่ทารกได้รับจากน้ำนมมารดานั้นมีปริมาณน้อยกว่าที่ทารกได้รับขณะอยู่ในครรภ์มารดา

7. ให้นมในขนาดต่ำที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

8. การใช้ยาหลายกลุ่มอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงในทารกมากกว่าให้นมเพียงกลุ่มเดียว

9. ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาใดยืนยันชัดเจนถึงผลของยาจิตเวชต่อการพัฒนาการของสมองในทารก ดังนั้นเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงหรือผลข้างเคียงด้านพฤติกรรมของทารก เช่น tremulousness colic ควรลดขนาดยาลงหรือเปลี่ยนกลุ่มยา¹⁰⁻¹³

ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drug)

แบ่งยารักษาโรคจิตออกเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงที่มีต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยารักษาโรคจิต ตามตารางที่ 1

มีรายงานการพบระดับยา haloperidol ในน้ำนมมารดาแต่ในปริมาณต่ำ และสามารถทำให้ทารกเกิดภาวะ delayed development¹⁰ และมี developmental scores ลดลง เมื่อวัดช่วงทารกอายุ 12-18 เดือน^{8,14} นอกจากนี้พบภาวะ lethargy, drowsiness และ developmental scores ลดลง ในทารกที่มารดาได้รับประทานยา กลุ่ม phenothiazines เช่น chlorpromazine ในขนาดสูง^{8,10,14} แต่ส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติที่รุนแรง โดยเฉพาะในด้านพัฒนาการเมื่อติดตามทารกจนอายุ 5 ปี ส่วนยา

perphenazine มีรายงานการตรวจพบระดับยาในทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาในระดับร้อยละ 1 ของขนาดยาที่มารดาได้รับ เช่นเดียวกับรายงานการพบระดับยา flupentixol ในทารกที่มารดาได้รับยาดังกล่าวในปริมาณ 0.6 ไมโครกรัม/กก. หรือร้อยละ 1-2 ของขนาดยาที่มารดาได้รับ อย่างไรก็ตาม มีรายงานถึงการเกิดภาวะ drowsiness ในทารกที่มารดาได้รับยา flupentixol และ zuclopenthixol ในขนาดสูงตั้งนั้นเพื่อความปลอดภัยควรให้นมในขนาดต่ำที่สุด¹⁰

ส่วนยา risperidone clozapine olanzapine และ quetiapine ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในมนุษย์ที่สรุปได้ชัดเจน นอกจากการศึกษาในสัตว์ทดลองที่พบว่ายาดังกล่าวสามารถผ่านสู่น้ำนมได้ การศึกษาในมนุษย์มีเพียงรายงานถึงการไม่พบภาวะผิดปกติในทารก 1 ราย และ 3 รายเลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยา clozapine และ olanzapine ตามลำดับ clozapine สามารถทำให้เกิดภาวะ agranulocytosis ในทารกได้เพื่อความปลอดภัยจึงควรงดเว้นการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาถ้ามารดาได้รับยา ดังที่กล่าว^{8,10}

ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants)

ยาแก้ซึมเศร้าแบ่งออกเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงที่มีต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาแก้ซึมเศร้า ตามตารางที่ 1

ในกลุ่มยาแก้ซึมเศร้าดูเหมือนว่า tricyclic antidepressants จะปลอดภัยที่สุดสำหรับทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาแก้ซึมเศร้าโดยเฉพาะ nortriptyline เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการรบกวนพัฒนาการของระบบประสาทในทารกในระยะยาวนานกว่ายาชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน มีรายงานถึงการตรวจระดับยาในน้ำนมมารดาที่ได้รับยา amitriptyline 150 มก./วัน desipramine 300 มก./วัน imipramine 200 มก./วัน nortriptyline 125 มก./วัน ในระดับต่ำตั้งแต่ตรวจไม่พบจนถึง

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มยาจิตเวชตามความเสี่ยงที่มีต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาจิตเวช

	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
ยารักษาโรคจิต	Sulpiride	Flupentixol Haloperidol Phenothiazines (ขนาดต่ำเท่านั้น) Trifluoperazine Zuclopenthixol	Clozapine Olanzapine Phenothiazines Quetiapine Risperidone
ยาแก้ซึมเศร้า	Moclobemide Tricyclics (most) Tryptophan	Amoxapine Mianserin Mirtazapine SSRIs Trazodone	Doxepin MAOIs Nefazodone Venlafaxine
ยาปรับสภาพอารมณ์	Carbamazepine Phenytoin Valproate		Lithium Qabapentin
ยาคลายกังวลและยานอนหลับ	Temazepam Zolpidem	Diazepam Flunitrazepam Lorazepam Medazepam Nitrazepam Oxazepam	Buspirone Zaleplon Zopiclone

น้อยกว่า 28 นาโนกรัม/มล. ซึ่งไม่พบผลข้างเคียงใดๆ ต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาดังกล่าว⁸⁻⁹ ส่วนยา doxepin เป็นยาที่เสี่ยงที่สุดในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีรายงานการตรวจพบระดับยาในน้ำนมมารดาในปริมาณที่ใกล้เคียงหรือมากกว่าระดับยาที่ตรวจพบในเลือดของมารดาและพบว่าทารก 2 รายที่มารดาได้รับยา doxepin นั้น ทารก 1 รายเกิด respiratory depression และ drowsiness แต่อาการดังกล่าวหายไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากหยุดด้วยนมมารดา ส่วนทารกอีก 1 ราย ไม่พบอาการผิดปกติแต่อย่างใด^{8,10}

ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) พบว่า ยา fluoxetine มีข้อมูลรายงานมากที่สุด โดยพบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทาน fluoxetine 190 ราย มีจำนวน 180 ราย ไม่พบความผิดปกติใดๆ ทารก 4 ราย ไม่พบความผิดปกติด้านพัฒนาการของระบบประสาท และไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อติดตามทารกนั้นจนอายุ 1 ปี แต่มีบางรายงานพบระดับยาในทารกซึ่งทำให้เกิดภาวะร้องไห้มาก นอนไม่หลับ อาเจียน ท้องเสีย มีปัญหาเรื่องการดูดนม colic หงุดหงิดง่าย และทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยอาการดังกล่าวจะดีขึ้นหลังจากทารกนั้นหยุดกินนมมารดา^{8-9,14} ส่วนยา

fluoxetine paroxetine sertraline และ citalopram นั้นมีรายงานการพบระดับยาในเลือดของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาดังกล่าวในระดับตั้งแต่ตรวจไม่พบจนถึงระดับต่ำ และไม่มีรายงานผลข้างเคียงใดที่ชัดเจนในขณะนี้ อย่างไรก็ตาม คงต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป¹⁵⁻¹⁷

ส่วนยา mianserin trazodone และ amoxapine พบว่ามีรายงานการตรวจพบระดับยาในทารกเลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาดังกล่าวในขนาดต่ำและไม่มีผลข้างเคียงใดๆ อย่างไรก็ตามจำนวนทารกที่รายงานนั้นมีจำนวนค่อนข้างน้อย ส่วนข้อมูลรายงานถึงความปลอดภัยของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยาในกลุ่ม nefazodone venlafaxine และ MAOIs ในปัจจุบันนี้ยังมีไม่มากพอที่จะสรุปถึงความปลอดภัยได้ชัดเจน^{8,10}

Mood stabilizer

Mood stabilizer ถูกแบ่งตามความเสี่ยงที่มีต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่รับประทานยา mood stabilizer ตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่ได้รับยาควบคุมอาการตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์จนถึงช่วงหลังคลอดนั้น มีโอกาสโรคกำเริบเป็นซ้ำในช่วงเดือนแรกหลังคลอดถึง 3 เท่าของภาวะปกติ¹⁵ ดังนั้นสตรีหลังคลอดบุตรอาจมีความจำเป็นต้องได้รับยา mood stabilizer โดยเฉพาะลิเทียม (lithium) เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด และพบว่าสามารถตรวจพบระดับยา ลิเทียมในเลือดทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาสูงอย่างน้อย 1/3 ถึง 1/2 ของระดับยาที่วัดได้ในเลือด มารดา^{9,14} อย่างไรก็ตามไม่มีรายงานถึงผลที่เกิดต่อทารกที่มีระดับยาดังกล่าวชัดเจน นอกจากบางรายงานพบภาวะ hypotonia และ lethargy ดังนั้น American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (1989) จึงเสนอแนะให้สตรีหลังคลอดบุตรที่ได้รับลิเทียมงดเว้นการให้นมบุตร¹⁰

สำหรับสตรีที่ได้ carbamazepine และ valproate นั้น พบว่ามีความปลอดภัยเนื่องจากมีผลกระทบต่อทารกน้อยมากและระดับยา carbamazepine และ valproate ที่ตรวจพบในเลือดของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาดังกล่าว มีปริมาณเฉลี่ยร้อยละ 10 และร้อยละ 5-12 ของระดับยาที่วัดได้ในเลือดมารดาตามลำดับ เป็นระดับที่ต่ำและไม่พบผลข้างเคียงใดที่รุนแรง มีรายงานภาวะ poor feeding¹⁰, drowsiness, irritability, abnormal crying จากยา carbamazepine และ transient hepatic dysfunction, thrombocytopenia และ anemia จากยา valproate ซึ่งภาวะดังกล่าวจะหายไปหลังจากทารกนั้นหยุดกินนมมารดา^{8,14}

Gabapentin มีรายงานการตรวจพบระดับยาในน้ำนมที่มีค่าใกล้เคียงกับระดับยาในเลือดมารดา อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรายงานถึงการตรวจระดับยาในทารกและผลข้างเคียงใดที่รุนแรงในทารกที่มารดาได้รับยาดังกล่าว แต่ข้อมูลในปัจจุบันนี้มีน้อยเกินไปที่จะสรุปถึงความปลอดภัย¹⁰

ยากล่อมประสาทและยานอนหลับ (Anxiolytics and hypnotics)

ยากล่อมประสาทและยานอนหลับแบ่งออกเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยากล่อมประสาทและยานอนหลับ ตามตารางที่ 1

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายาในกลุ่ม benzodiazepines ทุกชนิดสามารถตรวจพบในน้ำนมมารดา จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาดังกล่าวในสตรีให้นมบุตร⁹⁻¹⁰ ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวควรเลือกใช้กลุ่มที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น เช่น oxazepam lorazepam temazepam ส่วน alprazolam นั้นมีรายงานถึงการเกิดภาวะถอนยาในทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาดังกล่าวในช่วงปรับลดขนาดยา⁸ อย่างไรก็ตามการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines จะปลอดภัยกว่าถ้าใช้ในระยะเวลาสั้น ส่วนยาในกลุ่ม

benzodiazepines ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว เช่น clonazepam diazepam นั้นมีรายงานถึงการเกิดภาวะ lethargy weight loss และ sedation ในทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาดังกล่าว แต่ไม่มีรายงานถึงผลข้างเคียงระยะยาวด้านพัฒนาการทางสมอง¹⁸

ยา buspirone zaleplan zopiclone นั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในสตรีให้นมบุตร เนื่องจากมีรายงานการตรวจพบระดับยาในน้ำนมสัตว์ทดลองและในน้ำนมมารดาที่ค่อนข้างสูง เช่น การตรวจพบระดับ zopiclone ในน้ำนมมารดาสูงถึงร้อยละ 50 ของระดับยาที่ตรวจพบในเลือด¹⁰ ส่วนยา zolpidem นั้น American Academy of Pediatrics Committee on Drugs พิจารณาแล้วว่าปลอดภัยสำหรับทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาที่ได้รับยาดังกล่าวเนื่องจากยา zolpidem มีคุณสมบัติเป็น lipophilic ต่ำ ออกฤทธิ์และถูกขับออกได้เร็ว ทำให้ตรวจพบระดับยาดังกล่าวในน้ำนมในช่วงเวลาสั้น คือ ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากมารดาได้รับยา อย่างไรก็ตาม ในสตรีให้นมบุตรควรเริ่มใช้ยาดังกล่าวในขนาดต่ำกว่าก่อนโดยรับประทานยาในช่วงก่อนนอนและหลีกเลี่ยงการให้นมบุตรหลังจากรับประทานยา 2-3 ชั่วโมงเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่จะเกิดกับทารก^{8,10}

สรุป

การใช้ยาจิตเวชในสตรีให้นมบุตรมีข้อควรคำนึงถึงคือ ผลของยาจิตเวชที่ผ่านทางน้ำนมมารดาและมีผลต่อทารกโดยตรงในระยะสั้น และในระยะยาวด้านพัฒนาการทางสมอง อย่างไรก็ตาม อาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาจิตเวชในสตรีให้นมบุตรเนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชมากกว่าภาวะปกติ แพทย์จึงควรพิจารณาเลือกใช้ยาโดยคำนึงถึงข้อดีข้อเสีย และความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาแทนการรักษาโรคจิตเวชโดยวิธีอื่นที่ปลอดภัยกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breast feeding. Breast feeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100:1035-9.
2. Newton N, Newton M. Physiologic aspects of lactation. N Engl J Med 1967; 277:1179-88.
3. Kendell RG, Chalmers JE, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry 1987; 150:662-73.
4. O'Hara MW. Postpartum "blues", depression, and psychosis: a review. J Psychosom Obstet Gynaecol 1987; 7:205-27.
5. Cogill SR, Caplan HL, Alexandrah, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal depression on cognitive development of young children. Br Med J 1986; 292:1165-7
6. Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendall D. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. Child Dev 1988; 59:156-79.
7. Stein A, Gath D, Bucher J, Bond A, Sa S, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. Br J Psychiatry 1991; 158:46-52.
8. Burt VK, Suri R, Altschuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medication during breast-feeding. Am J Psychiatry 2001; 158:1001-9.
9. Howard CR, Lawrence RA. The management of breast feeding: xenobiotics and breast feeding. Pediatr Clin North Am 2001; 48:110-29.
10. Bazire S. Psychotropics in problem areas. Psychotropic drug directory 2001/02. Snow Hill : Mark Allen Publishing, 2001:172-222.

11. Arnon J. The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000; 37:205-22.
12. Trzebiatowska IA. Psychotropic drugs used in pregnancy and breast-feeding period. *Ginekol Pol* 1999; 70:210-3.
13. Fruhwald S. Psychopharmaceutical and breast feeding. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 55-63.
14. Ward RM, Bates BA, Benitz WE, et al. The transfer of drugs and other chemical into human milk. *Pediatrics* 2001; 108:130-55.
15. Stowe ZN, Cohen LS, Hostetter A, Ritchie JC, Owens MJ, Nemeroff CB. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2000; 157:185-9.
16. Wisner KL, Findling RL, Perel JM. Paroxetine in breast milk. *Am J Psychiatry* 2001; 158:64.
17. Epperson N, Czarkowski KA, O'Brien DW, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pair. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1631-7.
18. Birnbaum CS. Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants: A case series. *Pediatrics* 1999; 104:11.



Use of psychotropic drugs during breast feeding

Jarurin Pitanupong, M.D.*

Abstract

All psychotropic drugs pass into the milk. For the record, the level of antipsychotic drugs excreted into breast milk was rather low. However, adverse effects are often dose related. Thus, the minimum effective maternal dose should be used, and atypical antipsychotic drug should be avoided. The data on breast-feeding and antidepressants are relatively limited, and the collected data indicate that nortriptyline poses the lowest risk. Carbamazepine and valproate have been classified by the American Academy of Pediatrics Committee on Drugs as compatible with breast-feeding, but lithium has been classified as contraindicated. Finally, since benzodiazepines are excreted in breast milk, they should not be given to lactating mothers. **J Psychiatr Assoc Thailand 2002; 47(3):217-224.**

Key words: psychotropic drugs, breast-feeding

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University, Hat-Yai, Songkhla 90110