

產後抑鬱：一個公共衛生課題

要點

- ※ 產後抑鬱是常見的健康問題，全球產後抑鬱的患病率介乎 13% 至 19%。在香港，大約每十名婦女便有一名在產後出現抑鬱。
- ※ 不同的臨床狀況、心理社交、與產科及嬰兒有關的因素，皆可增加婦女患上產後抑鬱的風險。
- ※ 產後抑鬱會影響婦女養育嬰兒的能力，並對嬰兒的健康、成長和發展帶來潛在的影響。

預防及應對產後抑鬱的方法

給準媽媽和產後婦女的建議

- ※ 在懷孕前有充分的準備，作出適當的家庭和財務安排。
- ※ 對為人父母抱切合實際的期望。學習更多有關懷孕、分娩和育兒的知識，以減輕焦慮。
- ※ 與丈夫及其他家庭成員建立良好的溝通，促進了解，加強支援。
- ※ 確保有充足的休息及睡眠。減少不太重要的職責，例如托人在產後幫忙料理家務和照顧幼兒。
- ※ 保持飲食健康。不吸煙。避免飲用含酒精或咖啡因的飲品。
- ※ 抽時間進行休閒活動。
- ※ 多認識其他母親，以分享經驗和獲得他人支持。
- ※ 如有任何育兒或情緒問題，尋求醫護人員的協助。

給產後婦女的丈夫和家人的建議

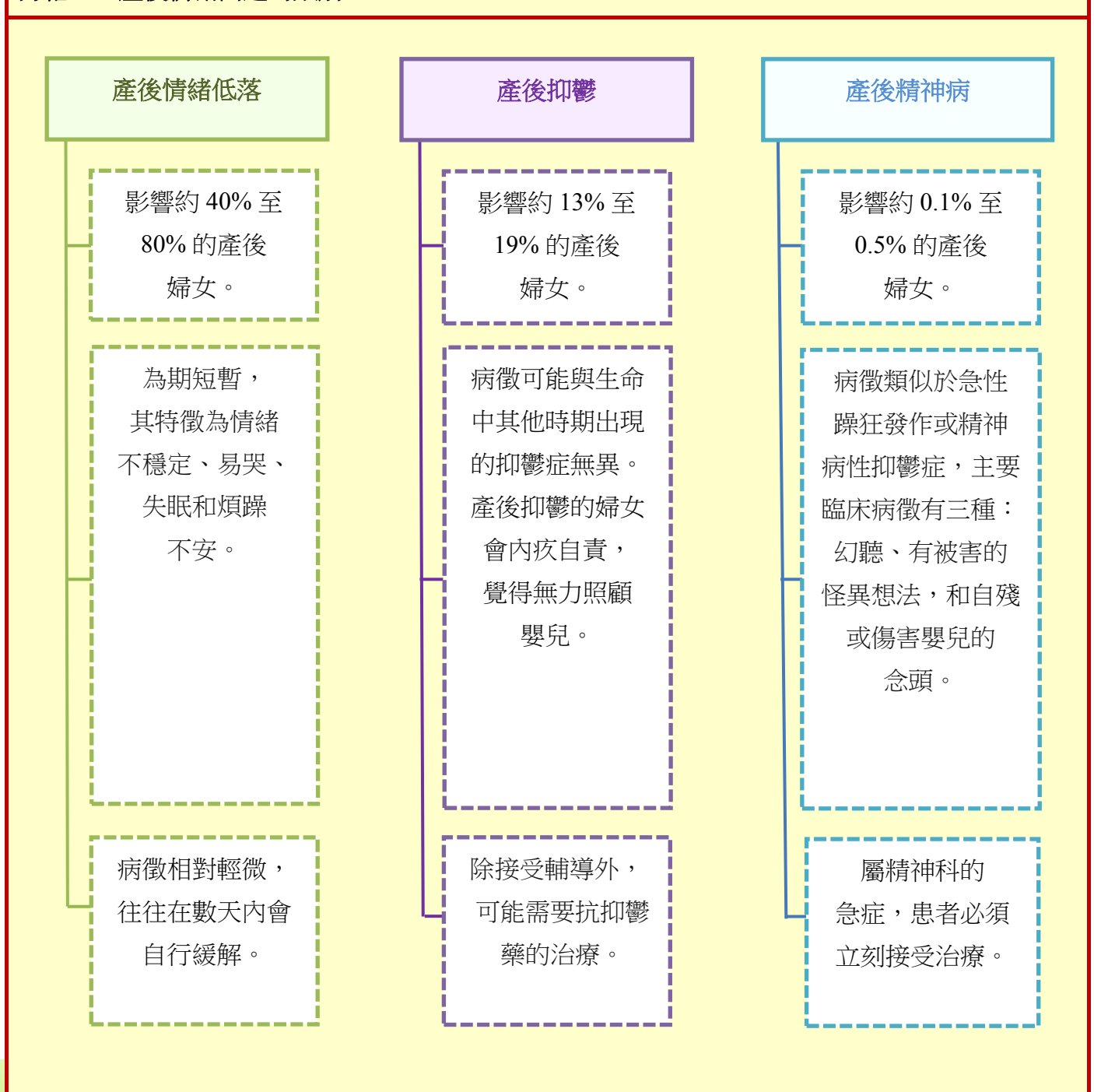
- ※ 給予產後婦女時間和空間，讓她們談及自己的感受。
- ※ 主動分擔家務和育兒的責任。
- ※ 鼓勵產後婦女安排時間來消遣休息。
- ※ 了解產後情緒問題。切勿忽視產後抑鬱的病徵。
- ※ 如有需要，協助產後婦女尋求幫助。

產後抑鬱：一個公共衛生課題

對於許多孕婦和她們的家人來說，產後時期應是值得期待的快樂時光，大家會懷著喜悅的心情，迎接新生嬰兒的來臨。然而，由於荷爾蒙的變化、角色的轉變、照顧嬰兒的挑戰和家庭的問題，婦女在分娩後的一段時期，

可能有較高的風險患有情緒問題。產後情緒問題大致可分為以下三類：產後情緒低落、產後抑鬱及產後精神病，這些情緒問題的患病率、臨床的病徵、病情的輕重和治理的方法各有不同（方格一）¹。

方格一：產後情緒問題的類別¹⁻³



產後情緒低落是婦女在生產後，對荷爾蒙的變化和壓力產生的短暫反應。病徵通常在產後三至五天出現，並可持續數天。由於病徵相對較輕，而且在數天內會自行緩解，一般無需治療，婦女只需要身邊人的關懷、聆聽和支持。

有別於產後情緒低落，大多數產後抑鬱的個案不會自行緩解，需透過治療才可康復。產後抑鬱會在不知不覺間逐漸浮現，病徵通常在產後六個星期內出現，但亦可以在產後一年內的任何時間出現。產後抑鬱的病徵可能與生命中其他時期出現的抑鬱症無異，包括持續的情緒低落、對日常的活動失去興趣、食慾不振、疲倦及缺乏活力、失眠或早醒、難以集中精神及作出決定、自覺一無是處和絕望及反覆出現死亡或自殺的念頭。產後抑鬱的婦女亦會自責和對自己無法照顧嬰兒感到過分內疚。

至於產後精神病，則屬於罕見的情況，一般在分娩後的 14 天內或稍後時間發病，患者會出現妄想或幻覺的精神病病徵，亦可兩者同時出現。產後精神病屬於精神科的急症，患者必須立即接受治療¹⁻³。

產後抑鬱的流行病學

患病率

根據主要來自西方社會的流行病學研究的綜合分析和系統性回顧，估計全球產後抑鬱的患病率介乎 13% 至 19%³，具體數字因應抽樣的人口、評估工具（如使用愛丁堡產後抑鬱量表

（EPDS）或流行病學研究中心抑鬱症量表（CES-D）等自我評估或透過面談評估的問卷，或採用精神疾病診斷和統計手冊的結構性診斷會談（DSM），即與患者面談，以作出符合 DSM 準則的診斷），以及診斷產後抑鬱的時段（產後首 6 個月，首 3 個月或首 4 個星期）而異。在亞洲國家，產後抑鬱的患病率為 3.5%（馬來西亞）至 63.3%（巴基斯坦）不等⁴。

風險因素

產後抑鬱的確切成因未明。分娩後的荷爾蒙變化對易患上抑鬱的婦女可能帶來影響，而流行病學研究亦顯示不同的臨床狀況、心理社交、與產科及嬰兒有關的因素，皆可增加婦女患上產後抑鬱的風險。產後抑鬱的主要風險因素見於方格二^{3, 5-14}。在這些風險因素當中，大部分都可以預防，或透過及早發現和介入治療而改變。

產後抑鬱對母親、孩子和配偶都會造成顯著的影響。產後抑鬱會導致母嬰之間較差的感情聯繫¹⁵、不理想的嬰兒餵哺（例如縮短母乳餵哺的時間）¹⁶、較少接受疾病預防服務¹⁷，亦對孩子的認知（例如語言和智力發展）和情緒發展造成細微但重要的影響^{18, 19}，以及破壞家庭關係。然而，及早識別和接受治療，再加上家人的體諒和支持，大多數患上產後抑鬱的母親都能康復並重拾正常生活。

方格二：產後抑鬱的主要風險因素

臨床因素

精神病病史—曾患輕度抑鬱症、嚴重抑鬱症或焦慮症等精神病的婦女，出現產後抑鬱病徵（EPDS 分數 >12）的風險比沒有精神病病史的婦女高出 70%⁸。

產前情緒問題—在產前出現焦慮或抑鬱等情緒問題的婦女，出現產後抑鬱病徵（EPDS 分數 >12）的風險比產前沒有情緒問題的婦女高出 39%⁸。

心理社交因素

性格的弱點—個性容易焦慮的婦女患產後抑鬱（按照 DSM 的診斷準則）的風險是沒有此性格的婦女的 2.3 倍⁹。

缺乏社交支援—產前感到孤立無援的婦女出現產後抑鬱病徵（EPDS 分數 ≥ 13 ）的風險是不曾感到孤立無援的婦女的 3.6 倍¹⁰。

夫妻關係欠佳—婚姻關係不美滿的婦女患產後抑鬱（按照 DSM 的診斷準則）的風險是婚姻關係美滿的婦女的 6.4 倍⁹。

婆媳關係欠佳—一項以華人婦女為對象的前瞻性研究發現，婆媳關係欠佳的婦女患產後抑鬱（按照 DSM 的診斷準則）的風險是婆媳關係良好的婦女的 4.7 倍⁹。

家庭暴力—在懷孕期間受伴侶暴力對待，患產後抑鬱的風險是沒有受伴侶暴力對待的 3 倍左右¹¹。

多胞胎—多胞胎的母親在產後九個月出現中度抑鬱病徵（即 CES-D 分數 10 至 14）或嚴重抑鬱病徵（CES-D 分數 ≥ 15 ）的風險，較單胞胎的母親高出 43%¹²。

與產科相關的因素

產期前後併發症—曾患妊娠毒血症、在懷孕期間入院、懷疑出現胎兒窘迫、需要緊急剖腹分娩、新生嬰兒須留院的婦女，出現產後抑鬱病徵（EPDS 分數 >12）的風險，比沒有這些產期前後併發症的婦女分別增加 158%、125%、56%、53% 及 45%。婦女出現愈多產期前後併發症，患上產後抑鬱的風險亦愈高¹³。

與嬰兒相關的因素

嬰兒腹絞痛（即原本健康的嬰兒一星期有多過三天於一日內哭鬧多過三小時，而這情況持續達三星期之久）—在產後六個月，報稱嬰兒在兩個月大時有腹絞痛的母親，她們出現產後抑鬱病徵（EPDS 分數 >12）的風險，是沒有出現腹絞痛的嬰兒的母親的 3.7 倍¹⁴。

本地情況

患病率

本港婦女患上產後抑鬱的比率與全球患病率相若。整體而言，大約每十名本地婦女便有一名婦女患上產後抑鬱，於產後一個月的患病率為 10.3%，而產後三個月則為 11.2%²⁰⁻²²。然而，一項較近期的前瞻性隊列研究，訪問了 805 名於二零零九年八月一日至二零一零年八月三十一日期間曾到衛生署轄下九所母嬰健康院接受妊娠第三期常規產前檢查，並大約在產後兩個月接受訪問的華人婦女。該研究發現，產後兩個月的抑鬱患病率為 15.7%⁹。

產後篩檢計劃

在本港，產後抑鬱普查是兒童身心全面發展服務的其中一環，此服務由母嬰健康院、醫院管理局（醫管局）和社會福利署共同合作推行。曾在母嬰健康院接受培訓的護士會透過臨床會面和使用愛丁堡產後抑鬱量表，評估產後母親的情緒。合資格的母親會在到母嬰健康院進行嬰兒健康或產後檢查時進行篩檢，一些母親則會在醫管局轄下的產後診所接受篩檢。母嬰健康院的護士會初步評估母親的狀況，並為篩檢結果為陽性的母親進行輔導。需要社會支援的母親會被轉介至社工以接受評估和支援服務。懷疑有抑鬱或其他精神病徵的母親則會被轉介到醫管局的精神科，包括由派駐母嬰健康院的精神科護士提供詳細評估和輔導服務。

預防產後抑鬱

母親的心理健康，對於她們能否在產後體會當母親的樂趣、享受親密的母嬰關係、應付育兒的重擔、以最佳狀態為嬰兒的成長和發展作出準備等，均至關重要。為減少患上產後抑鬱的風險及影響，以下是給準媽媽和產後婦女預防和應對產後抑鬱的建議 —

- * 在懷孕前有充分的準備，作出適當的家庭和財務安排。
- * 對為人父母抱切合實際的期望，有助於適應產後的生活。學習更多有關懷孕、分娩和照顧嬰兒的知識，例如參加產前講座及工作坊，以減輕焦慮。
- * 與丈夫及其他家庭成員建立良好的溝通，促進了解，加強支援。
- * 確保有充足的休息和睡眠。減少不太重要的職責，例如托人在產後幫忙料理家務和照顧嬰兒。
- * 保持飲食健康。不吸煙。避免飲用含酒精或咖啡因的飲品。
- * 抽時間進行休閒活動，例如散步或探訪朋友。
- * 多認識其他母親／夫婦，以分享經驗和獲得他人支持。參加母嬰健康院的共享育兒樂研習班及產後支援小組。
- * 如有任何育兒或情緒問題，尋求醫護人員的協助。

丈夫和家人亦可幫忙照料產後婦女。以下是給予他們的建議—

- * 給予產後婦女時間和空間，讓她們談及自己的感受。
- * 主動分擔家務和照顧嬰兒的責任。
- * 鼓勵產後婦女安排時間來消遣休息，例如午睡、散步或與朋友相聚。
- * 了解產後情緒問題。切勿忽視產後抑鬱的病徵。
- * 如有需要，協助產後婦女尋求幫助，或陪伴她們看家庭醫生或專業輔導員。

如欲了解更多有關家庭計劃、婦產健康（包括產前及產後護理）或育兒指導和親職技巧，請聯絡衛生署轄下的母嬰健康院、致電衛生署家庭健康服務 24 小時資訊熱線 2112 9900，或瀏覽家庭健康服務網站 <http://www.fhs.gov.hk/>。

參考資料

1. 香港特別行政區：衛生署家庭健康服務（FHS-MH13B）。二零一三年。認識產後情緒問題。
2. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002; 287(6):762-5.
3. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9:379-407.
4. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(10):1355-73.
5. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(4):394-402.
6. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician* 2010; 82(8):926-33.
7. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, et al. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program, 2003.
8. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2):147-57.
9. Siu BW, Leung SS, Ip P, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry* 2012; 12:22.
10. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, et al. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000; 107(10):1210-7.
11. Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10(5):e1001452.
12. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics* 2009; 123(4):1147-54.
13. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG* 2010; 117(11):1390-8.
14. Vik T, Grote V, Escribano J, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr* 2009; 98(8):1344-8.
15. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(2):147-56.
16. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009; 123(4):e736-51.
17. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33(1):1-6.
18. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12(1): 12-20.
19. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6(4):263-74.
20. Chung TKH, Yip ASK, Lok IH, Lee DTS. Postpartum Depression among Hong Kong Chinese Men. Vol. Final report submitted to the Grant Review Board (No. 03040201), Health and Health Services Research Fund: Hong Kong SAR, 2009.
21. Lee D, Yip A, Chiu H, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2):220-6.
22. Lee DTS, Yip ASK, Leung TYS, Chung TKH. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000; 6:349-54.

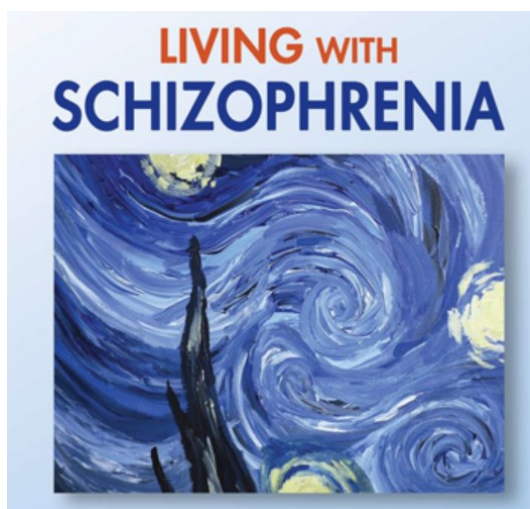
世界精神衛生日

二零一四年十月十日

世界心理健康聯盟於一九九二年創立了世界精神衛生日，以彰顯精神健康的重要。

每年，世界精神衛生日都會以一個全球公共健康的課題作為主題，

而二零一四年的主題是「與精神分裂症一起生活」。



精神分裂症是一種嚴重的精神障礙，往往於青少年期或成年早期形成。全球有約二千四百萬人患有精神分裂症，患者會出現多種病徵，令他們難以分辨現實和虛幻。精神分裂症對患者生活上的影響因人而異。有些患者只會病發一次，然後回復正常生活；有些患者則可能在回復正常後再次復發；亦有些患者的精神分裂症的病徵會伴隨著他們的餘生。雖然精神分裂症在目前來說尚未有根治的方法，但治療方法對大多數患者都有幫助。

如欲了解更多有關精神分裂症、世界精神衛生日及相關活動的資料，請瀏覽

<http://wfmh.com/world-mental-health-day/>。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵so_dp3@dh.gov.hk。

主編
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生

范婉雯醫生

馮宇琪醫生

劉天慧醫生

李兆妍醫生

李元浩先生

吳國保醫生

曹家碧醫生

雲永綺女士

尹慧珍博士

王曼霞醫生

黃詩瑤醫生