

بازمانده خند را

طبابت هنراست،

هنرناهنکی قلب و اندیشه



سرشناسه	بابامحمدی درجری نژاد، شهرزاد، ۱۳۷۴-
عنوان و نام پدیدآور	مرجع تخصصی دارو در روان پزشکی (۴): خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, section v, 2024/
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۱۹۹ ص: مصور(رنگی). ج ۲۶
شابک	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۳۹-۶-۳۴۳-۶-۶ ریال: ۷۹۳۰۰۰۰
مدیر برنامه ریزی و تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, 2024 " به ویراستاری الن تاسمن... او دیگران است.
موضوع	روان پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	تزمان، آلن، ۱۹۴۷ - م.
شناسه افزوده	Tasman, Allan
رده بندی کنگره	RC ۴۵۴
رده بندی دیویی	۸۹/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۷۰۷۳۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

مرجع تخصصی دارو در روان پزشکی (۴): خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, section v, 2024/	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر شهرزاد بابامحمدی درجری نژاد	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۴۰-۵
صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۳۹-۶-۹
طراح و گرافیسیت: مهرداد فیضی - رزیدنت یار	بهاء: ۷۹۳۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مرجع تخصصی دارو در روان پزشکی (۴)

خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB.
Psychiatry.5th ed, section v, 2024/

ترجمه و تلخیص



دکتر شهرزاد بابامحمدی درجری نژاد

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممحدود و رمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوح گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت جوین راهت قرارم ده و یاری ام کن تا در آموختن نلغزم و آن چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت یار، مامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ روان پزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان سازی توسط مؤلف ممترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبامٹ پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پور ندیم



مقدمه مؤلف

مال تخییر و نیازمند بازنگریست، لذا بر این شدیم بکوشیم در تالیف این کتاب تمام نکات مهم مربوط به مبحث داروشناسی تا سمن ۲۰۲۴ را مورد پوشش قرار دهیم تا راهنمایی جامع برای پزشکان فراهم کنیم.

تخییر اندیکاسیون داروها ، اضافه شدن داروهای جدید به درمان ، کم کاربرد بودن و فرار بودن تعدادی از داروهای روان و نیاز به مرور اطلاعات به روز برای دستیاران عزیز که جزو پالشیهای بنده نیز در زمان تمصیل بوده، انگیزه ای برای تالیف این کتاب شده است.

بر فود لازم میدانم از تمامی دوستانی که در این راه حمایت فود را دریغ نکرده اند کمال قدردانی را به عمل آورم؛

و امید است نسل به نسل این مسیر ادامه پیدا کند.

دکتر شهرزاد بابامممدی

بهمن ۱۴۰۴

فهرست مطالب



- فصل ۱۳۵: مدیریت دارویی اختلالات روانی مرتبط با تولید مثل..... ۱۱
- فصل ۱۳۶: درمان های جسمانی و نورو مدلاسیون در روان پزشکی..... ۶۱
- فصل ۱۳۷: طب تلفیقی و مکمل در روان پزشکی..... ۱۱۷
- فصل ۱۳۸: اثرات پلاسیبو و نوسیبو: جنبه های زیستی و فرهنگی..... ۱۸۵

مدیریت دارویی اختلالات روانی مرتبط با تولید مثل

(Pharmacologic Management of Reproductive Psychopathology)

چکیده

مدیریت دارویی اختلالات روانی در زنان، به ویژه در سال های باروری، بسیار پیچیده است و نیازمند دانش تخصصی درباره اثربخشی و ایمنی داروهاست. در این فصل، خواننده با دستورالعمل های پیچیده درمان زنان در دوره پری پارتوم با داروهای روان پریشی آشنا می شود و اختلالات روانی شایع مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و سایر شرایط مرتبط با تروما، ADHD و اختلالات مصرف مواد مورد بحث قرار می گیرد.

بر اهمیت شایع بودن بیماری روانی در دوره پری پارتوم، یعنی دوران بارداری و سال اول پس از تولد نوزاد، تأکید شده است. اگرچه مدیریت دارویی اختلالات روانی در این دوره اغلب مشابه درمان این شرایط در سایر دوره های زندگی زنان است، انتخاب دارو نیازمند توجه به عوارض جانبی برای مادر و همچنین اثرات احتمالی بر بارداری، جنین، زایمان و رشد طولانی مدت کودک است. بنابراین، تحلیل ریسک-فایده شخصی سازی شده و در نظر گرفتن طیف گسترده ای از عوامل، از اصول حیاتی روان پزشکی تولیدمثل به شمار می آید.

هدف این متن فراهم کردن دانش پایه ای برای حمایت از بیمار و خانواده در فرایند تصمیم گیری پیچیده است. همچنین الگوریتم های درمان دارویی اختلالات روانی پیش از قاعدگی و دوران پری منوپاز نیز ارائه شده است. هدف کلی این فصل ارائه اطلاعات جامع و در عین حال کاربردی و به روز درباره مدیریت دارویی در روان پزشکی تولید مثل است.

روان پزشکی تولید مثل چیست؟

روان پزشکی تولید مثل به درمان اختلالات روانی در زنان، به ویژه در سال های باروری، می پردازد. موضوعات اصلی روان پزشکی تولیدمثل با تغییرات هورمونی مرتبط با سن و مرحله زندگی زنان همسو است؛ یعنی تغییرات هورمونی در دوره پیش قاعدگی، پری پارتوم (بارداری و پس از زایمان) و دوران پری منوپاز زنان.

اکثر زنانی که با اختلالات روانی مرتبط با تولیدمثل مراجعه می کنند، در دوران بارداری یا پس از زایمان هستند؛ در واقع، یک نفر از هر هفت زن در دوره پری پارتوم دچار اختلالات خلقی یا اضطرابی است. با توجه به شیوع بالای این



اختلالات روانی پری پارتوم و مزایای شناخته شده درمان های روان پریشی، یکی از تمرکزهای اصلی روان پزشکی تولید مثل، ایمنی داروها در این دوران برای مادر و کودک، به ویژه هنگام شیردهی، است. این فصل عمدتاً بر مدیریت دارویی اختلالات روانی مرتبط با تولیدمثل در دوره پری پارتوم تمرکز دارد و الگوریتم های درمان اختلالات روانی شامل افسردگی، اختلال دوقطبی، اضطراب، استرس پس از سانحه، ADHD و اختلالات مصرف مواد را تشریح می کند. علاوه بر این، مدیریت دارویی اختلالات روانی پیش از قاعدگی و پری منوپاز نیز به طور مختصر مرور شده است.

مدیریت دارویی اختلالات روانی تولیدمثل در دوران پری پارتوم:

مدیریت دارویی افسردگی، اضطراب و بی خوابی در دوره پری پارتوم

مدیریت دارویی افسردگی، اضطراب و بی خوابی در دوره پری ناتال مشابه درمان این اختلالات در سایر زمان ها است؛ تصمیم برای استفاده از درمان دارویی در بارداری نیازمند تحلیل ریسک-سود شخصی سازی شده است که شامل شدت علائم فعلی، سابقه بیماری، تاریخچه خانوادگی، پاسخ قبلی به دارو، تجربه با کاهش دوز دارو، و ترجیح و سطح راحتی بیمار (و خانواده او) نسبت به دارودرمانی می شود.

بیشتر داده های مربوط به ایمنی دارو از مطالعات مشاهده ای، گزارش های موردی یا داده های ثبت شده به دست آمده اند که خطر بروز ابهام و سوگیری دارند.

یکی از موانع اصلی برای نتیجه گیری، تداخل ناشی از شاخصه بیماری (confounding by indication) است؛ به این معنا که خود افسردگی یا اضطراب ممکن است با پیامدهای منفی کودک مرتبط باشد و نه صرفاً مصرف دارو. بسیاری از مطالعات همچنین عوامل دیگری مانند مصرف چند دارو، مصرف داروهای دیگر یا مواد غیرقانونی یا الکل، یا سایر بیماری های پزشکی را در نظر نمی گیرند.

به طور کلی توصیه شده است که از دارویی استفاده شود که قبلاً برای بیمار مؤثر بوده است و در صورت عدم دسترسی به این اطلاعات، دارویی انتخاب شود که بیشترین داده های ایمنی در بارداری و شیردهی را داشته باشد. اگر دارو تجویز می شود، ضروری است که درمان به مرحله بهبودی کامل برسد.

استفاده از تک دارویی (monotherapy) به جای چنددارویی (polytherapy) و همچنین به کارگیری حداقل دوز مؤثر ترجیح داده می شود. در نهایت، باید به طور شفاف در پرونده بیمار مستندسازی شود که بحث ریسک-سود درباره دارودرمانی و داروی انتخاب شده با بیمار انجام شده و در صورت امکان، اعضای خانواده مورد نظر بیمار نیز در این بحث مشارکت داشته اند.

هدف از این اقدامات، ایجاد یک رویکرد شخصی سازی شده و بهترین شیوه برای بیمار، کودک و خانواده او است.



افسردگی

مدیریت دارویی برای درمان افسردگی در بارداری معمولاً به موارد بیماری متوسط تا شدید محدود می شود یا در زنانی که صرف نظر از شدت بیماری، پس از ارزیابی ریسک-سود تصمیم به استفاده از دارو می گیرند، در حالی که روان درمانی برای افسردگی پریناتال خفیف تا متوسط توصیه می شود.

به طور کلی، دارویی که پیش از بارداری مؤثر بوده است، استفاده می شود یا اگر زنی که در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی است باردار شود و در وضعیت یوتایمیک باشد، بیشتر دستورالعمل ها توصیه می کنند همان داروی مورد استفاده ادامه یابد و تغییر داده نشود.

هنگام شروع هر دارویی در زنانی که ممکن است باردار شوند، احتمال بارداری باید در نظر گرفته شود، زیرا نزدیک به نیمی از بارداری ها غیرقابل برنامه ریزی هستند. با پیشرفت بارداری، تغییرات متعددی رخ می دهد که می تواند پاسخ دارویی را تحت تأثیر قرار دهد، از جمله افزایش حجم توزیع و افزایش دفع دارو از طریق کلیه ها. بنابراین، ممکن است برای حفظ ثبات خلق، دوز بالاتری از دارو نیاز باشد. با این حال، پزشکان پریناتال معمولاً توصیه می کنند دوز دارو براساس شدت علائم تنظیم شود، زیرا هنوز شواهد کافی برای تغییر دوز در سه ماهه دوم یا سوم در غیاب علائم وجود ندارد.

به طور کلی، مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) که بر ترنسپورتر سروتونین (SERT) اثر می گذارند، به عنوان دارو های خط اول برای درمان افسردگی در نظر گرفته می شوند. داروی انتخابی SSRIs در بیشتر دستورالعمل ها سرتالین است، پس از آن سیتالوپرام و اس سیتالوپرام، و با کاربرد کمتر فلوکستین و پاروکستین (که هر دو مهار کننده قوی چند آنزیم CYP از جمله CYP3A4 هستند که برای متابولیسم پروژسترون لازم است) می باشند.

دارو های SSRIs برای افسردگی از جمله داروهایی هستند که بیشترین مطالعه را در خصوص پروفایل ایمنی دارند. از آنجا که این داروها می توانند از جفت عبور کنند، ممکن است بر رشد جنین در طول بارداری اثرگذار باشند و همچنین در نوزاد تازه متولد شده سبب غلظت دارویی شود که می تواند منجر به علائم ترک یا سمیت شود. شواهد متناقضی در خصوص ارتباط مواجهه با SSRIs با سقط خودبه خودی وجود دارد و برخی نویسندگان معتقدند ممکن است خود بیماری زمینه ای و نه دارو، خطر را ایجاد کند.

در مطالعات حیوانی، بسیاری از داروهای ضدافسردگی، از جمله SSRIs، برخی اثرات منفی بر رشد جنین نشان می دهند، از جمله افزایش مرگ و میر و کاهش وزن هنگام تولد؛ با این حال، مقایسه با مطالعات انسانی به دلیل عوامل متعدد، از جمله مواجهه بیش از حد در رحم در مطالعات حیوانی دشوار است.



Table 1 SSRI use in pregnancy and lactation

Generic name	S: start dose T: target dose	Titration schedule	Special considerations (side effects/risks/lactation)
SSRIs			
Sertraline	S: 25–50 mg T: 100–200 mg For very anxious patients S: 12.5 mg	Increase by 25 mg or 50 mg every 1–2 weeks as tolerated	Can be activating or sedating or cause emotional numbing, more GI effects than others Negligible amounts in breast milk (RID 0.5–3%)
Fluoxetine	S: 10 mg T: 20–80 mg	Increase by 10 mg every 1–2 weeks as tolerated	Longer half-life → withdrawal less likely if doses are missed, but also longer to get out of the system if there are adverse effects, can be activating; RID ~10 + %
Citalopram	S: 10 mg T: 20–40 mg	Increase by 10 mg or 20 mg every 1–2 weeks as tolerated	FDA Drug Safety Communication warnings about increased QTc interval at doses >40 mg, may consider getting EKG at doses >40 mg; RID ~10 + %
Escitalopram	S: 5–10 mg T: 10–20 mg	Increase by 5 mg or 10 mg every 1–2 weeks as tolerated	Safety profile like citalopram, quite well tolerated; very compatible with lactation; RID <6%
Paroxetine	S: 10 mg T: 20–40 mg CR: 25 mg	Increase by 10 mg every 1–2 weeks as tolerated CR: increase by 12.5 mg every 2 weeks as tolerated	Can be sedating, tablet formulary can cause withdrawal effects due to short half-life, CR form less likely to cause withdrawal when tapered; RID 0.5–3%
Fluvoxamine	S: 25 mg T: 25–150 mg	Increase by 25 mg every 1–2 weeks as tolerated	More often used for treatment of obsessive-compulsive disorder; RID <2%

Note: *RID* relative infant dose, i.e., the infant dose per kg body weight expressed as a percentage of the maternal dose per kg body weight. When the RID is below 10%, the exposure generally can be considered negligible. The 10% limit has been accepted by organizations such as the American Academy of Pediatrics



جدول ۱. استفاده از SSRI ها در بارداری و شیردهی

نام ژنریک	دوز شروع S	دوز هدف T	نحوه تیتراسیون	ملاحظات ویژه (عوارض جانبی / خطرات / شیردهی)
Sertraline	25–50 mg در بیماران بسیار مضطرب: 12.5 mg	100–200 mg	افزایش به میزان ۲۵ یا ۵۰ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته بر حسب تحمل بیمار	ممکن است خاصیت تحریک کنندگی یا خواب آور داشته باشد یا باعث بی حسی هیجانی شود؛ عوارض گوارشی آن از سایر SSRI ها بیشتر است. میزان عبور به شیر (RID) حدود ۰.۵–۰.۳٪ است.
Fluoxetine	معمولاً 10 mg	T = 20– 80 mg	افزایش به میزان ۱۰ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته بر حسب تحمل بیمار	نیمه عمر طولانی دارد، بنابراین در صورت فراموشی دوز، احتمال بروز علائم قطع کمتر است؛ اما در صورت بروز عوارض، دفع دارو از بدن زمان برتر است. ممکن است خاصیت تحریک کنندگی داشته باشد. RID حدود ۰.۱۰٪ یا بیشتر است.



نام ژنریک	دوز شروع S	دوز هدف T	نحوه تیتراسیون	ملاحظات ویژه (عوارض جانبی / خطرات / شیردهی)
Citalopram	S = 10 mg	T = 20– 40 mg	افزایش به میزان ۱۰ یا ۲۰ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته بر حسب تحمل بیمار	سازمان FDA در مورد افزایش فاصله QTc در دوزهای بالاتر از ۴۰ میلی گرم هشدار داده است؛ در دوزهای بالاتر از ۴۰ میلی گرم می توان انجام EKG را در نظر گرفت. RID حدود ۱۰٪ یا بیشتر است.
Escitalopram	S = 5–10 mg	T = 10– 20 mg	افزایش به میزان ۵ یا ۱۰ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته بر حسب تحمل بیمار	از نظر ایمنی مشابه citalopram است، تحمل پذیری خوبی دارد و با شیردهی کاملاً سازگار است؛ RID کمتر از ۶٪.
Paroxetine	S = 10 mg	T = 20– 40 mg CR: 25 mg	افزایش به میزان ۱۰ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته CR: افزایش تدریجی هر ۲ هفته به میزان 12.5 mg	می تواند خاصیت خواب آور داشته باشد. فرم قرصی ممکن است به دلیل نیمه عمر کوتاه موجب علائم قطع شود، اما فرم CR احتمال این عارضه را در زمان قطع تدریجی کاهش می دهد RID حدود ۰.۵–۳٪ است.



نام ژنریک	دوز شروع S	دوز هدف T	نحوه تیتراسیون	ملاحظات ویژه (عوارض جانبی / خطرات / شیردهی)
Fluvoxamine	S = 25 mg	T = 25– 150 mg	افزایش به میزان ۲۵ میلی گرم هر ۱ تا ۲ هفته بر حسب تحمل بیمار	بیشتر در درمان اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) به کار می رود. RID کمتر از ۰.۲٪ است.

یادداشت (RID (Relative Infant Dose): یعنی «دوز نسبی نوزاد» بر حسب میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، که به صورت درصدی از دوز مادر بیان می شود. هنگامی که RID کمتر از ۱۰٪ باشد، معمولاً میزان مواجهه نوزاد با دارو ناچیز در نظر گرفته می شود. این حد ۱۰٪ توسط نهادهایی مانند American Academy of Pediatrics پذیرفته شده است.

ریسک کلی ناهنجاری های مادرزادی عمده با مصرف SSRIs پایین به نظر می رسد. این شامل گزارش های قدیمی تر با مشاهدات خاص مانند افزایش خطر ناهنجاری هایی همچون کلاب فوت یا بیماری هیرشپروننگ می شود که این مشاهدات تاکنون تکرار نشده اند و ممکن است تصادفی بوده باشند.

شواهدی از افزایش جزئی خطر ناهنجاری های قلبی، به ویژه نقص دیواره دهلیزی و بطنی، در نوزادانی که در سه ماهه اول بارداری در معرض SSRIs قرار گرفته اند وجود دارد. با این حال، متآنالیزها شامل مطالعاتی بودند که اصلاح عوامل مخدوش کننده انجام نشده بود و تا حدی تفسیر نتایج را محدود می کند.

مطالعات قدیمی تر مصرف پاروکستین (و کمتر واضح فلوکستین) را با افزایش خطر ناهنجاری های قلبی مرتبط دانسته بودند، اما یک مطالعه بزرگ نشان داد که SSRIs در سه ماهه اول، حتی پس از اصلاح برای وضعیت اجتماعی-اقتصادی با افزایش جزئی خطر ناهنجاری قلبی همراه است.

علاوه بر این، مطالعه ای در سه ماهه اول بارداری نشان داد که ارتباط بین مصرف داروهای ضدافسردگی و ناهنجاری های قلبی با افزایش سطح اصلاح برای عوامل مخدوش کننده کاهش یافته و عملاً پس از اصلاح کامل از بین می رود. همچنین، هیچ ارتباط معنی داری بین مصرف SSRIs خاص مانند پاروکستین و سرتالین و نقص دیواره بطنی یا انسداد مسیر خروجی قلب پیدا نکردند.



پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمان نیز مورد بررسی قرار گرفته اند. در مورد پیامدهای مادری، یافته های ثابتی گزارش نشده است؛ با این حال، برخی گزارش ها افزایش خطر فشار خون یا پره اکلامپسی، خونریزی پس از زایمان و نرخ بالاتر سزارین را نشان داده اند، هرچند این نتایج همیشه تکرار نشده اند.

یکی از اثراتی که بیشترین تکرار را داشته، ارتباط بین مصرف SSRI و زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری) است؛ افزایش جزئی خطر زایمان زودرس در زنانی که در معرض SSRI قرار داشتند نسبت به زنان مبتلا به افسردگی که SSRI مصرف نکرده بودند و زنان بدون افسردگی یا مصرف دارو مشاهده شده است.

وزن پایین نوزاد پس از مصرف SSRI نیز گزارش شده است، اگرچه به نظر می رسد خود بیماری زمینه ای نقش اصلی را داشته باشد. کاهش مطلق وزن نوزاد معمولاً بین ۲۰۰ تا ۷۰ گرم و کاهش سن بارداری ۲ تا ۵ روز است.

ارتباطات مثبت و معنی داری بین مصرف SSRI و نمره پایین APGAR نیز گزارش شده است، اما تفاوت بالینی آن کم اهمیت است.

در بین نوزادان در معرض SSRI، تقریباً ۱۴٪ در NICU بستری می شوند در حالی که این عدد در نوزادان بدون تماس دارویی ۸٪ است. دلایل اصلی بستری شامل مشکلات تنفسی و عصبی، هیپوگلیسمی، دشواری در تغذیه و فشار خون ریوی هستند؛ با این حال، تفسیر این افزایش خطر محدود است زیرا کنترل کافی برای عوامل مخدوش کننده مانند شدت بیماری مادری انجام نشده است.

حدود ۳۰٪ از نوزادان در معرض، سندرم سازگاری نوزادی (NAS/ neonatal adaptation syndrome) را نشان می دهند؛ این سندرم معمولاً کوتاه مدت بوده و شامل اختلالات سیستم عصبی مرکزی (تحریک پذیری، اختلال خواب/بیداری، گریه با صدای بلند)، سیستم تنفسی (دیسترس تنفسی و تاکی پنه)، سیستم حرکتی (لرزش اندام ها، تکانش، ضعف تون عضلانی، هیپررفلکسی)، و سیستم گوارشی (هیپوگلیسمی، دشواری در تغذیه، استفراغ) می شود. علائم شدیدتر مانند تشنج در موارد نادر مشاهده شده است و معمولاً NAS ظرف ۲ هفته برطرف می شود.

علت NAS هنوز در حال بررسی است و هم کمبود ناگهانی دارو و هم سمیت ناشی از مواد سروتونرژیک به عنوان مکانیسم های احتمالی مطرح شده اند. برخی معتقدند شکل شدید NAS می تواند فشار خون ریوی مزمن نوزاد (PPHN) باشد که پس از مصرف SSRI در اواخر بارداری رخ می دهد. مرگ و میر ناشی از PPHN حدود ۱۰-۲۰٪ است و این یک عارضه جدی محسوب می شود، اما خطر مطلق PPHN در مواجهه دیر هنگام با SSRI کم است. پاروکستین و فلوکستین بیشترین نقش را در این ارتباط داشته اند.



پیامدهای بلند مدت مصرف SSRI در نوزادان و کودکان، اثرات بر رشد مغز، رشد جسمانی، توانایی های شناختی، تکامل زبان، خطر ابتلا به اختلال طیف اوتیسم (ASD)، خلق و خو و اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD) و سایر جنبه ها را بررسی کرده است. نتایج کلی مطالعات سازگار نبوده و اهمیت بالینی این یافته ها هنوز مشخص نیست.

ارتباط مصرف SSRI در بارداری با ASD در دهه گذشته توجه زیادی داشته است. چندین متا آنالیز با نتایج متناقض انجام شده و تفسیر محدود است. در صورت وجود ارتباط، میزان آن بسیار کم است و افزایش خطر مطلق بیش از ۱٪ نخواهد بود.

مطالعات حیوانی به طور مداوم مصرف SSRI در دوره پری ناتال را با اضطراب در بزرگسالی مرتبط دانسته اند. (SNRIs) کمتر مورد مطالعه قرار گرفته اند. این گروه دارویی گزینه ای مهم برای درمان علائم افسردگی پری ناتال در بیمارانی است که به SSRIs پاسخ نمی دهند یا پیش تر با این داروها نتیجه خوبی داشته اند.

در زمینه ایمنی، مطالعات کمتری روی SNRIs در بارداری و شیردهی انجام شده، اما داده های موجود نشان دهنده پروفایل ایمنی مشابه SSRIs است و بنابراین استفاده از آن ها قابل توصیه است. این گروه شامل ونلافاکسین، دولوکستین و دس ونلافاکسین است که بیشترین داده های ایمنی برای ونلافاکسین موجود است.



Table 2 SNRIs and other medications for depression

Generic name	S: start dose T: target dose	Titration schedule	Special considerations (side effects/risks/lactation)
SNRIs			
Venlafaxine	S: 75 mg T: 150–300 mg	IR: incr 75 mg every 1–2 weeks as tolerated XR: 37.5 mg every 1–2 weeks as tolerated	May cause hypertension. XR less likely to cause withdrawal when tapered; less lactation data; RID 10 + %
Duloxetine	S: 30 mg T: 60–120 mg	Incr 30 mg every 1–2 weeks as tolerated	For chronic/neuropathic pain; less lactation data; RID <1%
Desvenlafaxine	S: 25 mg T: 25–400 mg		No studies currently available on use in pregnancy examining neither teratogenic risks nor available data about long-term developmental outcomes. No evidence >50 mg is helpful. RID 10 + %
Other			
Bupropion	S: 75–150 mg T: 150–450 mg SR BID dosing XR QAM dosing	Increase 75–150 mg every 2 weeks as tolerated	Activating AD; can increase anxiety and lowers seizure threshold for seizure in those with a history of seizure or those engaging in purging behaviors Not to exceed 450 mg (seizure risk!) Helpful for smoking cessation in pregnancy. May help ADHD and other addictive disorders, such as overeating in pregnancy; RID 2%
Mirtazapine	S: 7.5 mg T: 15–45 mg	Increase by 7.5 mg every 2 weeks	Causes sedation and increased appetite — helpful for anxious/depressed patients with insomnia who are not eating; watch out weight gain/diabetogenic: RID 0.5–3%
Monoamine enhancers (tricyclic antidepressants, TCAs)			
Desipramine, nortriptyline	Dose varies for each	Blood levels are possible to obtain	Less anticholinergic, so less orthostatic hypotension and constipation, which are common in pregnancy
Imipramine, doxepin, clomipramine, trimipramine, amitriptyline, protriptyline	Dose varies for each	Blood levels are possible to obtain	More cholinergic → orthostatic hypotension as side effect
Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)			
Isocarboxazid, phenelzine, selegiline, tranylcypromine	Dose varies for each MAOI		Requires special diet, interacts with some medications to cause life-threatening hypertensive crisis

Note: *RID* relative infant dose, i.e., the infant dose per kg body weight expressed as a percentage of the maternal dose per kg body weight. When the RID is below 10%, the exposure generally can be considered negligible. The 10% limit has been accepted by organizations such as the American Academy of Pediatrics