

产褥期抑郁中西医结合诊疗指南

马小娜¹, 孙振高², 陈景伟³, 孙文军⁴, 韩璐⁵, 刘雁峰^{6*}

(1. 北京中医药大学第三附属医院妇科, 北京 100029; 2. 山东中医药大学附属医院妇科, 济南 250013; 3. 河北中医药大学中西医结合学院, 石家庄 050200; 4. 北京中医药大学第三附属医院脑病科, 北京 100029; 5. 新疆维吾尔自治区中医医院妇科, 乌鲁木齐 830000; 6. 北京中医药大学东直门医院妇科, 北京 100007)

摘要: 产褥期抑郁是产褥期精神综合征中常见的一种类型。中西医结合治疗产褥期抑郁具有一定优势, 但诊疗规范尚未形成。本指南是参照最新国际、国内指南, 汇聚中医、西医及中西医结合相关领域专家诊疗经验和研究成果, 按照循证临床实践指南制定的标准方法与步骤, 将中西医诊疗要点有机结合而形成的诊疗规范。本指南规范了产褥期抑郁的定义、诊断、辨证及治疗等, 以期对产褥期抑郁诊疗提供参考和指导, 协助临床医师更好地将中西医结合诊疗方案应用到产褥期抑郁患者诊治工作中。

关键词: 产褥期; 抑郁; 诊疗指南; 循证医学

中图分类号: R714

文献标志码: A

文章编号: 1003-5699(2026)01-0001-09

Guidelines for diagnosis and treatment of postpartum depression with integrated traditional Chinese and Western medicine

MA Xiaona¹, SUN Zhen'gao², CHEN Jingwei³, SUN Wenjun⁴, HAN Lu⁵, LIU Yanfeng^{6*}

(1. Department of Gynecology, the Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250013, China; 3. College of Integrative Medicine, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China; 4. Department of Encephalopathy, the Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 5. Department of Gynecology, Traditional Chinese Medicine Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi 830000, China; 6. Department of Gynecology, Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100007, China)

Abstract: Postpartum depression is the most common type of postpartum psychiatric syndrome and a common gynecological disease. In recent years, the integration of traditional Chinese and Western medicine has revealed unique advantages in treating the disease, but its diagnosis and treatment standards have not yet been established. This guide is based on the latest international and domestic guidelines, integrating the diagnostic and therapeutic experience and research results of experts in traditional Chinese medicine, Western medicine, and the integrated traditional Chinese and Western medicine. It is formulated according to the standard methods and steps of evidence-based clinical practice guidelines, and organically combines the key points of traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of the disease. It standardizes the definition, diagnosis, syndrome differentiation,

基金项目: 中华中医药学会团体标准项目 (20211222-BZ-CACM); 国家中医药管理局中西医结合与少数民族医药司政府采购服务项目 (2023370)

作者简介: 马小娜 (1973—), 女, 博士, 教授, 博士研究生导师, 主要从事中医防治妇科杂病研究

***通信作者:** 刘雁峰, 电子信箱-liuyaf8888@sina.com

and treatment of postpartum depression, in the hope of providing reference and guidance for its standardized diagnosis and treatment in China, helping clinical physicians at all levels to better apply the integrated diagnosis and treatment plan of traditional Chinese and Western medicine to its clinical practice.

Keywords: postpartum; depression; guidelines for diagnosis and treatment; evidence-based medicine

产褥期抑郁^[1] (postpartum depression, PPD) 是指产妇在产褥期间出现抑郁症状, 是产褥期精神综合征常见的一种类型。研究^[2]发现我国产褥期抑郁发生率约5%~10%, 而且有逐年上升的趋势。产褥期抑郁大多在生产后1周开始出现相关症状, 在生产后4~6周越来越明显, 平均持续6~8周, 有时候甚至长达数年^[3]。若没有及时治疗, 产妇有可能会伤害婴儿或者自杀。产褥期抑郁不但不利于产妇的身体和心理健康, 而且也不利于婴儿远期的成长发育, 给产妇自身、家庭和社会带来沉重心理和经济负担^[4]。近年来, 中西医结合治疗产褥期抑郁具有一定的优势, 然而并没有形成规范的中西医结合诊疗指南。本指南制定专家组严格按照循证临床实践指南制定标准、方法与步骤, 拟制定符合临床实际需求、便于实施, 并且具有中西医结合特色的产褥期抑郁诊疗指南, 规范和指导产褥期抑郁诊断与治疗, 形成行业诊治标准。本指南对于指导产褥期抑郁中西医诊疗、规范产褥期抑郁中西医疗具有积极的促进作用。

1 范围

本诊疗指南规定了产褥期抑郁的定义、诊断、辨证分型和治疗等。本诊疗指南适用于产褥期抑郁的诊断和治疗。本诊疗指南适用于各等级医院中医、西医及中西医结合执业医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本指南必不可少的条款。其中, 注日期的引用文件, 仅该日期对应的版本适用于本指南; 不注日期的引用文件, 其最新版本(包括所有的修改单)适用于本指南。

GB/T 16751.1-2021 《中医临床诊疗术语·疾病部分》; GB/T 16751.2-2021 《中医临床诊疗术语·证候部分》; GB/T 16751.3-2021 《中医临床诊疗术语·治法部分》; T/CACM 1077-2018 中医治未病技术规范针刺; ZYYXH/T206~249—2010 中医妇科常见病诊疗指南产后抑郁; 2014年《产后抑郁障碍防治指南的专家共识(基于产科和社区医生)》^[5]。

3 术语与定义

3.1 西医方面 产褥期抑郁(ICD10: F53.051)是产褥期精神障碍的一种常见类型, 主要表现为产褥期持续和严重的情绪低落以及动力减低、失眠、悲观等症候, 甚至影响对新生儿的照料能力。

对于产褥期抑郁起病时间的界定, 美国精神病学学会1994年在《精神疾病的诊断与统计手册》第四版^[6]将产后抑郁起病时间定为产后4周内; 但是2013年在《精神疾病的诊断与统计手册》第五版^[7]中取消了产褥期抑郁的概念, 以围生期抑郁代之, 起病时间由“产后4周”改为“妊娠开始至产后4周内”。

3.2 中医方面 产后郁病(产后郁证)(《中医病证分类与代码》A09.02.05.18)是以产妇在分娩后出现情绪低落、精神抑郁为主要症状的病症, 是产褥期精神综合征中常见的一种类型。

4 诊断

4.1 临床问题1: 产褥期抑郁的临床诊断要点有哪些?

推荐意见:(参照刘雁峰、梁雪芳、徐莲薇著《中医妇科学》^[8], 丰有吉、沈铿著《妇产科学》^[9], 《ZYYXH/T206~249—2010 中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁》)。

4.1.1 病史 生产时或产后失血过多, 产后忧愁思虑, 过度劳倦, 或素性抑郁, 以及既往有精神病史、难产史(专家共识度: 100%)。

4.1.2 症状 情绪低落, 精神抑郁, 悲观厌世, 伤心落泪, 默默不语, 失眠多梦, 易感疲乏无力, 或内疚、焦虑、易怒; 甚至喜怒无常, 苦笑不休, 狂妄妄语, 登高弃衣, 不认亲疏等。对生活缺乏信心, 出现厌食、睡眠障碍、易疲倦等表现。严重者处理事情的能力低下, 不能照料婴儿, 甚至自杀或伤婴。一般在产后1周开始出现症状, 产后4~6周症状逐渐明显(专家共识度: 100%)。

4.1.3 诊断 产褥期抑郁至今没有统一的诊断标准, 也没有针对产褥期抑郁的特异性检查项目。其诊断主要是建立在询问病史、精神检查、心理评估

和其他辅助检查,缺乏客观性躯体、实验室或影像学检查作为依据。

4.1.3.1 产褥期抑郁的诊断标准 美国精神病学会1994年在《精神疾病的诊断与统计手册》第四版中制定了产褥期抑郁的诊断标准。1)产后2周内出现下列5条或5条以上的症状,必须具备①②两条:①情绪抑郁;②对全部或多数活动明显缺乏兴趣或愉悦;③体质量显著下降或增加;④失眠或睡眠过度;⑤精神运动性兴奋或阻滞;⑥疲劳或乏力;⑦遇事均感毫无意义或有自罪感;⑧思维能力减退或注意力不集中;⑨反复出现想死亡的想法。2)在产后4周内发病。该诊断标准中许多指标具有一定的主观性,可能影响正确诊断(专家共识度:100%)。

4.1.3.2 Edinburgh产后抑郁量表 Edinburgh产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)是目前多采用的诊断标准,包括10项内容,分别涉及心境、乐趣、自责、焦虑、恐惧、失眠、应付能力、悲伤、哭泣和自伤等,每项内容分4级评分(0分为从未、1分为偶尔、2分为经常、3分为总是),总分相加 ≥ 13 分者可诊断为产褥期抑郁(专家共识度:100%)。

4.1.3.3 产后抑郁筛查量表 产后抑郁筛查量表(Postpartum Depression Screening Scale, PDSS)是专门用于筛查产妇情绪状态的一种量表,其测量要求是通过产妇过去2周的感受来填写各个条目。相比DSM-IV,PDSS是目前比较新的诊断标准,对产后抑郁的诊断更倾向于产妇自身感受。Beck等研究表明:PDSS用于产后抑郁的筛查具有更高的灵敏度(94%)和特异度(98%),而且在抑郁程度的判定方面优于EPDS。PDSS是一种自测量表,共7个因素,每个因素由5个条目组成。这7个因素主要包括睡眠/饮食失调、焦虑/担心、情绪不稳定、精神错乱、丢失自我、内疚/羞耻和自杀的想法。产妇选择对每个条目不同意或同意的强烈程度分为5级(1级为强烈不同意、2级为不同意、3级为中立、4级为同意、5级为强烈同意),评分范围35~175分。一般以总分 ≥ 60 分作为筛查产褥期抑郁患者的临界值,总分 ≥ 80 分作为筛查严重产褥期抑郁患者的临界值(专家共识度:93.8%)。

4.2 临床问题2:产褥期抑郁的辨证分型有哪些?

推荐意见:根据教材^[8-13]、文献研究及专家共识推荐,将产褥期抑郁中医证型总结为心脾两虚

证、瘀血内阻证、肝气郁结证3个证型。1)心脾两虚证,主症:产后焦虑,忧郁,心神不宁,精神萎靡,情绪低落,常悲伤欲哭,健忘,失眠多梦;次症:伴神疲乏力,面色萎黄,纳少便溏,脘闷腹胀;舌脉:舌淡,苔薄白,脉细弱。2)瘀血内阻证,主症:产后抑郁寡欢,默默不语,失眠多梦,神志恍惚;次症:恶露淋漓日久,色紫暗有块,面色晦暗;舌脉:舌暗有瘀斑,苔白,脉弦或涩。3)肝气郁结证,主症:产后心情抑郁,心烦易怒,心神不安,夜不入寐,或噩梦纷纭,惊恐易醒;次症:恶露量或多或少,色紫暗有块;胸胁、乳房胀痛,胸闷纳呆,善太息;舌脉:舌淡红,苔薄,脉弦。

4.3 临床问题3:产褥期抑郁的西医鉴别诊断有哪些?

推荐意见:临床上需与其他原因导致的抑郁障碍(专家共识度:100%)、双相情感障碍(专家共识度:93.8%)、创伤后应激障碍(专家共识度:93.8%)、神经衰弱(专家共识度:87.5%)等进行鉴别。

5 治疗

5.1 临床问题1:产褥期抑郁的西医治疗方式有哪些?(参照谢幸、孔北华、段涛《妇产科学》^[1]、《产后抑郁障碍防治指南的专家共识(基于产科和社区医生)》^[5])。

5.1.1 推荐意见1 心理治疗(专家共识度:100%)。

心理治疗是治疗产褥期抑郁的关键手段。其主要涵盖心理支持、专业咨询和社会干预等。通过心理咨询,可以帮助产妇解除致病心理因素(例如婚姻关系紧张、生育意愿与实际性别不符、既往有精神障碍史等)。同时,为产褥期产妇提供更多的情感支持及社会支持,指导产妇对情绪和生活进行自我调节,尽量协调好家庭关系,培养良好的睡眠习惯。

5.1.2 推荐意见2 药物治疗(专家共识度:96%)。

药物治疗适用于中重度抑郁症患者,或者经心理治疗无效的患者。在使用药物治疗前,需要进行全面且个体化的获益及风险评估,应在专科医师指导下用药为宜,可结合患者以往疗效及个体特征来选择药物。首选5-羟色胺再吸收抑制剂,尽量选用不进入乳汁的抗抑郁药。

5.1.2.1 5-羟色胺再吸收抑制剂 1) 盐酸帕罗西汀: 起始量和有效量为20 mg, 每日早餐时应用1次, 2~3周后, 若疗效不佳且不良反应不明显, 可以10 mg递增, 最大剂量50 mg (体弱者40 mg), 每日1次。肝肾功能不全患者慎用。注意不宜骤然停药。2) 盐酸舍曲林: 口服, 开始每日50 mg, 每日1次, 与食物同服。数周后增至每日100~200 mg。常用剂量每日50~100 mg, 最大剂量每日150~200 mg (此剂量不得连续应用超8周)。需长期应用者, 需用最低有效量。

5.1.2.2 三环类抗抑郁药 阿米替林 (amitriptyline), 常用量开始1次25 mg, 每日2~3次, 然后根据病情和耐受情况逐渐增至每日150~250 mg, 分3次口服, 最高剂量1日不超过300 mg, 维持量每日50~150 mg。

5.2 临床问题2: 单用中药治疗/中药联合西药治疗产褥期抑郁的有效性 (临床症状、抑郁相关量表评分、血清学检查指标改善情况等) 及安全性如何?

5.2.1 推荐意见1 心脾两虚证。

5.2.1.1 治法 补益心脾。

5.2.1.2 推荐药物 产褥期抑郁患者中医辨证为心脾两虚证者, 推荐选用归脾汤联合抗抑郁药物治疗。(证据级别: D, 强推荐)。安全性: 5篇RCT研究中有1篇^[14] (88例患者) 报告了不良反应, 其中对照组出现不良反应3例, 干预组出现不良反应2例, 具体症状未详细说明, 研究差异结果无统计学意义 ($P = 0.65$), 无法表明归脾汤的应用能降低抗抑郁药物的不良反应。

5.2.1.3 证据概要 1) 抑郁量表评分, HAMD评分。推荐药物: 归脾汤, 1项RCT^[14]研究 (88例患者) 结果显示, 归脾汤结合氟西汀较单用氟西汀治疗产褥期抑郁可以显著降低HAMD评分 [$MD = -3.93$ 分, $95\%CI (-5.90, -1.96)$]。2) 血清学检查。改善E2或P水平。归脾汤: 1项RCT研究^[15] (60例患者) 结果显示, 归脾汤可以升高产褥期抑郁患者血清E2水平 [$MD = 27$ pg/mg, $95\%CI (5.33, 48.67)$] , 同时可以降低血清P水平 [$MD = -7.89$ ng/mL, $95\%CI (-12.92, -2.86)$]。

5.2.2 推荐意见2 肝气郁结证。

5.2.2.1 治法 疏肝解郁。

5.2.2.2 推荐药物 产褥期抑郁患者中医辨证为肝气郁结证者, 推荐选用逍遥散 (证据级别: D, 强

推荐), 或逍遥丸 (证据级别: D, 强推荐), 或柴胡疏肝散 (证据级别: D, 强推荐), 或舒肝解郁胶囊 (证据级别: D, 弱推荐), 或解郁丸 (证据级别: D, 弱推荐) 联合抗抑郁药物治疗。

5.2.2.3 安全性

逍遥散: 13篇RCT研究中有5篇^[16-20] (268例患者) 报告了不良反应, 对照组 (抗抑郁药物组) 出现不良反应166例, 其中便秘13例、口干27例、恶心35例、呕吐5例、腹泻12例、食欲减退12例、失眠9例、头晕头痛24例、视力模糊3例、嗜睡5例、焦虑不安6例、体质量增加11例、心动过速4例; 干预组 (逍遥散联合抗抑郁药物组) 出现不良反应51例, 其中便秘1例、口干5例、恶心10例、腹泻5例、腹部不适1例、食欲减退6例、失眠3例、头晕头痛4例、视力模糊2例、嗜睡3例、焦虑不安1例、体质量增加9例、皮疹1例。研究结果显示差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明逍遥散联合抗抑郁药物治疗不良反应发生率低于单用抗抑郁药物治疗。

逍遥丸: 8篇RCT研究中有3篇^[21-23] (200例患者) 报告了不良反应, 对照组 (抗抑郁药物组) 出现不良反应136例, 其中便秘6例、口干25例、恶心29例、腹泻16例、食欲减退10例、失眠7例、头晕头痛22例、嗜睡4例、焦虑不安3例、锥体外系反应2例、心动过速1例、视物模糊2例、多汗5例、血压偏高4例; 干预组 (逍遥丸联合抗抑郁药物组) 出现不良反应55例, 其中便秘2例、口干14例、恶心9例、腹泻8例、食欲减退3例、失眠4例、头晕头痛10例、嗜睡2例、焦虑不安1例、视物模糊1例、多汗1例。研究结果显示差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明逍遥丸联合抗抑郁药物治疗不良反应发生率低于单用抗抑郁药物治疗。

柴胡疏肝散: 3篇RCT研究中有2篇^[24-25] (147例患者) 报告了不良反应, 对照组 (抗抑郁药组) 出现不良反应10例, 其中口干3例、头晕恶心2例、疲惫嗜睡3例、震颤2例; 干预组 (柴胡疏肝散联合抗抑郁药物组) 出现不良反应4例, 其中口干1例、头晕恶心1例、疲惫嗜睡1例、具体反应不详1例。研究结果显示差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗不良反应发生率与单用抗抑郁药物治疗无明显差异。

舒肝解郁胶囊: 6篇RCT研究中有3篇^[26-28]

(254例患者)报道了不良反应,对照组(抗抑郁药物组)出现不良反应26例,其中头痛2例、乏力1例、视物模糊1例、恶心呕吐9例、嗜睡4例、口干3例、心悸4例、失眠2例;干预组(舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物组)出现不良反应16例,其中头痛3例、头晕1例、乏力1例、恶心呕吐5例、嗜睡3例、口干2例、心悸1例。研究结果显示差异无统计学意义($P>0.05$),说明疏肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗不良反应发生率与单用抗抑郁药物治疗无明显差异。此外,2项RCT^[29-30]研究(146例患者)TESS评分结果显示,单用舒肝解郁胶囊与抗抑郁药物治疗产褥期抑郁相比,安全性更高[$MD=-2.36$ 分, 95% CI (-3.02, -1.69)]。另有1项RCT^[31]研究(72例患者)TESS评分结果显示,舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的安全性更高[$MD=-1.12$ 分, 95% CI (-1.40, -0.84)]。

解郁丸:2篇RCT^[32-33]研究(228例患者)均报道了不良反应,对照组(抗抑郁药物组)出现不良反应24例,其中视力模糊3例、皮疹2例、头痛4例、恶心呕吐5例、食欲增加4例、体质量增加3例、嗜睡1例、头昏1例;干预组(解郁丸联合抗抑郁药物组)出现不良反应9例,其中视力模糊1例、皮疹1例、头痛2例、恶心呕吐1例、食欲增加2例、体重增加1例、头昏1例。研究结果差异具有统计学意义($P<0.05$),说明解郁丸联合抗抑郁药物治疗不良反应发生率低于单用抗抑郁药物治疗。此外,1项RCT^[33]研究(78例患者)TESS评分结果显示,解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁,临床安全性更高[$MD=-3.31$ 分, 95% CI (-3.51, -3.11)]。

5.2.2.4 证据概要

临床症状。1)抑郁不乐,逍遥散:1项RCT^[34]研究(70例患者)结果显示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者抑郁不乐的效果更好[$MD=-1.08$ 分, 95% CI (-1.45, -0.71)]。舒肝解郁胶囊:2项RCT^[28, 35]研究(150例患者)结果显示,舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物改善产褥期抑郁患者心理状态效果更好,改善患者的心理领域评分更好[$MD=5.18$ 分, 95% CI (4.66, 5.70)]。2)纳差,逍遥散:1项RCT^[34]研究(70例患者)结果显

示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者纳差的效果更好[$MD=-0.84$ 分, 95% CI (-1.13, -0.55)]。舒肝解郁胶囊:2项RCT^[28, 35]研究(150例患者)结果显示,舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物改善产褥期抑郁患者生理状态效果更好,改善患者的生理领域评分更好[$MD=5.15$ 分, 95% CI (4.67, 5.62)]。3)胸闷胁胀,逍遥散:1项RCT^[34]研究(70例患者)结果显示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者胸闷胁胀的效果更好[$MD=-1.33$ 分, 95% CI (-1.74, -0.92)]。

抑郁量表评分。1)EPDS评分,逍遥散:1项RCT^[34]研究(70例患者)结果显示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低EPDS评分[$MD=-2.69$ 分, 95% CI (-3.69, -1.69)]。解郁丸:1项RCT^[33]研究(78例患者)结果显示,解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低EPDS评分[$MD=-3.34$ 分, 95% CI (-3.90, -2.78)]。2)SDSS评分,舒肝解郁胶囊:1项RCT^[27]研究(120例患者)结果显示,舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更高,可以显著降低SDSS评分[$MD=-2.44$ 分, 95% CI (-3.61, -1.27)]。3)SDS评分,逍遥散:2项RCT^[36-37]研究(206例患者)结果显示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低SDS评分[$MD=-11.75$ 分, 95% CI (-12.87, -10.64)]。4)HAMD评分,逍遥散:4项RCT^[16, 18, 38-39]研究(280例患者)结果显示,逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低HAMD评分[$MD=-2.69$ 分, 95% CI (-3.69, -1.69)]。逍遥丸:4项RCT^[23, 40-42]研究(239例患者)结果显示,逍遥丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低HAMD评分[$MD=-1.99$ 分, 95% CI (-2.40, -1.58)]。柴胡疏肝散:3项RCT^[24-25, 43]研究(234例患者)结果显示,柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好,可以显著降低HAMD评

分 $[MD = -4.86$ 分, $95\%CI (-5.57, -4.16)$]。舒肝解郁胶囊: 3项RCT^[29-30, 44]研究(242例患者)结果显示, 单用舒肝解郁胶囊与抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效相当 $[MD = -0.52$ 分, $95\%CI (-1.34, 0.30)$]。5项RCT^[26, 28, 31, 35, 45]研究(366例患者)结果显示, 舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著降低HAMD评分 $[MD = -1.47$ 分, $95\%CI (-1.68, -1.26)$]。5) HAMA评分, 逍遥丸: 3项RCT^[23, 41, 46]研究(174例患者)结果显示, 逍遥丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著降低HAMA评分 $[MD = -4.55$ 分, $95\%CI (-5.26, -3.84)$]。柴胡疏肝散: 1项RCT^[25]研究(83例患者)结果显示, 柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著降低HAMA评分 $[MD = -4.58$ 分, $95\%CI (-5.49, -3.67)$]。舒肝解郁胶囊: 2项RCT^[27-28]研究(198例患者)结果显示, 舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著降低HAMA评分 $[MD = -4.98$ 分, $95\%CI (-5.51, -4.44)$]。6) SAS评分, 逍遥散: 2项RCT^[36-37]研究(206例患者)结果显示, 逍遥散联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著降低SAS评分 $[MD = -9.97$ 分, $95\%CI (-11.10, -8.85)$]。

血清学检查。1) 升高5-HT、NE、E2、FSH、LH水平, 逍遥丸: 2项RCT^[21, 42]研究(147例患者)结果显示, 逍遥丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著升高5-HT水平 $[MD = 18.95$ ng/L, $95\%CI (12.68, 25.21)$]、NE水平 $[MD = 2.38$ ng/L, $95\%CI (1.42, 3.35)$]、DA水平 $[MD = 2.50$ ng/L, $95\%CI (2.21, 2.79)$]、E2水平 $[MD = 33.15$ pg/mL, $95\%CI (28.40, 37.90)$]。另有1项RCT研究^[21](76例患者)结果显示, 逍遥丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁的临床疗效更好, 可以显著升高FSH水平 $[MD = 7.70$ mU/mL, $95\%CI (4.41, 10.99)$]及LH水平 $[MD = 9.17$ mU/mL, $95\%CI (6.68, 11.66)$]。解郁丸: 2项RCT^[32-33]研究(228例患者)结果显示, 解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗可以显著升高产褥期

抑郁患者5-HT水平 $[MD = 30.41$ ng/L, $95\%CI (26.07, 34.74)$]、NE水平 $[MD = 8.68$ ng/L, $95\%CI (8.26, 9.10)$]、E2水平 $[MD = 29.87$ ng/L, $95\%CI (26.92, 32.83)$]。1项RCT研究^[32](150例患者)结果显示, 解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗可以显著升高产褥期抑郁患者FSH水平 $[MD = 16.06$ U/L, $95\%CI (13.20, 18.92)$]及LH水平 $[MD = 14.18$ U/L, $95\%CI (11.37, 16.99)$]。2) 降低P水平, 解郁丸: 1项RCT^[38]研究(78例患者)结果显示, 解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗可以显著降低产褥期抑郁患者P水平 $[MD = -11.38$ ng/L, $95\%CI (-13.52, -9.24)$]。

5.2.3 推荐意见3 瘀血内阻证。

5.2.3.1 治法 活血逐瘀。

5.2.3.2 推荐药物 产褥期抑郁患者中医辨证为瘀血内阻证者, 推荐选用调经散(《太平惠民和剂局方》)(证据级别: 1b, 弱推荐)或芎归泻心汤(《胎产心法》)(证据级别: 1b, 弱推荐)或癫狂梦醒汤(《医林改错》)(证据级别: 1b, 强推荐)活血逐瘀治疗。参考教材^[11, 13]。

5.3 临床问题3: 单用针灸治疗/针灸联合西药治疗产褥期抑郁的有效性(临床症状、抑郁相关量表评分、血清学检查指标改善情况等)及安全性如何?

5.3.1 安全性 2篇RCT^[47-48]研究(152例患者)均报道了不良反应, 对照组(抗抑郁药物组)出现不良反应18例, 其中胃肠道反应4例、疲惫眩晕2例、口干1例、嗜睡4例、头痛2例、体重增加5例; 干预组(针刺联合抗抑郁药物组)出现不良反应17例, 其中胃肠道反应4例、疲惫眩晕1例、口干2例、晕针反应2例、嗜睡2例、头痛1例、体重增加5例。研究结果差异无统计学意义($P > 0.05$), 无法表明针灸联合抗抑郁药物能降低抗抑郁药物的不良反应。主要穴位: 心俞、脾俞、关元、血海、足三里、三阴交、神门、百会、中脘、膻中、气海、内关、太溪等。

5.3.2 证据概要

临床症状。1项RCT^[48]研究(92例患者)结果显示, 针刺联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁临床疗效更好, 可以明显降低患者易怒善哭、精神不振、失眠健忘、胸闷心悸、暖气太息、胸胁胀满相关中医症候评分 $[MD = -1.91$ 分, $95\%CI (-2.62, -1.20)$]。

抑郁量表评分。HAMD评分, 1项RCT^[48]研究(92例患者)结果显示, 针刺联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁临床疗效更好, 可以显著降低HAMD评分[$MD = -3.89$ 分, $95\%CI (-5.29, -2.49)$]。

血清学检查。1) 升高DA、5-HT、E2、瘦素水平, 1项RCT^[48]研究(92例患者)结果显示, 针刺联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁, 可以显著升高DA水平[$MD = 0.61 \mu\text{mol/L}$, $95\%CI (0.36, 0.86)$]; 5-HT水平[$MD = 0.55 \mu\text{mol/L}$, $95\%CI (0.42, 0.68)$]; E2水平[$MD = 36.14 \text{ pg/mL}$, $95\%CI (21.63, 50.65)$]; 瘦素水平[$MD = 0.31 \mu\text{g/L}$, $95\%CI (0.08, 0.54)$]。2) 降低TSH、孤啡肽水平, 1项RCT^[45]研究(92例患者)结果显示, 针刺联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗产褥期抑郁, 可以显著降低TSH水平[$MD = -0.39 \text{ mIU/L}$, $95\%CI (-0.48, -0.30)$]及孤啡肽水平[$MD = -4.66 \text{ ng/L}$, $95\%CI (-5.77, -3.55)$]。

5.4 临床问题4: 针对产褥期抑郁患者如何进行预防调摄? 参照刘雁峰、梁瑞芳、徐莲薇《中医妇科学》^[8], 丰有吉、沈铿《妇产科学》^[9]、《ZYYXH/T206~249—2010中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁》) 早预防、早发现、早治疗对产后抑郁的发生和发展极为重要。

5.4.1 推荐意见1 早预防, 早发现, 早治疗(专家共识度: 100%)。产褥期抑郁的发生受到许多社会、心理及妊娠因素等多方面的影响。因此, 加强对孕妇的精神关怀、了解孕妇的生理及性格特点, 并结合医学心理学、社会学知识, 在产妇分娩过程中多加关心和爱护, 对预防产褥期抑郁具有重要作用。

加强孕期管理, 产前检查时应掌握产妇的性格特征、有无家族精神病史和是否存在抑郁症的表现; 针对存在抑郁高危因素的产妇, 需提高重视, 规避各种不良刺激, 提供更多的关爱、指导, 使孕妇情绪稳定; 同时借助孕妇学校等多种渠道普及妊娠、分娩的相关知识, 缓解孕妇对妊娠、分娩的紧张、恐惧心理, 提升自我保健能力。

在分娩期间, 医护人员要充满爱心和耐心, 帮助孕妇缓解对分娩的恐惧害怕心理, 尤其针对产程长、精神压力大的产妇, 更需要耐心解释分娩过程。

对于有不良分娩史、死胎、畸形胎儿的产妇, 应向她们说明产生的原因, 用友善、亲切、温和的语言, 给予她们更多的关怀, 鼓励她们增加自信心。

产后需要保障产妇充足的睡眠和休息, 避免过度劳累和过重的心理负担, 同时, 关注产妇的心理状态和个性特征, 做好心理疏导和思想沟通工作。

6 利益冲突声明

本指南起草组成员不存在利益冲突。为防止在指南编制过程中出现利益冲突, 凡参与的所有成员均已签署利益冲突声明, 申明无与本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益, 和所有可能被本指南成果影响的利益。

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会归口。

负责人: 马小娜、刘雁峰、杨冬。

执笔人: 马小娜、孙振高、陈景伟、孙文军、韩璐。

主审人: 杜惠兰、连方、韩凤娟、杜宝俊、陈瑞雪、刘兆兰。

秘书: 郭亚楠。

参与专家(按姓氏拼音排序): 白文佩(首都医科大学附属北京世纪坛医院)、比丽克孜艾克木(新疆医科大学附属中医医院)、蔡平平(山东第一医科大学附属省立医院)、陈道静(木垒县人民医院)、陈海霞(北京市回民医院)、陈景伟(河北中医学院)、陈瑞雪(中国中医科学院广安门医院)、陈雯(昌吉州中医医院)、程玲(中国中医科学院望京医院)、狄子暄(米东区中医医院)、杜宝俊(中国中医科学院西苑医院)、杜慧兰(河北中医学院)、范泽玲(北京市昌平区中医医院)、高梅玲(新源县中医医院)、高文削(首都医科大学附属北京安贞医院)、高小娜(北京朝阳中西医结合急诊抢救中心)、高悦(苏州市中西医结合医院)、龚巍(新疆医科大学第四附属医院)、郭亚楠(北京中医药大学第三附属医院)、哈丽(新疆医科大学附属第四中医医院)、韩凤娟(黑龙江中医药大学第一附属医院)、韩璐(新疆维吾尔自治区中医医院)、郝世凤(山西中西医结合医院)、郝松莉(黑龙江中医药大学附属第一医院)、侯雅静(内蒙古医科大学)、黄亚娟(昌吉州中医医院)、荆海云(珠海市妇幼保健院)、李冰冰(济宁医学院附属医院)、

李琛（内蒙古医科大学）、李久现（河南中医药大学第一附属医院）、李娟（新疆医科大学附属中医医院）、李晓红（昌吉州中医院）、李筱媛（青岛大学附属医院）、李燕（贵州中医药大学）、李燕娜（首都医科大学附属北京安贞医院）、厉健（山西中医药大学附属医院）、连方（山东中医药大学附属医院）、梁雪芳（广东省中医院）、刘娜（新疆医科大学附属中医医院）、刘小平（奇台县人民医院）、刘彦君（北京市回民医院）、刘雁峰（北京中医药大学东直门医院）、刘杨（首都医科大学附属北京世纪坛医院）、刘玉兰（承德医学院附属医院）、刘兆兰（北京中医药大学）、卢云（奇台县人民医院）、芦艳丽（新疆维吾尔自治区中医医院）、鲁姝（北京中医药大学第三附属医院）、罗琦（公安县中医医院）、吕新萍（昌吉州中医医院）、马红霞（广州医科大学附属第一医院）、马小娜（北京中医药大学第三附属医院）、彭佳华（江西中医药大学第二附属医院）、彭雪梅（江西中医药大学第二附属医院）、任忍（河北省邢台市南和县人民医院）、沙立春（首都医科大学附属北京安贞医院）、宋钰（首都医科大学附属北京安贞医院）、苏燕（昌吉州中医医院）、睢丛璐（北京中医药大学第三附属医院）、孙文军（北京中医药大学第三附属医院）、孙晓伟（青岛大学附属医院）、孙振高（山东中医药大学附属医院）、万莉（新疆医科大学附属中医医院）、王蓓蓓（陕西中医药大学附属医院）、王慧英（首都医科大学附属北京世纪坛医院）、王利敏（北京中医药大学）、王文娟（洛阳市中医院）、王晓梅（北京中医药大学深圳医院）、王铮（江西中医药大学第二附属医院）、王峥（北京中医药大学第三附属医院）、吴冬梅（福建中医药大学附属第二人民医院）、吴彦辉（北京中医药大学第三附属医院）、肖虹（北京中医药大学房山医院）、谢苗（北京中医药大学房山医院）、徐爱丽（首都医科大学附属北京世纪坛医院）、徐玲（江西中医药大学第二附属医院）、许梦白（青岛大学附属医院）、许志荣（珠海市妇幼保健院）、闫军堂（北京中医药大学）、闫颖（天津中医药大学第一附属医院）、杨冬（首都医科大学附属北京安贞医院）、杨红（上海市中医医院）、杨沛霞（木垒县人民医院）、杨晓慧（奇台县人民医院）、杨歆科（北京中医药大学第三附属医院）、张建伟（山东中医药大学附属医院）、张

瑾（首都医科大学附属北京世纪坛医院）、张跃辉（黑龙江中医药大学附属第一医院）、章勤（杭州市中医院）、赵彩霞（木垒县人民医院）、赵丽妍（北京市昌平区中医医院）、赵文娟（首都医科大学附属北京安贞医院）、周惠芳（南京中医药大学附属医院）、祝佩芹（河北省中医院）、邹娅静（昌吉州中医院）。

参考文献:

- [1] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社, 2018.
- [2] STEWART D E, VIGOD S N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics[J].Annual review of medicine, 2019, 70(1):183-196.
- [3] 曾博,罗莎莎.中西医结合治疗产后抑郁的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(14):68-70, 73.
- [4] 闫盼盼,徐继红.2014—2019年国内产后抑郁研究现状[J].中国妇幼保健, 2021, 36(18):4381-4384.
- [5] 丁辉,陈林,邸晓兰.产后抑郁障碍防治指南的专家共识(基于产科和社区医生)[J].中国妇产科临床杂志, 2014, 15(6): 572-576.
- [6] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV[M]. Arlington, VA:1994.
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V[M]. Arlington, VA:2013.
- [8] 刘雁峰,梁雪芳,徐莲薇.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社, 2021:260-264.
- [9] 丰有吉,沈铿.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社, 2011: 224-226.
- [10] 谈勇.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社, 2016: 243-246.
- [11] 杜慧兰.中西医结合妇产科学[M].北京:中国中医药出版社, 2016:345-347.
- [12] 张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社, 2015: 303-307.
- [13] 刘敏如,欧阳惠卿.实用中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社, 2010:223-225.
- [14] 李莹.中西医结合治疗产后抑郁症的临床研究[J].大家健康(上旬版), 2016, 10(5):188-188.
- [15] 吕音.补益心脾法治疗产后抑郁症的临床研究[D].广州:广州中医药大学, 2007.
- [16] 汪金涛,郝秀梅.中西医结合治疗产后抑郁症的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘, 2016, 16(6):152-153.
- [17] 郑苹.中西医结合治疗产后抑郁症疗效及安全性分析[J].新中医, 2015, 47(12):135-136.
- [18] 丁国安,余国汉,梁绍材,等.逍遥散加味联合米氮平治疗产后抑郁症的临床效果[J].广东医学, 2010, 31(16):2163-2165.
- [19] 李仲平,熊爱莲.中西医结合治疗产后抑郁症30例临床观

- 察[J].现代中西医结合杂志,2002(10):920.
- [20] 任晓明.中西医结合治疗产后抑郁症30例疗效观察[J].中国医药导报,2009,6(10):103,106.
- [21] 马晓丽,李莲英.逍遥丸联合文拉法辛对气血亏虚型产后抑郁患者的临床疗效[J].中成药,2019,41(9):2261-2263.
- [22] 朱春山.文拉法辛与逍遥丸联合治疗抑郁症的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2002,22(2):152.
- [23] 李盛延,李昌英.艾司西酞普兰合并逍遥丸治疗产后抑郁症的临床对照研究[J].青海医药杂志,2016,46(6):71-73.
- [24] 宁亲菊.产妇产后抑郁症治疗分析[J].基层医学论坛,2015,19(9):1205-1206.
- [25] 赵岳,李永祥,凌铿,等.柴胡疏肝散联合氟西汀对产后抑郁症患者IL-6、IL-1 β 、TNF- α 的影响及其疗效[J].中国生化药物杂志,2016,36(4):127-129.
- [26] 郝瑞军.舒肝解郁胶囊联合西酞普兰治疗产后抑郁的对照研究[J].中国药物与临床,2015,15(9):1315-1317.
- [27] 梁东旭,马晓娜.西酞普兰联合舒肝解郁胶囊治疗剖宫产后抑郁症患者的可行性及安全性[J].中国医药指南,2020,18(33):106-107.
- [28] 陈方侠,李秀娟,刘霞.舒肝解郁胶囊联合盐酸帕罗西汀治疗产后抑郁症的疗效[J].心理月刊,2022,17(2):108-110.
- [29] 祁继鹏.舒肝解郁胶囊与西酞普兰治疗产后抑郁症的临床疗效比较分析[J].山西职工医学院学报,2019,29(4):44-46.
- [30] 叶庆红,陈志斌,唐锴.舒肝解郁胶囊与西酞普兰治疗产后抑郁症的对比[J].广东医学,2012,33(8):1179-1180.
- [31] 戴红,吴杰,费锦锋,等.舒肝解郁胶囊联合舍曲林在改善产后抑郁患者的抑郁状态及生活质量的临床效果研究[C]//2017年潮州市医学会精神病学专业委员会学术会议论文集.潮州:2017.
- [32] 杨瑜,钟欣.解郁丸联合帕罗西汀治疗产后抑郁的临床观察[J].广东医科大学学报,2020,38(3):331-333.
- [33] 刘伟杰,陈永新,张瑞岭.解郁丸联合米氮平对产后抑郁症患者神经内分泌功能的影响[J].南京中医药大学学报,2018,34(4):353-356.
- [34] 罗昭妮.观察中医药干预产后抑郁症的临床疗效[J].母婴世界,2020(21):82.
- [35] 陈丽珍,徐晓英,忽平.帕罗西汀联合舒肝解郁胶囊治疗产后抑郁临床研究[J].临床心身疾病杂志,2019,25(2):96-98,109.
- [36] 张霞.阿米替林联合逍遥散对产后抑郁症患者心理状况的影响[J].心理月刊,2021,16(4):75-76.
- [37] 邓岳红.中西药结合治疗产后抑郁症的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(2):183-185.
- [38] 冉晓.丹栀逍遥散联合小剂量文拉法辛治疗产后抑郁症的疗效研究[J].临床合理用药杂志,2013,6(12C):73-74.
- [39] 何晗,任丽蓉.逍遥散加减合氟西汀治疗产后抑郁症临床观察[J].湖北中医杂志,2008,30(12):37-38.
- [40] 尹钰荣,吴莉娜,张淼.盐酸氟西汀配合中成药治疗孕中期引产妇产后抑郁的研究[J].临床和实验医学杂志,2011,10(19):1513-1515.
- [41] 李红.产后抑郁症临床治疗研究[J].大家健康(学术版),2013,7(10):113.
- [42] 林雪,白芬霞.逍遥丸联合帕罗西汀对产后抑郁患者雌激素去甲肾上腺素5-羟色胺及多巴胺水平的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(22):4229-4231.
- [43] 赵雪萍,林汉.氟西汀联用柴胡疏肝散加味治疗产后抑郁症[J].辽宁中医杂志,2006(5):586-587.
- [44] 张晓琴.西酞普兰与舒肝解郁胶囊治疗产后抑郁症的临床疗效比较[J].医学信息,2015(z3):331-332.
- [45] 丁楠.中西医结合治疗对社区抑郁障碍患者疗效、安全性及依从性的随机对照研究[D].济宁:济宁医学院,2023.
- [46] 刘娜,毛红梅,王春.逍遥丸对产后抑郁患者焦虑状态及细胞因子表达的影响观察[J].基层医学论坛,2017,21(16):2077-2078.
- [47] 王惠祯,成拴志,王华荣.电针配合米氮平治疗产后抑郁症30例[J].陕西中医,2010,31(6):728-729.
- [48] 张富超,满加礼,林绍英,等.益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗产后抑郁症的疗效观察及对瘦素、孤啡肽水平的影响[J].上海针灸杂志,2021,40(3):309-314.

(责任编辑:张海洋 收稿日期:2025-03-17)