-临床指南-

编者按：产后抑郁障碍在很多国家已被列为一项重要的公共卫生问题，而在国内，无论是政府、公众，还是 卫生专业人员普遍对此认识不足、重视不够。受世界卫生组织委托，由首都医科大学附属北京妇产医院、北京妇 幼保健院牵头，组织北京回龙观医院、北京军区总医院、广东省妇幼保健院、深圳妇幼保健院等单位的妇产科、 妇幼保健、社区卫生、精神、心理等20多位专家，历经2年时间，参阅了美国、英国等最新的相关指南资料，并 经多次调研和论证，完成了该专家共识。现发表如下，供产科和社区医生等相关医务人员参考。

产后抑郁障碍防治指南的专家共识

(基于产科和社区医生)

产后抑郁防治指南撰写专家组

第一部分产后抑郁障碍的概述

-、产后抑郁障碍的概念及流行病学

1. 概念：产后抑郁障碍(postpartum depression/puer­peral depression, PPD;或 postnatal depression, PND)的 概念最早由Roland, M. (1950)提出。随着半个多世纪以 来对PPD认识的不断加深，目前认为PPD并不是一个独 立的疾病，而是特发于女性产后这一特殊时段的抑郁症 (major depressive disorder, MDD),有时也包括延续到产 后或在产后复发的MDD。

对于PPD起病时间的界定，从产后1天至产后12个 月都有提及，甚至认为可以发生在产前。美国精神障碍分 类与第四版诊断标准(DSM-W )将PPD的起病时间定为 产后4周内；但在2013年5月新颁布的DSM-5中已取消 PPD的概念，取而代之的是围生期抑郁(peripartum de- pression),特指从妊娠开始至产后4周内发生的MDD。

1. 流行病学：由于诊断标准、设计方法、研究时间、 抽样方法、样本来源及社会人口学资料等不同，PPD患病 率的报道存在很大差异。

流行病学资料显示，西方发达国家PPD的患病率为 7%〜40%*。*亚洲国家PPD患病率为3.5%〜63 3%*。*我国 报道的PPD患病率为11%〜52 1%,平均为14 7% ,与 目前国际上比较公认的PPD10%〜15%的患病率基本一致。

PPD首次发作后约半数以上会在未来的5年内出现再 次发作，有1/3的患者甚至在第1年内再次发作。而且随 着复发次数的增多，复发风险也在加大。

二、产后抑郁障碍发生的危险因素

涵盖生物、心理、社会等多方面的危险因素。相关性 最强的因素为既往精神疾病史、阳性家族史、生活事件、

doi： 10. 13390/j. issn 1672-1861. 2014 06. 034

作者单位**：**100044首都医科大学附属北京妇产医院**、**北京妇 幼保健院**(**丁辉**)；**北京回龙观医院(陈林**、**邸晓兰**)**

共同第一作者**：**丁辉和陈林

通信作者：丁辉 Email： 18601095882@163. com；邸晓兰 Email: dixl2006@sina com 社会支持;相关性中等的因素为个体心理因素、婚姻关系; 相关性较弱的因素有产科因素、社会经济状况;几乎无相 关性的因素有：产妇的年龄、文化层次、妊娠的次数、与 配偶关系的时间长短。

最近几项综述研究，证实了下丘脑-垂体-肾上腺 (HPA)轴的失调对某些产妇发生PPD起到一个重要的作 用。产后雌二醇及孕酮的迅速撤离是某些易感产妇发生 PPD和产后心绪不良的原因。

三、产后抑郁障碍的危害

1. 对产妇的危害：PPD患者可以出现自伤、自杀行 为；不利于产妇精力、体力恢复;增加产妇滥用药物或酒 精的风险；导致共患的躯体病或产后并发症恶化或慢性化。
2. 对孩子的危害：PPD患者可能对孩子造成器质性 危害、母婴连接障碍;导致孩子智力、情绪与个性发育障 碍;增加青少年发生暴力行为的风险。

第二部分产后抑郁障碍的临床表现

—、主要临床表现

PPD的临床表现复杂多样，异质性较大，主要分为核 心症状群、心理症状群和躯体症状群三个方面。

(-)核心症状群

主要包括三个症状：情感低落、兴趣和愉快感丧失、 导致劳累感增加和活动减少的精力降低。这是PPD的关键 症状，诊断PPD时至少应包括上述三个症状中的两个。

1. 情感低落：PPD患者感觉心情压抑，高兴不起来, 常无缘无故地长时间哭泣。典型病例有晨重夜轻的节律性 改变，即情感低落在早晨较为严重，下午或晩间可有所 减轻。
2. 兴趣和愉快感丧失：PPD患者对以前非常感兴趣 的活动难以提起兴趣，也无法从日常生活及活动中获得乐 趣，体验不到照看婴儿的快乐。
3. 导致劳累感增加和活动减少的精力降低：PPD患 者会有不同程度的疲乏感，觉得活动困难，精力下降，且 通过休息或睡眠并不能有效地恢复精力或体力。

（二） 心理症状群

PPD还包含许多心理学症状，常见的有：

1. 焦虑：PPD患者的焦虑症状比发生在其他时间段 的MDD患者更常见，还经常会出现严重的焦虑，甚至是 惊恐发作。
2. 集中注意和注意的能力降低：PPD患者往往难以 集中注意力，谈话时注意力下降，对问题的回答缓慢，有 时需数问一答。
3. 自我评价和自信降低：PPD患者自我评价下降， 自感一切都不如别人，什么都不会，缺乏自信，事情不顺 利时总是责备自己，并加重对自己的负性评价。
4. 自罪观念和无价值感：PPD患者认为自己对不起 孩子，是家庭的包袱、社会的累赘，觉得自己一无是处、 毫无价值可言，甚至认为自己有罪。
5. 认为前途暗淡悲观：PPD患者认为前途是灰暗的， 看不到光明，对自己的将来感到悲观绝望。
6. 自杀或伤婴的观念或行为：部分PPD患者会产生 自伤、自杀观念或行为。有时PPD患者会出现“扩大性自 杀”即在杀死别人后再自杀。所杀的对象往往是自己的婴 儿，导致极严重的后果。此外伤婴的想法及惩罚婴儿行为 更常见。需要引起大家的高度警惕。
7. 强迫观念：PPD患者常会出现有伤害婴儿内容的 强迫观念，产妇因担心自己会控制不住伤害孩子而避免与 孩子接触。
8. 精神病性症状：主要是指幻觉、妄想等。有时还会 出现感知综合障碍，认为孩子的形状、大小、色泽发生了 改变，甚至像个小怪物，因而产生伤害婴儿的行为。

（三） 躯体症状群

PPD患者合并躯体症状的概率很高，有时躯体症状可 能成为患者的首发症状或就诊主诉。常见的躯体症状有：

1. 睡眠障碍：以入睡困难、易醒最为多见，而以早醒 最具有特征性。
2. 食欲及体质量下降：多数PPD患者表现为食欲下 降，进食少。并常伴有体质量下降。
3. 性欲下降：可以是性欲的减退乃至完全丧失。有些 患者勉强被动维持有性行为，但无法从中体验到乐趣。
4. 非特异性的躯体症状：常见的主诉包括头痛、腰背 痛、恶心、口干、便秘、胃部烧灼感、肠胃胀气等。PPD 患者常常将其归因为“月子里受凉，没有养好，得了月子 病”

二、需要甄别的症状

产妇在经历分娩后，往往会出现一些生理性的躯体及 精神方面的改变，此时容易与PPD的相关临床表现混淆， 因此要注意甄别

1. 睡眠障碍：产妇大多数都会存在睡眠问题，这主要 是由于照顾、喂养婴儿所致。如果有人帮助其照顾婴儿， 避免婴儿的吵闹，正常产妇则可以安然入睡。然而PPD患 者即使有安静的睡眠环境，不受婴儿干扰，依然不能正常 睡眠
2. 精力下降、疲乏感：产妇经历分娩，还要照顾婴 儿，往往会出现生理性的精力下降、疲乏感，但这种状况 会随着时间的延长、充分的休息而好转。但是PPD患者即 使不用照顾婴儿，仍然会感到疲乏、精力不足，而且随着 时间的延长甚至可能会加重。
3. 注意力障碍、记忆力下降：很多产妇都会出现注意 力不集中、记忆力下降的表现，但程度一般较轻，持续时 间较短暂。但是PPD患者的往往程度较重，且持续时间 较长
4. 食欲改变：产妇分娩后，尤其是剖宫产术后，常会 出现躯体不适症状，但是PPD患者多表现为食欲下降，即 使主观上知道要为孩子哺乳，希望自己能多吃一点，但仍 然食不甘味，难以下咽。
5. 躯体症状：产妇分娩后，常会出现躯体不适症状， 若为剖宫产、出现产后并发症则会更常见，但这种躯体不 适症状往往部位明确，随着产后恢复也会逐渐好转。但是 PPD患者的躯体不适，往往部位不明确，甚至性质也不明 确，用当前的躯体状况并不能很好解释，而且随着产妇躯 体状况的好转其躯体不适症状可能并无明显变化。

第三部分产后抑郁障碍的诊断及鉴别诊断

—、诊断方法

PPD主要通过询问病史、精神检查、体格检查、心理 评估和其他辅助检查，并依据诊断标准做出诊断。PPD的 诊断主要建立在对症状学（横断面）与病程（纵向）的分 析之上，缺乏客观性的躯体、实验室或影像学检查作为依 据。迄今为止，尚无针对PPD的特异性检查项目。

常用心理评估量表简介：

1. 筛查量表：最常用的是爱丁堡孕产期抑郁量表 （Edinburgh postnatal depressions scale，EPDS） „ 其次有产 后抑郁筛查量表（PDSS）、医院焦虑抑郁量表（HADS） 等

（1） EPDS简介：EPDS是一个有效的PPD自评筛选 工具，于1987年由英国Cox等创制。该量表共有10个项 目，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，分0 （从未）、l （偶尔）、2 （经常）、3 （总是）四个等级，得分范围0〜30分，5 min 即可完成。

（2） EPDS界值：Cox将13分推荐为极有可能患PPD 的界值，而卫生保健人员常规使用时可采用9分作为界值。 当得分A13时，则该产妇需要进一步确诊；如果产妇在第 10个问题回答不是0,有自杀及其他奇怪的想法或无序行 为，则需要立刻转诊到精神专科医院。

（3） EPDS使用：大量研究表明，PPD发生的峰值处 于产后1个月以内，因此，EPDS筛查的最佳时间也为产 后2〜6周。

1. 其他常用量表：如贝克抑郁量表（BDI）、抑郁自评 量表（SDS）、患者健康问卷抑郁量表（PHQ-9）,汉密尔 顿抑郁量表（HAMD）和蒙哥马利抑郁量表（MADRS）。

二、诊断步骤

临床上推荐对PPD的诊断采用两步法，第一步为量表 筛查，可由经过相关培训的社区及产科医护人员完成；第 二步采用临床定式检查或精神科会诊，做出符合相应诊断 标准的临床诊断，应由精神科医生完成见图1 o

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **EPDS<9** 分 | 分娩结束 | 产妇段家 < 属自怦 **5** | 医院戒诊 潔？进E育 | |
|  | **£PDSk9** 分 | 院内初次评估 | **EPDSA9** 分 | **EPDS>95>** | |
|  |  | 《产科病房, |  |  |
|  |  |  |  | 精神科医生 |  |
| 鷲囂a | | 产后**3\*7**天二次评估 （杜区医生上门访帆） | **ETOSA9** 物 | 保健院会诠 或宣接株诊 至综合医院 |  |
|  |  | 产后**28**天三次评估 |  | 精樺科 |  |
|  | **EPOS** 林 | **EPDS39** 分 |  |  |
|  |  | （社区医生上门访视**1** |  |  |  |
|  | **EPDS<9** 分 | 产后**42**天末次评估 | **ETOSA** 喩 |  |  |
|  | （产后**42**大门诊） |  |  |

图1产后抑郁障碍筛查流程

三、 分类与诊断标准

国内对PPD的分类与诊断标准主要依据的是ICD-10 “精神与行为障碍分类-临床描述与诊断要点”及美国DSM- IV中有关抑郁发作和复发性抑郁障碍的相关内容和编码。 具体可参见相关参考资料。

四、 鉴别诊断

1. 产后情绪不良：产后心绪不良（baby blues）是一 种短暂性的适应不良状态，常在产后7〜10d内发生，发 生率大约为26%〜85%,持续时间多为几天，一般不超过 10 d„常见症状为情绪不稳定、易哭泣、易激动、悲哀、 焦虑、注意力不集中、失眠和食欲不振。产后心绪不良有 自限性，对产妇的社会功能影响不大，通常并不需要特殊 干预，但心理治疗是有益的。
2. 继发性抑郁障碍：脑器质性疾病、躯体疾病、某些 药物和精神活性物质等均可引起抑郁情绪，被称为继发性 抑郁障碍。与PPD的鉴别要点：①前者有明确的器质性 疾病、某些药物或精神活性物质应用史，体格检查有阳性 体征，实验室及物理检查有相应指标改变；②前者可出现 意识障碍、记忆障碍及智能障碍，后者一般则无；③前者 的症状随原发疾病病情的相应好转而好转；④前者既往无 抑郁障碍的发作史，而后者可有类似的发作史。
3. 双相情感障碍：患者常表现为兴奋，话多，言语夸 大，活动多，难以安静，精力旺盛，兴高采烈，易激惹， 行为鲁莽，睡眠需求减少等，其表现与PPD患者相反。研 究发现，首次抑郁发作发生在产后的女性患者，有15%〜 50%的可能性为双相情感障碍。
4. 创伤后应激障碍：创伤后应激障碍常伴有抑郁情 绪。与抑郁障碍的鉴别要点是：①前者发病必须存在严重 的、灾难性的创伤性事件，如新生儿夭折、严重畸形或其 他天灾人祸；而后者可以没有任何诱因，或只有一般性的 生活事件；②前者对创伤性事件常有反复的闯入性回忆， 警觉性增高，而后者通常没有此类表现。
5. 神经衰弱：轻度抑郁常有头晕、头痛、无力和失眠 等主诉，易误诊为神经衰弱。神经衰弱的核心症状为易兴 奋和易疲劳，情感以焦虑为主，不是情感低落，自知力良 好，症状波动性大，求治心切，病前往往有明显引起大脑 活动过度紧张等精神因素。

第四部分产后抑郁障碍的治疗

目前的研究证据显示，PPD患者若不治疗可能会对产 妇及婴儿产生严重的长期不良影响，而接受治疗则会改变 这种结果，因此对PPD患者的治疗是被强烈推荐的。

-、治疗原则

1. 综合治疗原则：当前治疗PPD的三种主要方法是 药物治疗、心理治疗和物理治疗。已有众多的循证医学证 据显示，综合治疗的效果优于单一的任何一种治疗。
2. 全病程治疗原则：PPD为高复发性疾病，目前倡 导全病程治疗。分为：急性期（推荐6〜8周）、巩固期 （至少4〜6个月）和维持期（首次发作6〜8个月，2次发 作至少2〜3年，发作3次及以上则需要长期维持治疗）三 期。
3. 分级治疗原则：轻度抑郁发作可以首选单一心理 治疗，但产妇必须被监测和反复评估，如果症状无改善， 就必须要考虑药物治疗；中度以上的抑郁发作应该进行药 物治疗或药物联合心理治疗，并建议请精神科会诊；若为 重度抑郁发作并伴有精神病性症状、生活不能自理或出现 自杀及伤害婴儿的想法及行为时，务必转诊至精神专科 医院。
4. 坚持以产妇安全为前提原则：对PPD患者，首先 应该考虑的是产妇的安全。如果症状严重或非药物治疗无 效，应立即进行药物治疗。
5. 保证婴儿安全原则：迄今为止，美国FDA和我国 CFDA均未正式批准任何一种精神药物可以用于哺乳期。 所有的精神科药物均会渗入乳汁，婴儿通过母乳接触药物 后对发育的远期影响尚不清楚。因此原则上尽量避免在哺 乳期用药，若必须在哺乳期用药，应采取最小有效剂量， 以使婴儿接触的药量最小，而且加量的速度要慢。鼓励母 乳喂养，以便提高新生儿的免疫能力。

二、药物治疗

PPD产妇若坚持母乳喂养，在使用药物治疗前需要进 行全面的个体化的获益及风险评估。虽然没有研究显示抗 抑郁剂对胎儿或新生儿的安全剂量和使用期限，但哺乳期使用抗抑郁剂使孩子暴露于药物的危险绝对低于子宫的药 物暴露。

1抗抑郁药物：抗抑郁药种类繁多，以下是目前国内 外常用的几类抗抑郁药。

（1） 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）： SSRIs 是PPD患者的一线治疗药物。主要包括氟西汀、帕罗西 汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰和艾司西酞普兰6种。 对于哺乳期妇女，多属于慎用。众多研究发现，舍曲林对 被哺乳婴儿极少存在不利影响，安全性较高，但尚缺乏远 期影响资料的研究结果。

（2） 其他抗抑郁药：除三环类抗抑郁药（TCAs）及选 择性5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）-文 拉法辛属慎用外，其他药物目前的研究资料不足，不建议 服用。

目前尚无证据表明哪种抗抑郁药对PPD更有效。选药 的主要依据为既往用药史及耐受性。

2.其他药物：如抗焦虑药和镇静催眠药物、抗精神病 药、情感稳定剂、雌激素等。

一般来说，PPD患者若需要抗精神病药或情感稳定剂 治疗，往往提示她们的病情较重，很难维持对婴儿的正常 哺乳，因而不推荐此类产妇进行母乳喂养。

三、 心理治疗

已有的证据显示，对于某些PPD患者，心理治疗可作 为首选治疗，而且推荐心理治疗在任何可能的时候都要成 为PPD患者治疗方案的一部分。

疗效最肯定的心理治疗方法为人际心理治疗（IPT） 及认知行为治疗（CBT）。

四、 物理疗法及其他疗法

1. 物理疗法：最常用的物理疗法为改良电痉挛治疗 （MECT）及重复经颅磁刺激（rTMS）。大量的临床证据证 实，MECT的有效率可高达70%〜90%。在某些PPD患 者，如具有强烈自杀及伤害婴儿倾向时可作为首选治疗。
2. 其他疗法：其他如运动疗法、光疗、音乐治疗、饮 食疗法等也被用来辅助PPD的治疗。与药物及心理治疗相 比，这些治疗的可行性及可及性更好。

五、 产后访视

产后访视的工作内容归纳有心理咨询、营养指导、卫 生指导、健康宣教、母乳喂养技术等。产后访视一般安排 在产后1〜10d内进行，具体内容为：

1. 母亲和婴儿的查体，如子宫收缩、恶露和乳房情 况，婴儿反应、心肺情况、黄疸情况等。
2. 评估产妇和婴儿的心理状况及家庭环境条件，列出 存在和可能存在的问题。

3•健康教育和技术指导，提供母乳喂养、新生儿抚 触、洗澡等服务。通过以上工作，减少产妇因产后知识、 技能匮乏而引起的焦虑与抑郁，增加其处理现实问题的 能力。

六、健康教育

健康教育对于PPD的预防、识别、转诊及干预等方面 也非常重要，可以采取讲座、文字、电视、网络等多种方 法及形式对大众、产妇及其家属、非精神科医护人员进行 PPD相关知识的宣传与教育。

具体诊疗流程可参见图2。

第五部分产后抑郁障碍的管理

健康敎有 定期随访

轲至精弭 专科医院

药物治疗・ 心理治厅

图2产后抑郁障碍诊疗流程

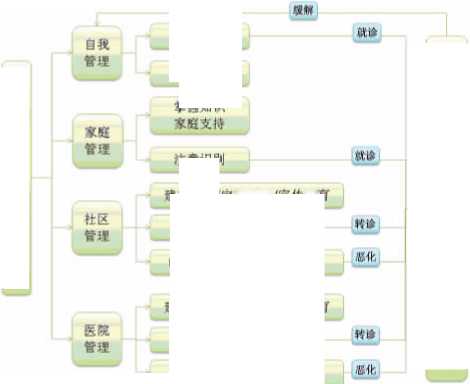
**EPDS**鴻分或临床规察可疑的产妇

心理 治疗

中质度

药物治疗・  
心理治厅

开展科学的分级管理，包括自我管理、家庭管理、社 区管理、医院管理，是目前防止PPD发生与复发比较好的 方法。对PPD的防治工作还仍然处于探索阶段，尚无成熟 的系统管理模式。具体可参见图3。



自我识别

自我调节

掌握钮识

注意识别

建立制*度/定*期培训/宣传•教育

定期而査

**PPD** .息者■病情监测/定期随访

定期指查

**PPD**患者病情监測/定期随访

产后抑郁障碍管理流程

图3

建立制度/定期培训/宣传教育

产后抑郁» **w as**管理

致谢**：**感谢卫计委妇女健康服务司宋莉博士和WHO 精神病学专家汪向东博士、妇幼医学专家温春梅博士、北 京大学人民医院妇产科魏丽惠教授在指南编写过程中给予 的指导！

参考文献

[1] 江开达.抑郁障碍防治指南.北京：北京大学医学出版社，

2007.

沈渔邨.精神病学. 5版.北京：人民卫生出版社，2009. 江开达.精神药理学.北京：人民卫生出版社，2007. 钱耀荣，晏晓颖.中国产后抑郁发生率的系统分析.中国实 用护理杂志，2013, 29： 1-3.

1. ACOG Practice Bulletin： Clinical management guidelines lor obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use o! psy­chiatric medicationsduring pregnancy andlactation Obstet Gynecol, 2008, 111： 1001-1020.
2. Academy o! Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol 井 18 : use o! antidepressants in nursing mothers. Breastfeed Med, 2008, 3: 44-52.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manualo!mentaldisorders, 5thed Arlington, VA：Ameri- canPsychiatricAssociation, 2013
4. Anderson G, Maes M Postpartum depression：psychoneuroim- munologicalunderpinnings and treatment Neuropsychiatr Dis Treat, 2013, 9: 277-287.
5. AzorinJM, Angst J, Gamma A, et al. Identifying features o! bipolarity in patients with first-episode postpartum depres- sion： findings from the international BRIDGE study. J Affect Disord,2012, 136：710-715．
6. Banti S, Mauri M, Oppo A, et al. From the third month of

pregnancyto1yearpostpartum．Prevalence, incidence, re­currence, andnewonsetofdepression．Resultsfromtheperi- natal depression-research & screening unit study. Compr Psychiatry, 2011, 52：343-351．

1. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depres- sion．NursRes, 1996, 45：297-303．
2. Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal- infantinteraction：a meta-analysis Nurs Res, 1995, 44：

298-304

1. Beck CT. The effects of postpartum depression on child de- velopment：ameta-analysis ArchPsychiatrNurs, 1998, 12： 12-20
2. Beydoun IIA, Beydoun MA, Kaufman JS, et al. Intimate partnerviolenceagainstadultwomenanditsassociation with major depressive disorder, depressive symptoms and postpar­tum depression：asystematicreview and meta-analysis Soc SciMed，2012，75：959-975
3. Breese McCoySJ Postpartum depression：anessentialover- viewforthepractitioner South MedJ，2011，104：128-132
4. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet,

2004，363：303-310

1. Clare CA, Yeh J. Postpartum depression in special popula- tions：areview ObstetGynecolSurv, 2012, 67：313-323

[18 ] Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A Psychological treatmentofpostpartum depression：a meta-analysis JClin Psychol, 2008, 64：103-118

1. Daley AJ, Jolly K, Sharp DJ, et al. The effectiveness of ex- erciseasatreatmentforpostnataldepression：studyproto- col BMCPregnancyChildbirth, 2012, 12：45
2. DelRosarioGA, ChangAC, LeeED Postpartumdepression： symptoms, diagnosis, andtreatmentapproaches JAAPA, 2013, 26：50-54
3. FieldT Postpartum depressione**f**ectsonearlyinteractions, parenting, andsafetypractices：areview InfantBehavDev, 2010, 33：1-6
4. FisherJ, Cabralde Me**l**o M, PatelV, etal Prevalenceand determinantsofcommonperinatalmentaldisordersin women inlow-andlower-middle-incomecountries：asystematicre- view. Bull World Health Organ, 2012, 90 : 139GT49G.
5. FitelsonE, Kim S, BakerAS, etal Treatmentofpostpar- tum depression：clinical, psychologicaland pharmacological options IntJ WomensIealth, 2010, 3：1-14
6. Friedman SI, IorwitzSM, Resnick PJ Child murderby mothers：acriticalanalysisofthecurrentstateofknowledge andaresearchagenda AmJPsychiatry, 2005, 162：1578- 1587
7. Gavin NI, GaynesBN, LohrKN, etal Perinataldepression： asystematicreview ofprevalenceandincidence ObstetGy- necol, 2005, 106：1071-1083
8. Gelenberg AJ, Freeman MP, MarkowitzJC, eta1 Practice guidelineforthetreatmentofpatients with majordepressive disorder 3rded WashintonDC：AmericanPsychiatricPub- lishing,2010：1-152

[27 ] Gentile S Use of contemporary antidepressants during breastfeeding：a proposalforaspecificsafetyindex Drug Saf,2007, 30：107-121

1. GodderisR Atrickyobjecttoclassify：evidence, postpartum depressionandthe DSM-IV J Iist Behav Sci, 2013, 49： 123-141
2. GoodmanJI, SantangeloG Grouptreatmentforpostpartum depression： a systematic review. Arch Womens Ment

Iealth, 2011,14：277-293

1. GoodmanSI, Rouse MI, Conne**l**AM, etal Maternalde- pressionandchildpsychopathology：a meta-analyticreview ClinChildFam PsycholRev, 2011, 14：1-27

(收稿日期:2014-03-28)

