

· 专家共识 ·

围产期抑郁症筛查与诊治专家共识

中华医学会妇产科学分会产科学组

通信作者: 范玲, 首都医科大学附属北京妇产医院围产医学部 100026, Email: fanling8027@sina.cn; 杨慧霞, 北京大学第一医院妇产科 100034, Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn

【摘要】 围产期抑郁症是导致孕产妇心理健康不良事件的重要原因, 可能导致孕产妇及其子代的不良结局。随着对围产期抑郁症的不断重视, 中华医学会妇产科学分会产科学组结合国内外相关领域最新的循证医学证据及精神卫生专家的意见, 制定了本专家共识, 旨在指导妇产科医师尽早筛查、合理评估及临床观察, 并及时转诊至精神专科。

围产期抑郁症包括妊娠期间或分娩后 4 周内出现的抑郁发作, 是妊娠期和产褥期常见的精神障碍之一。由于围产期抑郁症可能导致孕产妇及其子代的不良结局, 尤其是增加心理健康不良事件的发生, 因此, 应给予足够的关注和重视, 尽早诊断并及时干预。中华医学会妇产科学分会产科学组邀请相关的精神卫生专家共同讨论并制定了本共识, 以便妇产科医师对围产期抑郁症尽早筛查、合理评估及临床观察, 并及时转诊至精神专科。

本共识的制定参考了 2018 年美国妇产科医师协会 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)、2019 年美国预防服务工作组 (US Preventive Services Task Force, USPSTF) 等学术组织的围产期抑郁症指南, 以及最新的基于临床研究的循证医学证据 (证据等级及推荐等级见表 1)。对具有较强循证证据等级 (I ~ III 级)、国外指

南给予 A 或 B 级推荐的处理措施, 本共识直接引用。对临床循证证据等级不高 (IV 级)、国外指南给予 C 级推荐的处理措施, 采用德尔菲法, 通过 3 轮专家意见征询, 形成适合我国国情的专家共识, 作为本共识的 C 级推荐意见。

一、围产期抑郁症的定义

推荐 1 围产期抑郁症是妊娠期及产褥期常见的并发症之一, 但不同文献对其定义有所不同 (推荐等级: C 级)。

围产期抑郁症又称孕产期抑郁症, 是妊娠期及分娩后或流产后出现的抑郁症状, 包括产前抑郁症 (prenatal depression) 和产后抑郁症 (postpartum depression, PPD)。是妊娠期及产褥期常见的并发症之一^[1-2]。

不同文献报道的围产期抑郁症的定义有所不同。美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版 (DSM-5)

表 1 证据等级和推荐等级及其说明

证据等级	说明	推荐等级	说明
I a	来自随机对照研究的荟萃分析	A	有良好和一致的科学研究支持 (有随机对照研究支持, 如 I 级证据)
I b	至少来自 1 个随机对照研究		
II a	至少来自 1 个设计严谨的非随机对照研究	B	有限的或不一致的文献的支持 (缺乏随机性的研究, 如 II 级或 III 级证据)
II b	至少来自 1 个设计严谨的队列研究或病例对照研究		
III	至少来自 1 个设计良好的、非试验性描述研究, 如相关性分析研究、比较性分析研究或病例报告		
IV	来自专家委员会的报告或权威专家的经验	C	主要根据专家共识 (如 IV 级证据)

DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20210115-00022

收稿日期 2021-01-15 本文编辑 张楠

引用本文: 中华医学会妇产科学分会产科学组. 围产期抑郁症筛查与诊治专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(8): 521-527. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20210115-00022.



中,围产期抑郁症并非一个独立的诊断条目,而是将妊娠期或产后 4 周内出现的抑郁障碍统称为重度抑郁障碍(major depressive disorder, MDD)伴围产期发作;或不完全符合 MDD 的诊断标准,但最近的发作是重度抑郁发作^[2-3]。国际疾病分类第 10 版(ICD-10)精神与行为障碍分类中,产后 6 周内的抑郁发作被归入“与产褥期有关的轻度精神和行为障碍,不可归类在他处者”。产后 6 周是重度抑郁发作的高峰期,而产后 2~3 个月和 6 个月则是轻度抑郁发作的高峰期^[4]。2018 年 ACOG 的共识中指出,妊娠期及产后 1 年的妇女发生的轻度至重度抑郁发作,可被诊断为围产期抑郁症^[5]。本共识推荐采用 DSM-5 的定义。

二、围产期抑郁症的危害

推荐 2 围产期抑郁症可能会对孕产妇及胎儿或新生儿造成不良影响,应予以足够重视(推荐等级:C 级)。

围产期抑郁症可能导致妊娠剧吐、子痫前期、流产或早产,严重时可引起自伤、自杀、伤婴或杀婴等恶性事件,还可能影响母乳喂养、母婴关系以及与配偶、家人的关系^[6]。对胎儿或新生儿的可能不良影响包括胎儿生长受限或低出生体重儿、新生儿喂养困难以及胃肠道疾病风险和住院风险增加,儿童期更容易出现情绪、行为和心理问题^[7]。

三、围产期抑郁症的高危因素

推荐 3 围产期抑郁症最大的危险因素是既往抑郁症病史(推荐等级:B 级)。

国内外关于围产期抑郁症的高危因素的研究有很多,然而不同文献报道的高危因素间既有交叉,又有不同。可能存在的病因学因素包括激素水平改变、神经内分泌变化和社会心理适应,这些因素之间可能相互作用。围产期抑郁症最大的危险因素是既往抑郁症病史,包括既往围产期抑郁症病史及非围产期抑郁症病史。其他危险因素包括妊娠期生活应激事件或产后压力性生活事件等^[5,8-11]。遗传因素也可能是围产期抑郁症的危险因素^[12]。因此,对于有抑郁症病史的孕妇更应该注意围产期抑郁症的早期筛查及早期诊治。

四、围产期抑郁症的诊断

推荐 4 围产期抑郁症抑郁发作的诊断标准参照 ICD-10(推荐等级:C 级)。

由于缺乏特征性的躯体表现、实验室或影像学检查结果作为依据,围产期抑郁症抑郁发作的诊断主要通过询问病史、精神检查、体格检查、心理评估

及其他辅助检查,其诊断主要建立在症状学、严重程度、病程和排除其他疾病的基础上。结合国内外的诊断标准^[2,13-14],本共识采用 ICD-10 抑郁发作的诊断标准^[13]。见文后附表 1。

采集病史的过程中,应特别关注既往是否有抑郁症状(尤其是与妊娠相关的)和家族史。对养育新生儿极度缺乏自信,有自责自罪、无价值感、注意力或记忆力下降、失眠、食欲减退的孕产妇需要加强关注。抑郁症的核心症状包括情感低落、兴趣及愉快感缺乏、精力或体力下降,也可能表现为易激惹,严重者可以产生自杀意念及行为。

对于围产期抑郁症妇女,还应询问有关的社会支持、酒精或药物滥用及伴侣暴力等问题;若怀疑围产期抑郁症妇女存在躯体疾病,需进一步行体格检查。产科应与精神科建立合作机制,当孕产妇存在伤害自己、婴儿或其他人的想法或行为,或出现幻觉、妄想等精神症状,或已不能照顾自己或婴儿时,应立即转诊精神专科接受评估,以保障母婴安全^[15]。

典型的围产期抑郁症不难识别,诊断时应与产后情绪不良、双相情感障碍、产后精神病、躯体疾病所致的抑郁障碍、药物所致的抑郁障碍以及适应性障碍等进行鉴别^[1]。

五、围产期抑郁症的筛查方法与筛查时机

推荐 5 建议对孕产妇进行至少 1 次筛查(推荐等级:B 级)。

围产期抑郁症是发生率较高、较严重但可以治疗的疾病,大众对该病的认识尚不充分^[16]。USPSTF、ACOG 和英国国家卫生与保健优化研究院(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)的指南均推荐,应通过标准化、有效的筛查工具,在孕期或产后对孕产妇进行至少 1 次筛查,完成抑郁和焦虑水平的评估^[4,17-18]。

推荐 6 对围产期抑郁症的合理筛查时机是早期妊娠(推荐等级:A 级)。

对围产期抑郁症的合理筛查时机是早期妊娠^[19-22]。推荐对所有孕妇进行抑郁症筛查,但筛查的时机和频次并不明确^[22]。有多种抑郁症危险因素(如抑郁症既往史、低收入和亲密伴侣暴力行为等)的孕妇可能需要多次筛查,如在妊娠早期和晚期各筛查 1 次。作为筛查的一部分,可告知孕妇其出现围产期抑郁症的风险,并指导其如何识别早期症状和寻求适当干预。

证据表明,仅筛查就能使孕产妇受益,包括提



前发现围产期抑郁症、降低母儿不良事件等^[5]。

推荐 7 推荐使用爱丁堡产后抑郁量表 (Edinburgh postnatal depression scale, EPDS) 或 9 个条目的患者健康问卷 (patient health questionnaire-9, PHQ-9) 进行抑郁症筛查 (推荐等级: C 级)。

EPDS^[23] 为最常用的围产期抑郁症筛查工具, 易于评分, 方便操作, 目前已被翻译为 50 多种语言版本^[24]。此量表共计 10 个条目, 每个条目有 0、1、2、3 分四级评分, 总分最大值为 30 分。见文后附表 2。总分 > 12 分为筛查阳性, 提示孕产妇罹患围产期抑郁症的可能性大, 应转精神专科明确诊断, 分值越大, 症状越重。然而, 许多研究使用的临界值为 ≥ 10 分^[25]。尽管该量表最初被用于筛查产后妇女, 但临床中发现也适用于产前抑郁症的筛查。以 EPDS 总分 9.5 分为临界值时, 其在筛查孕晚期妇女产前抑郁症的敏感度、特异度、准确率、受试者工作特征 (ROC) 曲线下面积方面分别为 93.02%、95.15%、94.78%、0.912, 具有高效、简洁的筛查能力^[26]。而以 EPDS 总分 9 分为临界值 (其中 9~12 分为轻度抑郁症, 13~30 分为中重度抑郁症) 筛查时, 早孕期妇女抑郁症的发生率为 9.02%^[27]。然而, 针对妊娠期妇女的研究发现, 其心理测量学特性的变异很大 (敏感度为 70%~100%, 特异度为 74%~97%, 阳性预测值为 22%~75%)^[28]。

USPSTF、ACOG 及美国儿科学会 (AAP) 建议也可采用 PHQ-9 进行抑郁症筛查。见文后附表 3。PHQ-9 是一个简便、有效的抑郁自评量表, 在抑郁症严重程度的评估方面具有良好的敏感度和特异度, 量表中 < 5 分为正常, 5~9、10~14、15~19、> 19 分, 分别提示轻、中、中~重度和重度抑郁症^[29-30]。该量表具有较好的信度和效度^[31]。

六、围产期抑郁症的治疗原则

推荐 8 目前主张以综合、全程、分级、多学科协作诊疗, 保障孕产妇安全及胎儿安全为治疗原则。治疗方法有药物治疗、心理治疗、物理治疗和其他治疗 (包括运动疗法、光疗等) (推荐等级: C 级)。

推荐 9 轻度和中度围产期抑郁症, 推荐结构化心理治疗作为一线治疗方法。重度围产期抑郁症者, 建议转至精神专科就诊, 推荐初始治疗采用抗抑郁药物 (推荐等级: B 级)。

目前主张以综合、全程、分级、多学科协作诊疗, 保障孕产妇安全及胎儿安全为治疗原则^[32]。

1. 轻度和中度围产期抑郁症: 推荐结构化心理

治疗 [包括认知行为治疗 (cognitive-behavioral therapy, CBT) 和人际心理治疗 (interpersonal psychotherapy, IPT)] 作为一线治疗方法^[33-36], 其他治疗方法如物理疗法、运动疗法、光疗等非药物治疗也可用于围产期抑郁症的辅助治疗。

2. 重度围产期抑郁症者: 建议转至精神专科就诊, 推荐初始治疗采用抗抑郁药物^[33, 35, 37-39], 使用抗抑郁药物治疗的益处超过潜在的风险, 对于重度围产期抑郁症患者优先使用抗抑郁药物治疗符合多项实践指南^[18, 36, 40-41]。

七、围产期抑郁症的药物治疗

推荐 10 重度围产期抑郁症的一线药物是选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), 包括舍曲林、西酞普兰和艾司西酞普兰 (推荐等级: B 级)。

常见的抗抑郁药物包括 SSRI、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SSNRI)、三环类抗抑郁药和其他抗抑郁药。见表 2。

表 2 常见抗抑郁药物的推荐等级

类别	推荐等级
选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI), 如舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰	B 级
5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SSNRI), 如度洛西汀、文拉法辛	C 级
三环类抗抑郁药, 如丙咪嗪、阿米替林	C 级
其他抗抑郁药, 如安非他酮、米氮平	C 级

1. SSRI: 关于 SSRI 是否会增加孕产妇及胎儿畸形的风险, 目前的研究尚无明确结论。尚不明确 SSRI 是否会增加子痫前期、早产、低出生体重儿或自然流产的风险^[42]。妊娠早期暴露于 SSRI 的致畸风险很低或无风险, SSRI 类药物都不是主要的致畸物^[43]。系统评价发现, 尚未在 SSRI 的各项研究中观察到一致的、单一类型的畸形^[44]。长期随访显示, 产前暴露于 SSRI 对新生儿的神经发育没有严重的不良影响, 婴幼儿在语言和认知方面也无明显的落后表现^[45]。但是, 仍然建议哺乳期妇女慎用此类药物。SSRI 类药物中, 帕罗西汀可能增加胎儿心脏畸形的风险, 尤其是房室间隔缺损, 因此, 帕罗西汀不做首选推荐^[46]。众多研究发现, 哺乳期服用舍曲林对婴儿极少产生不良影响, 安全性较高, 但尚缺乏远期的临床研究结果。

2. SSNRI: 妊娠 16 周前服该类药物的妇女较未服用者患子痫前期的风险增加 3 倍, 妊娠 16 周前停



止服用此类药物可降低子痫前期的发生风险^[47]。未发现妊娠期服用 SSNRI 孕妇的胎儿先天性畸形的发生率增高,其他妊娠结局与 SSRI 类似^[48]。关于产后使用 SSNRI 的报道非常有限,除文拉法辛属慎用外,尚缺乏其他药物的研究资料,故不建议哺乳期服用。

3. 三环类抗抑郁药:通常认为三环类抗抑郁药的致畸风险较低^[37]。但三环类抗抑郁药与早产、低出生体重儿及子痫前期有关^[47]。围产期暴露于三环类药物可能导致新生儿一过性戒断症状,以及低血糖、呼吸道疾病、中枢神经系统疾病和黄疸。已有研究报道子宫内三环类药物暴露对儿童的远期影响,这些儿童在 3 岁时的运动和发育正常,并且总体的智商、语言发展、气质、情绪、警觉能力、活动水平、注意力分散情况和行为问题与未暴露的儿童无显著差异^[46]。

4. 其他抗抑郁药:一般认为安非他酮的致畸风险较低,但可能与自然流产有关^[49]。在妊娠早期使用米氮平与使用非致畸性药物的孕妇相比,婴儿重要畸形的数量相同,然而使用米氮平的孕妇早产的发生率更高^[50]。

随着经济的发展、社会压力的增加,应加强对围产期抑郁症的关注。建议采用 EPDS 或 PHQ-9 在早期妊娠时对所有孕妇进行普遍筛查,对于具有罹患围产期抑郁症危险因素的孕产妇应增

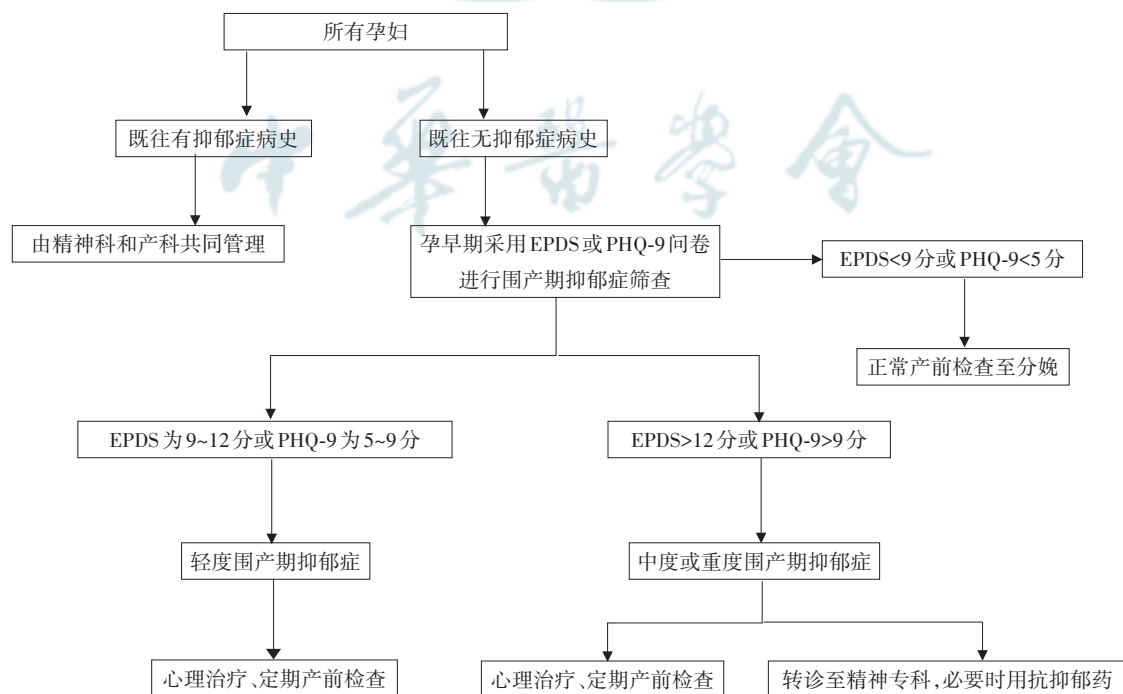
加筛查次数,尤其是有抑郁症病史的孕产妇。对于轻~中度围产期抑郁症建议首选心理治疗。重度围产期抑郁症采用药物治疗,联合使用心理治疗,效果可能更佳。药物治疗首选 SSRI 类抗抑郁药物。产科医师和精神科医师应建立多学科诊疗团队,建立联合会诊及绿色转诊通道,共同致力于围产期抑郁症的早期识别及规范诊治,保障孕产妇的心理健康,避免孕产妇自杀等恶性事件的发生。

围产期抑郁症的筛查与诊治流程见图 1。

参与本共识执笔的专家:范玲(首都医科大学附属北京妇产医院)、伍绍文(首都医科大学附属北京妇产医院)、程蔚蔚(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院)、陈叙(天津市中心妇产科医院)

参与本共识编写的专家:王丹昭(美国 Emory University)、胡捷(美国 Stars Behavioral Health Group)、何燕玲(上海市精神卫生中心)、王雪(首都医科大学附属北京安定医院)、庞宇(北京回龙观医院)、陈林(北京回龙观医院)

参与本共识讨论的专家:杨慧霞(北京大学第一医院)、贺晶(浙江大学医学院附属妇产科医院)、刘兴会(四川大学华西第二医院)、胡娅莉(南京大学医学院附属鼓楼医院)、刘喆(北京大学第一医院)、时春艳(北京大学第一医院)、杨孜(北京大学第三医院)、范玲(首都医科大学附属北京妇产医院)、高劲松(中国医学科学院北京协和医院)、陈叙(天津市中心妇产科医院)、程蔚蔚(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院)、李笑天(复旦大学附属妇产科医院)、杨祖菁(上海交通大学医学院附属新华医院)、王谢桐(山东省立医院)、马玉燕(山东大学齐鲁医院)、樊尚荣(北京大学深圳医院)、陈敦金(广州医科大学第三附属医院)、王子莲(中山大学附属第一医院)、肖梅(湖北省妇幼保健院)、邹丽(华中科技大学)



注:EPDS 表示爱丁堡产后抑郁量表;PHQ-9 表示 9 个条目的患者健康问卷

图 1 围产期抑郁症的筛查与诊治流程



同济医学院附属协和医院)、马润玫(昆明医科大学附属第一医院)、丁依玲(中南大学湘雅二医院)、崔世红(郑州大学第三附属医院)、辛虹(河北医科大学第二医院)、刘淮(江西省妇幼保健院)、林建华(上海交通大学医学院附属仁济医院)、漆洪波(重庆医科大学附属第一医院)、李力(陆军特色医学中心)、刘彩霞(中国医科大学附属盛京医院)、张卫社(中南大学湘雅医院)、蔺莉(北京大学国际医院)、古航(海军军医大学附属长海医院)、赵先兰(郑州大学第一附属医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 李佳钊, 乔亮. 孕产期抑郁症的诊断及鉴别诊断[J]. 实用妇产科杂志, 2019, 35(4):246-248.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013: 186-187.
- [3] Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression[J]. J Affect Disord, 2017, 219:86-92. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.003.
- [4] Rafferty J, Mattson G, Earls MF, et al. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice[J]. Pediatrics, 2019, 143(1):e20183260. DOI: 10.1542/peds.2018-3260.
- [5] ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for perinatal depression[J]. Obstet Gynecol, 2018, 132(5): e208-e212. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002927.
- [6] Serretti A, Olgiati P, Colombo C. Influence of postpartum onset on the course of mood disorders[J]. BMC Psychiatry, 2006, 6:4. DOI: 10.1186/1471-244X-6-4.
- [7] Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States[J]. Arch Gen Psychiatry, 2008, 65(7): 805-815. DOI: 10.1001/archpsyc.65.7.805.
- [8] Kornfeld BD, Bair-Merritt MH, Frosch E, et al. Postpartum depression and intimate partner violence in urban mothers: co-occurrence and child healthcare utilization [J]. J Pediatr, 2012, 161(2): 348-353. e2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.01.047.
- [9] Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 210(6): 501-509. e6. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.10.009.
- [10] Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, et al. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland[J]. BMJ Open, 2013, 3(11): e004047. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004047.
- [11] Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis[J]. Arch Womens Ment Health, 2012, 15(2): 107-114. DOI: 10.1007/s00737-011-0248-9.
- [12] Corwin EJ, Kohen R, Jarrett M, et al. The heritability of postpartum depression[J]. Biol Res Nurs, 2010, 12(1): 73-83. DOI: 10.1177/1099800410362112.
- [13] World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016[EB/OL]. (2016-02-10) [2021-01-15]. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- [14] 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南[M]. 2版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015:33-37.
- [15] Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression[J]. N Engl J Med, 2016, 375(22): 2177-2186. DOI: 10.1056/NEJMcp1607649.
- [16] Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2014, 28(1):13-23. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014.
- [17] Jin J. Counseling interventions to prevent perinatal depression[J]. JAMA, 2019, 321(6): 620. DOI: 10.1001/jama.2019.0007.
- [18] National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE clinical guideline 192 [EB/OL]. (2016-01-28) [2021-01-15]. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- [19] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement[J]. JAMA, 2019, 321(6):580-587. DOI: 10.1001/jama.2019.0007.
- [20] Wickberg B, Tjus T, Hwang P. Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: a naturalistic study[J]. J Reprod Infant Psychol, 2005, 23: 33-41. DOI: 10.1080/02646830512331330956.
- [21] Castro E Couto T, Martins Brancaglioni MY, Nogueira Cardoso M, et al. What is the best tool for screening antenatal depression? [J]. J Affect Disord, 2015, 178:12-17. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.003.
- [22] Reynolds CF, Frank E. US Preventive Services Task Force recommendation statement on screening for depression in adults: not good enough[J]. JAMA Psychiatry, 2016, 73(3):189-190. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.3281.
- [23] El-Den S, O'Reilly CL, Chen TF. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening[J]. J Affect Disord, 2015, 188:284-303. DOI: 10.3310/hta20370.
- [24] Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. 2nd Edition[M]. London: RCPsych Publications, 2014: 71-191.
- [25] Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings[J]. JAMA Psychiatry, 2013, 70(5): 490-498. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87.
- [26] 符夏瑜, 陈雄, 张云志. 爱丁堡产后抑郁量表在孕晚期妇女产前抑郁筛查中的临界值分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2018, 19(5):453-454. DOI: 10.13390/j.issn.1672-1861.2018.05.025.
- [27] 王玲, 梁雄, 蒋婕. 妊娠早期孕妇抑郁状况调查及相关因素分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2020, 21(4):418-419. DOI: 10.13390/j.issn.1672-1861.2020.04.024.
- [28] Kozinszky Z, Dudas RB. Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period[J]. J Affect Disord, 2015, 176: 95-105. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.044.
- [29] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure[J]. J Gen Intern Med, 2001, 16(9):606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- [30] 王苏立, 江华, 陈林, 等. 妊娠不同时期孕妇抑郁发生的危



- 险因素分析[J]. 精神医学杂志, 2020, 33(5):339-342. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2020.05.005.
- [31] 卞崔冬, 何筱衍, 钱洁, 等. 患者健康问卷抑郁症状群量表在综合性医院中的应用研究[J]. 同济大学学报:医学版, 2009, 30(5):136-140.
- [32] 陈莉, 单楠, 漆洪波. 孕产期抑郁症的治疗策略[J]. 实用妇产科杂志, 2019, 35(4):248-251.
- [33] Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy[J]. BMJ, 2016, 352:i1547. DOI: 10.1136/bmj.i1547.
- [34] Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, et al. Interpersonal psychotherapy for perinatal women: a systematic review and meta-analysis protocol[J]. Syst Rev, 2019, 8(1): 248. DOI: 10.1186/s13643-019-1158-6.
- [35] Johansen SL, Robakis TK, Williams KE, et al. Management of perinatal depression with non-drug interventions[J]. BMJ, 2019, 364:l322. DOI: 10.1136/bmj.l322.
- [36] Dimidjian S, Goodman SH. Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women[J]. Behav Res Ther, 2014, 54:7-11. DOI: 10.1016/j.brat.2013.11.008.
- [37] Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy[J]. N Engl J Med, 2011, 365(17): 1605-1611. DOI: 10.1056/NEJMcp1102730.
- [38] Lusskin SI, Khan SJ, Ernst C, et al. Pharmacotherapy for Perinatal Depression[J]. Clin Obstet Gynecol, 2018, 61(3): 544-561. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000365.
- [39] Kimmel MC, Cox E, Schiller C, et al. Pharmacologic Treatment of Perinatal Depression[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2018, 45(3): 419-440. DOI: 10.1016/j.ogc.2018.04.007.
- [40] Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding[J]. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2015, 2015(445): 1-28. DOI: 10.1111/acps.12479.
- [41] Koren G, Nordeng H. Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(3):157-163. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.02.009.
- [42] Fischer Fumeaux CJ, Morisod Harari M, Weisskopf E, et al. Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence: an update[J]. Expert Opin Drug Saf, 2019, 18(10): 949-963. DOI: 10.1080/14740338.2019.1658740.
- [43] Greene MF. Teratogenicity of SSRIs: serious concern or much ado about little? [J]. N Engl J Med, 2007, 356(26): 2732-2733. DOI: 10.1056/NEJMe078079.
- [44] Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Neurodevelopment of children prenatally exposed to selective reuptake inhibitor antidepressants: Toronto sibling study[J]. J Clin Psychiatry, 2015, 76(7): e842-e847. DOI: 10.4088/JCP.14m09240.
- [45] Gao SY, Wu QJ, Sun C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births[J]. BMC Med, 2018, 16(1):205. DOI: 10.1186/s12916-018-1193-5.
- [46] Bernard N, Forest JC, Tarabulsky GM, et al. Use of antidepressants and anxiolytics in early pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a prospective study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2019, 19(1):146. DOI: 10.1186/s12884-019-2285-8.
- [47] Becker M, Weinberger T, Chandy A, et al. Depression during pregnancy and postpartum[J]. Curr Psychiatry Rep, 2016, 18(3):32. DOI: 10.1007/s11920-016-0664-7.
- [48] Chun-Fai-Chan B, Koren G, Favez I, et al. Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: a prospective comparative study[J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(3): 932-936. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.09.027.
- [49] Djulus J, Koren G, Einarson TR, et al. Exposure to mirtazapine during pregnancy: a prospective, comparative study of birth outcomes[J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(8):1280-1284. DOI: 10.4088/jcp.v67n0817.
- [50] Nulman I, Rovet J, Stewart DE, et al. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study[J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(11):1889-1895. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.11.1889.

附表 1 国际疾病分类第 10 版(ICD-10)中抑郁发作的诊断标准

ICD-10 中, 抑郁发作不包括发生于双相情感障碍中的抑郁状态。
因此, 抑郁发作只包括首次发作的抑郁症或复发性抑郁症。抑郁发作的症状分为两大类, 可以粗略地分为核心症状和附加症状
一、抑郁发作的一般标准
1. 持续发作持续至少两周
2. 在患者既往生活中, 不存在足以符合轻躁狂或躁狂诊断标准的轻躁狂或躁狂发作
3. 不是由于精神活性物质或器质性精神障碍所致
二、抑郁发作的核心症状
1. 情感低落
2. 兴趣及愉快感缺乏
3. 精力或体力下降
三、抑郁发作的附加症状
1. 集中注意和注意的能力降低
2. 自我评价和自信降低
3. 自罪观念和负价值感(即使在轻度发作中也有)
4. 认为前途暗淡悲观
5. 自伤或自杀的观念或行为
6. 睡眠障碍
7. 食欲下降



附表2 爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)

请仔细阅读以下题目,每个题目4个答案,选出其中1个最能反映你过去7天感受的答案

- 我开心,也能看到事物有趣的一面
 - 像以前一样——0分
 - 不如以前——1分
 - 明显比以前少——2分
 - 完全不能——3分
- 我对未来保持乐观态度
 - 像以前一样——0分
 - 不如以前——1分
 - 明显比以前少——2分
 - 完全不能——3分
- 当事情出错时,我无端地责备我自己
 - 大多数时候这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 很少这样——1分
 - 从不这样——0分
- 我无缘无故感到焦虑和担心
 - 从来没有——0分
 - 偶尔这样——1分
 - 有时候这样——2分
 - 经常这样——3分
- 我无缘无故感到惊慌和害怕
 - 经常这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 偶尔这样——1分
 - 从不这样——0分
- 事情发展到我无法应付的地步
 - 大多数时候这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 很少这样——1分
 - 从不这样——0分
- 我因心情不好而影响睡眠
 - 大多数时候这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 偶尔这样——1分
 - 从不这样——0分
- 我感到难过和悲伤
 - 大多数时候这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 偶尔这样——1分
 - 从不这样——0分
- 我因心情不好而哭泣
 - 大多数时候这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 偶尔这样——1分
 - 从不这样——0分
- 我有伤害自己的想法
 - 经常这样——3分
 - 有时候这样——2分
 - 偶尔这样——1分
 - 从不这样——0分

附表3 9个条目的患者健康问卷(PHQ-9)

请仔细阅读以下题目,每个题目4个答案,选出其中1个最能反映你过去2周内感受的答案

- 做事时提不起劲或没有兴趣
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 感到心情低落、沮丧或绝望
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 感觉疲倦或没有活力
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 入睡困难、睡不安或睡得过多
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 食欲不振或吃太多
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 觉得自己很糟或觉得自己很失败,或让自己、家人失望
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 对事物的专注有困难,例如看报纸或看电视时
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 行动或说话速度缓慢到别人已经察觉?或刚好相反,变得比平日更烦躁或坐立不安,动来动去
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分
- 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头
 - 没有——0分
 - 有几天——1分
 - 一半以上时间——2分
 - 几乎天天——3分

·启事·

本刊关于论文作者及署名的规定

作者姓名应在文题下按序排列,排序应在投稿前确定,在编排过程中不应再进行更改。作者应是:(1)参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;(3)能对编辑部的修改意见进行核对、修改,在学术界进行答辩,并最终同意该文发表者;(4)除了负责本人的研究贡献外,同意对研究工作各方

面的诚信问题负责。以上4条须同时具备。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者。集体署名的文稿应对该文负责的关键人物列为通信作者;其他对该研究有贡献的人员应列入志谢部分。全部作者均应签署论文授权书。所有文稿均应注出一位能对该论文全面负责的通信作者及其电子邮箱地址。

