

ICS 11.020

C00/09

中华中医药学会诊疗方案

产褥期抑郁中西医结合诊疗指南

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

2022 - X - X 发布

2022 - X - X 实施

中 华 中 医 药 学 会

目 次

前言	1
引言	2
产褥期抑郁中西医结合诊疗指南.....	4
1 范围	4
2 规范性引用文件.....	4
3 术语和定义.....	4
4 诊断	4
5 治疗	6
6 诊疗流程图.....	13
附录 A	14
编制说明.....	14
附录 B	18
一、基础问题证据概要表.....	18
二、临床问题证据概要表.....	19
三、教材推荐中药证据等级及推荐强度表.....	31
参考文献.....	33

前言

本诊疗方案参照 GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》、《中华中医药学会中医指南报告清单》、GB/T 7714—2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

本诊疗方案由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本诊疗方案负责人：马小娜、刘雁峰。

本诊疗方案执笔人：马小娜、陈景伟、孙文军、孙振高、刘兆兰、杨冬、韩璐。

本诊疗方案主审人：马小娜、杜惠兰、刘雁峰、连方、韩凤娟、杜宝俊、陈瑞雪、刘兆兰。

本诊疗方案讨论专家（按姓氏拼音排序）：白文佩、比丽克孜艾克木、陈道静、陈海霞、陈景伟、陈瑞雪、陈雯、狄子暄、丁娟、杜宝俊、杜惠兰、范泽玲、高梅玲、高文削、高小娜、龚巍、郭亚楠、哈丽、韩凤娟、韩璐、郝世凤、郝秀芳、黄幸、黄亚娟、荆海云、孔佳、李斌、李冰冰、李久现、李晓红、李云波、厉健、连方、刘海涛、刘靛、刘娜、刘霞蔚、刘小平、刘彦君、刘雁峰、刘杨、刘兆兰、卢云、芦艳丽、鲁姝、罗琦、吕新萍、马红霞、马惠荣、马小娜、马晓燕、孟鑫、彭佳华、彭雪梅、祁冰、申萌萌、宋钰、苏燕、睢丛璐、孙文军、孙英杰、孙振高、田青、万莉、王蓓蓓、王慧英、王利敏、王琳琳、王梦雨、王生花、王峥、吴彦辉、肖虹、谢苗、徐爱丽、徐彩、徐玲、许梦白、许志荣、闫军堂、闫颖、杨冬、杨红、杨纪珂、杨沛霞、杨晓慧、杨歆科、糟梅、张瑾、张蕊、张艺、张芸娜、赵彩霞、赵蕾、赵丽妍、赵文娟、赵秀萍、朱秀娟、祝佩芹、邹娅静。

引言

1. 背景信息:

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最常见的一种类型。相关研究^[2] 显示, 我国产褥期抑郁的发生率约为5%~10%, 并且呈现出逐年递增的趋势。本病一般在产后1周开始出现症状, 产后4-6周逐渐明显, 平均持续6-8周, 甚至长达数年^[3]。若不及时治疗, 产妇有可能伤害婴儿或自杀, 该病既不利于产妇身心健康, 也不利于婴儿远期生长发育, 给产妇及其家庭和社会带来沉重心理和经济负担^[4]。

目前西医对产褥期抑郁的治疗主要包括药物治疗和心理治疗, 药物治疗首选的是不进入乳汁的抗抑郁药物5-羟色胺再吸收抑制剂。西药为治疗产褥期抑郁的主要措施, 但是该治疗方法治疗周期长、费用高并且会出现较多不良反应, 疗效较为缓慢^[5]。中医药治疗产褥期抑郁疗效较好, 可明显改善患者临床症状和体征, 不良反应小, 易被患者接受, 具有独特优势, 成为治疗本病的重要手段^[6-7]。中西医结合治疗产褥期抑郁可发挥协同作用, 大量临床研究和基础实验证实了其有效性。

本诊疗方案以中西医临床关键问题为导向, 遵循循证医学原则, 客观评价了产褥期抑郁中西医结合诊治证据, 经工作组充分讨论撰写该指南, 广泛征求临床医学、中医学、临床流行病学、方法学与临床药学等多学科专家意见, 最后形成《产褥期抑郁中西医结合诊疗指南》。

本诊疗方案参照最新的国际、国内指南, 汇聚中医、西医及中西医结合相关领域专家的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, 制定符合临床实际, 便于实施, 且具有中西医特色的产褥期抑郁诊疗指南, 以期协助各阶层临床医师能更好地将中西医结合诊疗方案应用于产褥期抑郁患者的诊治工作中, 其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证, 根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2. 构建临床问题

在本诊疗方案制定初期通过前期问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题:

产褥期抑郁的定义及中医病名?

产褥期抑郁的诊断?

产褥期抑郁的鉴别诊断?

产褥期抑郁的中医辨证分型?

产褥期抑郁的西医治疗方式有哪些?

单用中医疗法或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状?

单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何？
单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何？
单用针灸或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状？
单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何？
单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何？
针对产褥期抑郁患者如何进行预防调摄？

3. 资金资助及利益冲突情况

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。

产褥期抑郁中西医结合诊疗指南

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 中医治未病技术操作规范 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)》^[8]

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

产褥期抑郁 (ICD10: F53.051) Postpartum depression

产褥期抑郁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一系列症候，如动力减低、失眠、悲观等，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，美国精神病学会 1994 年在《精神疾病的诊断与统计手册》第四版^[9]将产后抑郁的起病时间定为产后 4 周内；但是 2013 年在《精神疾病的诊断与统计手册》第五版^[10]一书中已经取消了产褥期抑郁的概念，取而代之的是围生期抑郁，起病时间由“产后 4 周”改为“妊娠开始至产后 4 周内”。

产后郁病(产后郁证)(《中医病证分类与代码》A09.02.05.18) Postpartum depression

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最常见的一种类型。

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、梁瑞芳、徐莲薇. 中医妇科学^[11]、丰有吉、沈铿. 妇产科学^[12]、ZYYXH/T206~249—2010 中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁）

（1）病史

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

（2）症状

情绪低落，精神抑郁，悲观厌世，伤心落泪，失眠多梦，易感疲乏无力，或内疚、焦虑、易怒，或默默不语。对生活缺乏信心，出现厌食、睡眠障碍、易疲倦等。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%）。

（3）诊断

产褥期抑郁至今尚无统一的诊断标准，也无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，缺乏客观性的躯体、实验室或影像学检查作为依据。以下是三种常用的诊断方法：

①美国精神病学会 1994 年在《精神疾病的诊断与统计手册》第四版一书中制定了产褥期抑郁的诊断标准（见表 1）。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%）。

表 1 产褥期抑郁的诊断标准

1. 在产后 2 周内出现下列 5 条或 5 条以上的症状，必须具备（1）（2）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）体重显著下降或增加
- （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

②Edinburgh 产后抑郁量表（Edinburgh postnatal depression scale, EPDS）。目前多采用的诊断标准。该表包括 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 从未、1 偶尔、2 经常、3 总是），总分相加 ≥ 13 分者可诊断为产褥期抑郁（专家共识度：100%）。

③产后抑郁筛查量表（postpartum depression screening scale, PDSS）。PDSS 是目前比较新的相比 DSM-IV 的诊断标准，PDSS 对产后抑郁的诊断更倾向于产妇这一特定人群。Beck 等研究表明：PDSS 用于产后抑郁的筛查具有高灵敏度（94%）及特异度（98%），并且对抑郁程度的判定方面优于 EPDS。PDSS 是一种自测量表，共有 7 个因素，每个因素由 5 个条目组成。这 7 个因素包括：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。产妇们选择对每个条目不同意或同意的强烈程度分为 5 级（1 级强烈不同意、2 级不同意、3 级中立、4 级同意、5 级强烈同意），评分范围从 35 分~175 分。PDSS 是专门用于筛查产妇的一种量表，其测量要求是通过产妇过去两周的感受来填写各条目。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^[11-16]、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。各辨证分型的主要临床特征如下：

（1）心脾两虚证

主证：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；

次症：失眠多梦；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

主证：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。

（2）肝气郁结证

主证：产后心情抑郁，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、段涛主编，《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)》^[8])

推荐意见 1: 心理治疗 (专家共识度: 100%)

心理治疗是产褥期抑郁的重要治疗手段。其主要包括心理支持、咨询与社会干预等。通过心理咨询,解除致病的心理因素(如婚姻关系紧张、想生男孩却生女孩、既往有精神障碍史等)。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,尽量调整好家庭关系,指导其养成良好的睡眠习惯。

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及心理治疗无效患者。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,应在专科医师指导下用药为宜,可根据以往疗效及患者特点个性化选择药物。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。

(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 20mg, 每日早餐后 1 次, 2~3 周后, 若疗效不佳且副作用不明显, 可以 10mg 递增, 最大剂量 50mg (体弱者 40mg), 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 50mg, 每日 1 次, 与食物同服。数周后增至每日 100~200mg。常用剂量为每日 50~100mg, 最大剂量为每日 150~200mg (此量不得连续应用超 8 周以上)。需长期应用者, 需用最低有效量。

(2) 三环类抗抑郁药: 阿米替林 (amitriptyline), 常用量开始一次 25mg, 每日 2~3 次, 然后根据病情和耐受情况逐渐增至每日 150~250mg, 分 3 次口服, 最高剂量一日不超过 300mg, 维持量每日 50~150mg。

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?

推荐意见 1: 心脾两虚证

治法: 补益心脾

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^[17] (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。

证据概要:

(1) 抑郁量表评分

① HAMD 评分

归脾汤: 1 项 RCT^[17] 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

① 改善 E2 或 P 水平

归脾汤：1 项 RCT^[18] 研究（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=27pg/mg, 95%CI (5.33, 48.67)]，同时，可以降低血清 P 水平 [MD=-7.89ng/ml, 95%CI (-12.92, -2.86)]。

推荐意见 2：肝气郁结证

治法：疏肝解郁

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。

安全性：

逍遥散：13 篇 RCT 研究中有 5 篇^[19-23]（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、体重增加 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、体重增加 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^[24-26]（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^[27,28]（147 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 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^[29-31]（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^[32,33]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^[34]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^[35,36]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、体重增加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^[36]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)]。

证据概要：

（1）临床症状

①抑郁不乐

逍遥散：1项RCT^[37]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^[31,38]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^[37]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^[31,38]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^[37]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)]。

(2) 抑郁量表评分

① EPDS评分

逍遥散：1项RCT^[37]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^[36]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^[30]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^[39, 40]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^[19, 21, 41, 42]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^[26, 43, 44, 45]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^[27, 28, 46]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^[32, 33, 47]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^[29, 31, 34, 38, 48]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^[26, 44, 49]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^[28]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^[30, 31]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^[39, 40]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)]。

（3）血清学检查

① 升高5-HT、NE、E2、FSH、LH水平

逍遥丸：2项RCT^[24, 45]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=18.95ng/L，95%CI(12.68, 25.21)]、NE水平[MD=2.38ng/L，95%CI(1.42, 3.35)]、DA水平[MD=2.50ng/L，95%CI(2.21, 2.79)]、E2水平[MD=33.15pg/mL，95%CI(28.40, 37.90)]。另有1项RCT研究（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=7.70mU/mL，95%CI(4.41, 10.99)]及LH水平[MD=9.17mU/mL，95%CI(6.68, 11.66)]。

解郁丸：2项RCT^[35, 36]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=30.41ng/L，95%CI(26.07, 34.74)]、NE水平[MD=8.68ng/L，95%CI(8.26, 9.10)]、E2水平[MD=29.87ng/L，95%CI(26.92, 32.83)]。同时，1项RCT研究（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=16.06U/L，95%CI(13.20, 18.92)]及LH水平[MD=14.18U/L，95%CI(11.37, 16.99)]。

② 降低P水平

解郁丸：1项RCT^[36]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=-11.38ng/L，95%CI(-13.52, -9.24)]。

推荐意见 3：瘀血内阻证

治法：活血逐瘀

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？

安全性：2 篇 RCT^[50,51]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。

证据概要：

（1）临床症状

1 项 RCT^[51]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)]。

（2）抑郁量表评分

① HAMD 评分

1 项 RCT^[51]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)]。

（3）血清学检查

① 升高 DA、5-HT、E2、瘦素水平

1 项 RCT^[51]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=36.14pg/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^[51]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=-0.39mIU/L，95%CI(-0.48, -0.30)]及孤啡肽水平[MD=-4.66ng/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^[11]、丰有吉、沈铿. 妇产科学^[12]、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。

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因素、心理因素及妊娠因素的影响。因此，加强对孕妇的精神关怀、了解孕妇的生理及性格特点，运用医学心理学、社会学知识对产妇在分娩过程中多加关心和爱护，对预防产褥期抑郁具有积极意义。

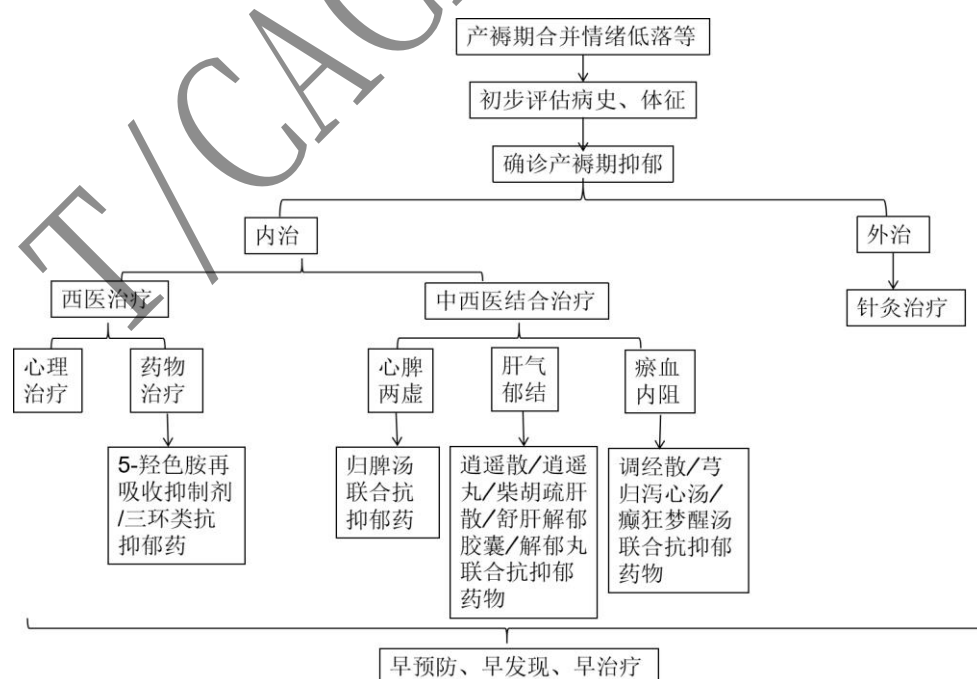
1. 加强孕期管理，产前检查时应了解产妇的性格特征、有无家族精神病史和抑郁症的表现；对于具有发生抑郁症高危因素的产妇应给予足够的重视，避免一切不良刺激，给予更多的关爱、指导，使孕妇精神安定；并利用孕妇学校等多种渠道普及有关妊娠、分娩常识，减轻孕妇对妊娠、分娩的紧张、恐惧心情，完善自我保健。

2. 在分娩过程中，医护人员要充满爱心和耐心，缓解孕妇对分娩的恐惧害怕心理，尤其对产程长、精神压力大的产妇，更需要耐心解释分娩过程。

3. 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，给予她们更多的关心，鼓励她们增加自信心。

4. 产后保证充足的睡眠和休息，避免过劳和过重的心理负担，了解病人的心理状态和个性特征，做好心理治疗和思想工作。

6 诊疗流程图



附录 A
(资料性)
编制说明

一、指南的编制原则和关键技术内容（详细内容见编制说明）

(一) 指南的编制依据和原则

本指南参考《中华中医药学会中医指南制定的技术方案》的编制规范与程序,以“循证为举,共识为主,经验为鉴”为指导,在现有最佳证据的基础上,充分结合专家经验及患者偏好,基于中医药自身特点及临床实际情况进行编制。

在该指南的编制过程中,主要依据的原则为《标准化工作导则第 1 部分:标准化文件的结构和起草规则》、《中华中医药学会中医指南报告清单》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022 版)》等。

(二) 指南的关键技术内容

本方案的编制严格按照规范步骤进行,首先成立项目组,开展临床问卷及专家访谈后,遴选出重要的临床问题,对临床问题进行 PICO 结构化;根据凝练出的问题开展证据的检索、评价和综合,基于所形成的证据体,分别开展产褥期抑郁的 GRADE 证据质量评价和分级;基于分级结果,再次通过名义组法召开专家共识会议,形成推荐意见和确定推荐强度。

二、主要工作过程（详细内容见编制说明）

(一) 提案、申请、立项

2021 年 8 月由北京中医药大学第三附属医院作为牵头单位,马小娜教授作为牵头专家向中华中医药学会标准化办公室提交《产褥期抑郁中西医结合诊疗指南》的立项申请书,经专家审查后,于 2021 年 12 月 21 日发布立项公告,立项编号为 20211222-BZ-CACM。

(二) 成立指南起草组

本项目组成员聚集了全国 18 家三级甲等医院的中医学、中西医结合医学、中医妇科学、西医妇科学、心身学、药学、方法学等专业领域的高级、中级及初级职称医师。

(三) 构建指南问题

1. 专家访谈:基于文献预检索,通过线上专家访谈会议的形式整理出初始问题。
2. 临床调研:采用问卷星线上调查问卷的形式进行调研,调研对象包括 9 个省市 22 家省市县级单位的 61 名临床一线医生。
3. 起草组专家共识会议:通过对临床调研得到的临床问题进行深入研讨,最终形成主要临床问题。

表 1 指南原始问题清单

基础问题	
序号	问题
1	产褥期抑郁的定义及中医病名
2	产褥期抑郁的诊断标准

3	产褥期抑郁的鉴别诊断				
4	产褥期抑郁的中医辨证分型				
5	产褥期抑郁的预防调摄				
临床问题					
序号	问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
1	单用中医疗法或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	焦虑抑郁、失眠多梦等临床表现
2	单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	抑郁量表评分,血清实验室检查,临床有效率等
3	单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	嗜睡、头痛、恶心等副作用
4	单用针灸或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	焦虑抑郁、失眠多梦等临床表现
5	单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	抑郁量表评分,血清实验室检查,临床有效率等
6	单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	嗜睡、头痛、恶心等副作用

表2 指南问题清单

基础问题					
序号	问题				
1	产褥期抑郁的定义及中医病名				
2	产褥期抑郁的诊断标准				
3	产褥期抑郁的鉴别诊断				
4	产褥期抑郁的中医辨证分型				
5	产褥期抑郁的预防调摄				
临床问题					
序号	问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
1	单用中医疗法或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	焦虑抑郁、失眠多梦等临床表现
2	单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	抑郁量表评分,血清实验室检查,临床有效率等
3	单用中医疗法或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何?	产褥期抑郁患者	单用中医疗法或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	嗜睡、头痛、恶心等副作用

4	单用针灸或联合西医治疗能否改善产褥期抑郁的临床症状?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	焦虑抑郁、失眠多梦等临床表现
5	单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的有效性如何?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	抑郁量表评分,血清实验室检查,临床有效率等
6	单用针灸或联合西医治疗产褥期抑郁的安全性如何?	产褥期抑郁患者	单用针灸或联合西医治疗	单用西药治疗/安慰剂/空白对照	嗜睡、头痛、恶心等副作用

(四) 证据的检索、筛选、提取与综合

1. 证据检索

计算机检索 PubMed、EMbase、The Cochrane Library、Web of Science、CNKI、WanFang Data 和 VIP 数据库,手工检索教科书、重要的过期期刊、学术会议论文、标准化文件和出版的相关专著。检索时限均从建库至 2022 年 4 月。

2. 证据筛选

纳入排除标准

1.1.1 研究类型 随机对照试验 (randomized controlled trial, RCT), 无论是否采用盲法及分配隐藏方式。

1.1.2 研究对象 产褥期抑郁患者,诊断采用《精神障碍诊断统计手册》(DSM)、《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD)、汉密尔顿抑郁量表评分 (Hamilton depression scale, HAMD)、爱丁堡产后抑郁量表 (Edinburgh postpartum depression scale, EPDS) 等抑郁相关量表并结合临床症状表现。

1.1.3 干预措施 对照组使用常规西药 (盐酸氟西汀、氟西汀胶囊、西酞普兰、帕罗西汀、文拉法辛等,可联合安慰剂), 常规西药须遵循国家或国际指南用药原则; 试验组在对照组基础上联合使用口服中药。

1.1.4 排除标准 ①研究数据有误或信息不完整、数据无法整合或无法获取全文的文献; ②重复发表的文献, 只纳入数据最完整的 1 篇。

3. 证据提取与综合

应用 NoteExpress 软件进行文献管理, Excel 制作资料提取表进行数据提取。两位项目组成员对立对纳入的 RCT 通过 Cochrane 风险偏倚评估 (随机序列的生成、分配隐藏、结局评价者盲法、不完整数据、选择性报告结局以及其他偏倚) 进行质量评价, 如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。纳入的数据导入 Review Manager 5.3 软件。二分类变量用风险比 (risk ratio, RR) 的 95% 置信区间 (confidence intervals, CI) 表示, 连续变量则用均值差 (mean difference, MD) 或标准化均数差 (standardized mean difference, SMD) 的 95% CI 表示。若各研究间无显著异质 ($I^2 < 50\%$, $P > 0.1$), 使用固定效应模型进行 Meta

分析；反之，查找异质性原因，进行亚组分析或敏感性分析；若排除明显的临床异质性或方法学异质性，使用随机效应模型分析，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义；并进行发表偏倚检验。

（五）证据分级和推荐

本指南采用 GRADE 标准对 RCT 研究进行评价，具体遵循 RCT 降低等级的 5 个条件，而针对单一研究，保留对“不一致性”的评价外，余下均需要评价。对于中医教材、行业规范性文件、专著、经典名方采用衷敬柏提出“理论传承证据分类、分级与评价”标准。本指南以临床为导向进行推荐意见的撰写与形成，并应用名义组法形成专家共识。专家推荐结束后，采用 GRADE 网格法进行推荐意见方向与强度的最终判断。对专家共识度 $\geq 70\%$ 的条目予以采纳，形成共识推荐意见或共识建议。

三、缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
5-HT	5-hydroxytryptamine	5-羟色胺
NE	Norepinephrine	去甲肾上腺素
DA	Dopamine	多巴胺
E2	Estradiol	雌二醇
P	Progesterone	孕酮
FSH	Follicle Stimulating Hormone	促卵泡激素
LH	Luteinizing Hormone	黄体生成素
TSH	Thyroid Stimulating Hormone	促甲状腺激素
HAMD	Hamilton Depression Scale	汉密尔顿抑郁量表
HAMA	Hamilton Anxiety Scale	汉密尔顿焦虑量表
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale	爱丁堡产后抑郁量表
SDSS	Social Disability Screening Schedule	社会功能缺陷筛选量表
SDS	Self-Rating Depression Scale	抑郁自评量表
SAS	Self-Rating Anxiety Scale	焦虑自评量表
TESS	Treatment Emergent Symptom Scale	治疗副作用量表

附录 B
(资料性)

一、基础问题证据概要表

表 1 基础问题证据概要表

基础问题	产褥期抑郁的定义及中医病名
研究类型及数量	4 本教材+1 篇指南
统计分析结果	刘雁峰、梁雪芳、徐莲薇主编人民卫生出版社《中医妇科学》-产后郁证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最常见的一种类型。西医学之产褥期抑郁症可参照本病辨证治疗。 谈勇主编中国中医药出版社《中医妇科学》-产妇在产褥期出现精神抑郁，沉默寡言，情绪低落，或心烦不安，失眠多梦，或神志错乱，狂言妄语等症者，称为产后情志异常。西医学的产褥期抑郁症，可参照本病辨证论治。 杜慧兰主编中国中医药出版社《中西医结合妇产科学》-产妇在产褥期间出现抑郁症状、称为产褥期抑郁症，是产褥期精神综合征最常见的一种类型。 谢幸、孔北华、段涛主编人民卫生出版社《妇产科学》-产褥期抑郁症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一系列症候，如动力减低、失眠、悲观等，甚至影响对新生儿的照料能力。 2012 年《中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁》定义为产妇分娩后在产褥期内出现的以情绪低落、精神抑郁为主要临床症状的病证。西医学称之为“产褥期抑郁症”。
结论	产褥期抑郁：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一系列症候，如动力减低、失眠、悲观等，甚至影响对新生儿的照料能力。 产后郁病（产后郁证）：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最常见的一种类型。

基础问题	产褥期抑郁的鉴别诊断
研究类型及数量	6 本教材+1 篇指南+1 篇共识
统计分析结果	刘雁峰、梁雪芳、徐莲薇主编人民卫生出版社《中医妇科学》-需与产后情绪不良、产后抑郁性精神病、产后神经衰弱、继发性抑郁障碍、创伤后应激障碍相鉴别。 谈勇主编中国中医药出版社《中医妇科学》-需与产后神经衰弱相鉴别。 张玉珍主编中国中医药出版社《中医妇科学》-需与产后抑郁综合征、产后抑郁性精神疾病相鉴别。

	刘敏如、欧阳惠卿主编上海科学技术出版社《实用中医妇科学》-需与产后抑郁综合征、产后抑郁性精神病相鉴别。 杜慧兰主编中国中药出版社《中西医结合妇产科学》-需与产后抑郁性精神病、产后神经衰弱、产后抑郁综合征相鉴别。 谢幸、孔北华、段涛主编人民卫生出版社《妇产科学》-需排除器质性精神障碍或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。 2012 年《中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁》-需与产后神经衰弱、产后抑郁综合征、产后抑郁性精神病相鉴别。 2014 年中国妇产科临床杂志发表的《产后抑郁障碍防治指南的专家共识（基于产科和社区医生）》-需与产后情绪不良、继发性抑郁障碍、双相情感障碍、创伤后应激障碍、神经衰弱相鉴别。
结论	产褥期抑郁：临床上需与其他原因导致的抑郁障碍、双相情感障碍、创伤后应激障碍、神经衰弱等进行鉴别。

基础问题	产褥期抑郁的中医辨证分型
研究类型及数量	5 本教材+1 篇指南
统计分析结果	刘雁峰、梁雪芳、徐莲薇主编人民卫生出版社《中医妇科学》将证型归纳为心脾两虚证、瘀血内阻证、肝气郁结证。 谈勇主编中国中医药出版社《中医妇科学》将证型归纳为心血不足证、肝气郁结证、血瘀证。 杜慧兰主编中国中药出版社《中西医结合妇产科学》将证型归纳为心脾两虚证、瘀阻气逆证、肝郁气滞证。 张玉珍主编中国中医药出版社《中医妇科学》将证型归纳为心脾两虚证、瘀血内阻证、肝气郁结证。 刘敏如、欧阳惠卿主编上海科学技术出版社《实用中医妇科学》将证型归纳为血虚气弱证、心脾两虚证、瘀血内阻证、肝气郁结证。 2012 年《中医妇科常见病诊疗指南 产后抑郁》将证型归纳为心脾两虚证、肝气郁结证、瘀血内阻证。
结论	将产后抑郁的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。

二、临床问题证据概要表

表 2 临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
归脾汤联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者的临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	归脾汤加减结合氟西汀	氟西汀	HAMD 评分

研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 44VS 对照组 44)
效应值及可信区间	MD 95%CI:-3.93 [-5.90, -1.96]
证据等级	D 级证据
是否升级或降级	降 3 级
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚
结论	归脾汤结合氟西汀较单用氟西汀治疗产褥期抑郁的临床疗效更好，HAMD 评分显著降低 (Z=3.91(P<0.0001))

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
归脾汤改善产褥期抑郁患者 E2 水平如何？	产褥期抑郁患者	归脾汤加减结合心理疗法	心理疗法	E2 水平
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 30VS 对照组 30)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:27.00 [5.33, 48.67]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	归脾汤能显著升高产褥期抑郁患者 E2 水平 (Z=2.44(P = 0.01))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
归脾汤改善产褥期抑郁患者 P 水平如何？	产褥期抑郁患者	归脾汤加减结合心理疗法	心理疗法	P 水平
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 30VS 对照组 30)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-7.89 [-12.92, -2.86]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	归脾汤能显著降低产褥期抑郁患者 P 水平 (Z=3.07(P = 0.002))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
逍遥散联合抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者抑郁不乐的疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散成药联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	抑郁不乐
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 35vs 对照组 35)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.08 [-1.45, -0.71]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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效果更好 (Z= 5.79(P<0.00001))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

逍遥散联合抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者纳差的疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散成药联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	纳差
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 35vs 对照组 35）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-0.84 [-1.13, -0.55]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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效果更好（Z=5.70(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥散联合抗抑郁药物改善产褥期抑郁患者胸闷肋胀的疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	胸闷肋胀
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 35vs 对照组 35）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.33 [-1.74, -0.92]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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肋胀效果更好（Z=6.39(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	EPDS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 35vs 对照组 35）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-2.69 [-3.69, -1.69]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（Z=7.33(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	SDS 评分
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 103vs 对照组 103）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-11.75 [-12.87, -10.64]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			

升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚
结论	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（ $Z=20.62(P<0.00001)$ ）

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者的临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	4 个 RCT（干预组 148vs 对照组 132）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-2.69 [-3.69, -1.69]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=5.29(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	SAS 评分
研究类型及数量	2 个 RCT（103 干预组 vs 对照组 103）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-9.97 [-11.10, -8.85]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=17.41(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	4 个 RCT（干预组 120vs 对照组 119）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.99 [-2.40, -1.58]			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=9.47(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMA 评分
研究类型及数量	3 个 RCT（干预组 87vs 对照组 87）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-4.55 [-5.26, -3.84]			

证据等级	C 级证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	不精确性；发表偏倚
结论	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（ $Z=12.53(P<0.00001)$ ）

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	5-HT
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 75vs 对照组 72）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:18.95 [12.68, 25.21]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=5.93(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	NE
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 75vs 对照组 72）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:2.38 [1.42, 3.35]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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 NE 水平（ $Z=4.86(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	DA
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 75vs 对照组 72）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:2.50 [2.21, 2.79]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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 DA 水平（ $Z=16.76(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	E2

研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 75vs 对照组 72)
效应值及可信区间	MD 95%CI:33.15 [28.40, 37.90]
证据等级	C 级证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	不精确性; 发表偏倚
结论	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 E2 水平 ($Z=16.76(P<0.00001)$)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	FSH
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 39vs 对照组 37)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:7.70 [4.41, 10.99]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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 ($Z=4.59(P<0.00001)$)			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
逍遥丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	逍遥丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	LH
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 39vs 对照组 37)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:9.17 [6.68, 11.66]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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 LH 水平 ($Z=7.22(P<0.00001)$)			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	3 个 RCT (干预组 118vs 对照组 116)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-4.86 [-5.57, -4.16]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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 ($Z=13.51(P<0.00001)$)			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	柴胡疏肝散联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMA 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 41vs 对照组 42）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-4.58 [-5.49, -3.67]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=9.89(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者心理状态效果如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	心理领域评分
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 75vs 对照组 75）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:5.18 [4.66, 5.70]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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改善产褥期抑郁患者心理状态效果更好（ $Z=19.65(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗改善产褥期抑郁患者生理状态效果如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	生理领域评分
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 75vs 对照组 75）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:5.15 [4.67, 5.62]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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改善产褥期抑郁患者生理状态效果更好（ $Z=21.07(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	SDSS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 60vs 对照组 60）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-2.44 [-3.61, -1.27]			
证据等级	D 级证据			

是否升级或降级	降 3 级
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚
结论	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 SDSS 评分（ $Z=4.08(P<0.00001)$ ）

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	5 个 RCT（干预组 183vs 对照组 183）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.47 [-1.68, -1.26]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=13.78(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMA 评分
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 99vs 对照组 99）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-4.98 [-5.51, -4.44]			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=18.14(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者的安全性如何？	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	TESS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 36vs 对照组 36）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.12 [-1.40, -0.84]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（ $Z=7.87(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
单用舒肝解郁胶囊治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	3 个 RCT (干预组 121vs 对照组 121)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-0.52 [-1.34, 0.30]			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	不精确性; 发表偏倚			
结论	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 (Z=1.24(P=0.22))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	EPDS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 39vs 对照组 39)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-3.34 [-3.90, -2.78]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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 (Z=13.78(P<0.00001))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
单用舒肝解郁胶囊治疗产褥期抑郁患者安全性如何?	产褥期抑郁患者	舒肝解郁胶囊	抗抑郁药物治疗	TESS 评分
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 73vs 对照组 73)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-2.36 [-3.02, -1.69]			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	不精确性; 发表偏倚			
结论	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 (Z=6.91(P<0.00001))			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	5-HT
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 114vs 对照组 114)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:30.41 [26.07, 34.74]			
证据等级	D 级证据			

是否升级或降级	降 3 级
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚
结论	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，可以显著升高 5-HT 的水平（ $Z=13.76(P<0.00001)$ ）

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	NE
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 114vs 对照组 114）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:8.68 [8.26, 9.10]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	解郁丸联合抗抑郁药物治疗较单用抗抑郁药物治疗，能更好升高产褥期抑郁患者 NE 的水平（ $Z=40.81(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	E2
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 114vs 对照组 114）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:29.87 [26.92, 32.83]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 E2 水平（ $Z=19.84(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	P
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 39vs 对照组 39）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-11.38 [-13.52, -9.24]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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 P 水平（ $Z=10.44(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	LH
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 75vs 对照组 75）			

效应值及可信区间	MD 95%CI:14.18 [11.37, 16.99]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 LH 水平（Z=9.88(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	FSH
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 75vs 对照组 75）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:16.06 [13.20, 18.92]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 FSH 水平（Z=11.02(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
解郁丸联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者安全性如何？	产褥期抑郁患者	解郁丸联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	TESS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 39vs 对照组 39）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-3.31 [-3.51, -3.11]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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（Z=32.32(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	HAMD 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 46vs 对照组 46）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-3.89 [-5.29, -2.49]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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高，可以显著降低 HAMD 评分（Z=5.44(P<0.00001)）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
------	---------	---------	---------	---------

针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者疗效如何？	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	中医证候评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 46vs 对照组 46）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-1.91 [-2.62, -1.20]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著降低中医证候评分（ $Z=5.28(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	DA
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 46vs 对照组 46）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:0.61 [0.36, 0.86]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 DA 水平（ $Z=4.75(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	5-HT
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 46vs 对照组 46）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:0.55 [0.42, 0.68]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 5-HT 水平（ $Z=8.21(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何？	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	E2
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 46vs 对照组 46）			
效应值及可信区间	MD 95%CI:36.14 [21.63, 50.65]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性；不精确性；发表偏倚			
结论	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，可以显著升高 E2 水平（ $Z=4.88(P<0.00001)$ ）			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针刺联合西医治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	针刺联合西医治疗	西医治疗	TSH
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 46vs 对照组 46)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-0.39 [-0.48, -0.30]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	针刺联合西医治疗较单用西医治疗产褥期抑郁临床疗效更好, 可以显著降低 TSH ($Z=8.75(P<0.00001)$)			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	瘦素
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 46vs 对照组 46)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:0.31 [0.08, 0.54]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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, 可以显著升高瘦素水平 ($Z = 2.61(P = 0.009)$)			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
针刺联合抗抑郁药物治疗产褥期抑郁患者临床疗效如何?	产褥期抑郁患者	针刺联合抗抑郁药物治疗	抗抑郁药物治疗	孤啡肽
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 46vs 对照组 46)			
效应值及可信区间	MD 95%CI:-4.66 [-5.77, -3.55]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	不一致性; 不精确性; 发表偏倚			
结论	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, 可以显著降低孤啡肽水平 ($Z=8.23(P<0.00001)$)			

三、教材推荐中药证据等级及推荐强度表

表 3 教材推荐中药证据等级及推荐强度表

临床问题及推荐意见	证据等级	推荐强度
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?		
推荐意见 3: 瘀血内阻证		

调经散	1b	弱推荐
芎归泻心汤	1b	弱推荐
癫狂梦醒汤	1b	强推荐

T/CACM 公示稿

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,2019:223.
- [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]魏英贤.中西医结合对产后抑郁患者的治疗及中西医康复护理的疗效观察[J].人人健康,2020(07):219.
- [6]杨阳,汪悦,郭颖华.产后抑郁症的中医治疗进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(12):62+64. DOI:10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.12.028.
- [7]Yang L, Di Y M, Shergis J L, et al. A systematic review of acupuncture and Chinese herbal medicine for postpartum depression[J]. Complementary therapies in clinical practice, 2018, 33:85-92.
- [8]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(06):572-576. DOI:10.13390/j.issn.1672-1861.2014.06.034.
- [9]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV[M]. Arlington, VA:1994.
- [10]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V[M]. Arlington, VA:2013.
- [11]刘雁峰、梁瑞芳、徐莲薇.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2021:260-264.
- [12]丰有吉、沈铿.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:224-226.
- [13]谈勇.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:243-246.
- [14]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.
- [15]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2015:303-307.
- [16]刘敏如、欧阳惠卿主编上海科学技术出版社《实用中医妇科学》
- [17]李莹.中西医结合治疗产后抑郁症的临床研究[J].大家健康(下旬版),2016,10(5):188-188.
- [18]吕音.补益心脾法治疗产后抑郁症的临床研究[D].广州中医药大学,2007.

- [19]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(06):152-153.
- [20]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.
- [21]丁国安,余国汉,梁绍材,梁碧燕,黄俊东.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.
- [22]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.
- [23]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.
- [24]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(09):2261-2263.
- [25]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(02):152.
- [26]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(06):71-73.
- [27]宁亲菊.产妇产后抑郁症治疗分析[J].基层医学论坛,2015,19(09):1205-1206.
- [28]赵岳,李永祥,凌铿,钱雅琴,张晓燕.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(04):127-129.
- [29]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(09):1315-1317.
- [30]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.
- [31]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(02):108-110.
- [32]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.
- [33]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.
- [34]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年湖州市医学会精神病学专业委员会学术会议论文集.2017:192-203.

- [35]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(03):331-333.
- [36]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(04):353-356.
- [37]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.
- [38]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.
- [39]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(04):75-76.
- [40]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(02):183-185.
- [41]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(36):73-74.
- [42]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.
- [43]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.
- [44]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.
- [45]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.
- [46]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(05):586-587.
- [47]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.
- [48]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.
- [49]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(06):728-729.
- [50]张富超,满加礼,林绍英,廖静.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(03):309-314.