

文章编号:1003-6946(2024)06-0453-06

美国妇产科医师学会妊娠和产后心理健康评估和管理指南(2023)解读

蒋成刚^a, 漆洪波^b

(重庆市妇幼保健院/重庆医科大学附属妇女儿童医院:a. 睡眠心理科、b. 产科, 重庆 401120)

中图分类号:R714.46

文献标志码:B

围产期心理健康问题包括抑郁症、焦虑障碍、双相情感障碍、创伤后应激障碍和精神病等,高发于妊娠期及围产期,或可持续影响至产后 12 个月之久,约 1/5 的妊娠期或产后女性会出现心理健康问题且呈逐年上升的趋势^[1]。围产期心理健康问题的病因复杂,涉及生理、社会心理和环境等多方面因素,患者往往难以得到有效治疗^[2]。据孕产妇死亡率审查委员会(MMRCs)统计,自杀和过量服药以致中毒是孕产妇死亡最常见的原因。业已证实,所有由心理健康状况所引起的孕产妇死亡都是可预防的^[3]。

美国妇产科医师协会(ACOG)对近年来心理健康问题的诊断筛查过程进行分析,于 2023 年更新发布了《No. 4:妊娠和产后心理健康状况的筛查和诊断》和《No. 5:妊娠和产后心理健康状况的治疗和管理》。本指南解读旨在指导妇产科临床医生明确围产期心理健康问题的高危人群,并在检测、评估、分诊和转诊、启动治疗、症状监测以及调整治疗方案等方面为心理健康问题的规范化诊疗提供参考意见。

1 围产期抑郁、焦虑、双相情感障碍、产后精神病和围产期自杀的循证筛查和诊断

1.1 推荐:对孕前、产前和产后女性的心理健康问题筛查都要使用标准化的、经过验证的方法[抑郁(1B级),焦虑(1C级),双相情感障碍(2B级)]。

解读 1:实施心理健康问题的普遍筛查能大大提高阳性患者接受规范化治疗的概率,大量证据表明,心理健康普查可降低抑郁症患病风险^[4]。目前,已有许多规范化的筛查工具用于检测围产期焦虑和抑郁,如爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)、患者健康问卷 9 项(patient health questionnaire-9, PHQ-9)和广泛性焦虑量表(generalized anxiety scale, GAD-7)等。以上量表已在多个国家的围产期人群中得到验证。

PHQ-9 用于筛查抑郁症状,并含有自我伤害相关

问题。EPDS 可同时筛查抑郁和焦虑症状并含有自杀相关问题,其检测结果与美国精神病学协会精神疾病诊断与统计手册第 5 版(diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5)重度抑郁症诊断相当^[5]。PHQ-9 和 EPDS 被广泛应用于临床,得分 10~14 分代表轻度症状;15~19 分代表中度症状,高于 19 分则代表严重症状及双相情感障碍高风险。

焦虑障碍发生在 37% 以上进行围产期心理健康问题筛查的患者中,28% 的焦虑症患者与抑郁症共病,因此重点筛查焦虑症状和抑郁症状非常重要^[6]。EPDS 中的 3 个焦虑相关问题被认为是焦虑分量表,当总问题得分为 5 分或更高时,与 GAD-7 筛查阳性显著相关^[7~9],这 3 个问题分别是“当事情出错时,我总是毫无理由地责怪自己”、“我毫无理由地焦虑或担心”和“我毫无理由地感到害怕或恐慌”。在不使用 EPDS 或要结合特定的焦虑筛查量表时,建议围产期人群使用 GAD-7 或状态-特质焦虑量表(state-trait anxiety inventory, short form, STAI-6)^[10]。GAD-7 用于临床评估时,5~9 分代表轻度症状,10~14 分代表中度症状,≥15 分表示严重症状。

解读 2:双相情感障碍的标准化筛查量表包括心境障碍问卷(mood disorder questionnaire, MDQ)和复合性国际诊断访谈(composite international diagnostic interview, CIDI)双相测试^[11,12]。MDQ 的敏感度和特异度范围分别为 44%~90% 和 61%~92%,取决于评分方法。CIDI 的敏感度为 69%~100%,特异度为 98%~99%^[12,13]。与抑郁和焦虑筛查量表中离散的时间段(如 7 天至 2 周)相比,MDQ 和 CIDI 中多为对一生经历的询问(如你曾经),因此双相情感障碍的筛查只需要在围产期进行 1 次,无需像抑郁和焦虑筛查那样反复进行。当然,更为谨慎的做法是每次妊娠都进行筛查。

1.2 推荐:围产期不同心理健康问题的筛查需在特定时间节点进行[抑郁、双相情感障碍(1B级),焦虑

基金项目:重庆市技术创新与应用发展专项重点项目(编号:CSTB2023TIAD-KPX0051);重庆市卫生健康委员会面上项目(编号:2021XSXM334)

通讯作者:漆洪波, E-mail: qihongbo728@163.com

(1C 级)]。

解读 1:围产期抑郁和焦虑筛查应在产前、妊娠后期和产后进行。由于抑郁和焦虑的发生概率在孕前、孕期和产后几乎相同,且围产期抑郁和焦虑是常见的合并症状,因此建议在第一次产前检查时、妊娠后期和妊娠晚期等多个时间点进行抑郁和焦虑症状筛查^[1,6]。早期筛查可以确定绝大多数阳性患者,多次筛查有助于提供治疗指导。

解读 2:在开始药物治疗焦虑或抑郁之前筛查双相情感障碍。如果在首次产前检查时未进行双相情感障碍筛查,则必须在开始药物治疗前通过 MDQ 或 CIDI 进行筛查。由于双相情感障碍中包括抑郁症状,而且躁狂症状有焦虑样特征,因此误诊率较高。首发的非精神病性产后抑郁症可能是双相情感障碍的标志。围产期抑郁筛查呈阳性的患者中,约有近 1/4 实为双相情感障碍;在 EPDS 等抑郁症筛查量表中得分较高的患者患双相情感障碍的风险较高。实际上,并非所有的双相情感障碍患者都进行过围产期抑郁症筛查,且因其抑郁症状往往比躁狂症状更为突出,所以双相情感障碍常被误认为是单相抑郁症^[14]。

双相情感障碍误诊后往往会使患者进行抗抑郁单药治疗,导致躁狂、混合状态、快速循环型双相情感障碍或精神病的发生。因此,在为单相抑郁或焦虑的患者进行抗抑郁单药治疗前需进行双相情感障碍筛查,以避免诱发躁狂和精神病导致自残或杀婴等严重后果。使用情绪稳定剂进行药物治疗通常是双相情感障碍的主要治疗方法。

1.3 推荐:实施心理健康筛查,并建立规范化系统,以确保及时获得评估、诊断和有效治疗,并根据疾病严重程度进行监测和随访(1B 级)。

解读:虽然心理健康问题筛查量表的总得分与疾病的严重程度相关,但仅可作为临床筛查而不是诊断依据。心理健康状况的鉴别诊断是通过与病人交流、访谈的过程进行评估的。访谈时应关注患者的症状类型、频率、严重程度、持续时间和对日常生活的影响等,据此帮助临床医生鉴别疾病严重程度,做出诊断进而指导治疗。此外,临床医生还应询问患者近期的压力来源,新的产检结果或妊娠期过度忧虑均可急性加重症状。若孕妇在产科入院时未做过相关检查,且后续筛查结果呈阳性,临床医生则应进一步询问以下信息:精神疾病的个人和家族史、既往有无行精神疾病治疗、既往精神科住院史以及既往是否有自杀意念或自杀未遂史。

此外,ACOG 建议临床医生在评估患者心理健康相关疾病严重程度的同时,注意患者有无罹患甲状腺功能障碍、严重贫血和物质使用障碍等其他疾病的潜

在病因^[15]。

临床医生通过语言或非语言方式对患者进行训练、教育和治疗的心理疗法是治疗焦虑和抑郁的一线治疗方法,许多有中重度症状的患者都需要药物治疗与心理治疗相结合。因此,产科临床医生应做好治疗准备,以便随时启用针对抑郁和焦虑的治疗药物及适当的心理治疗。一旦患者的筛查结果呈阳性并被诊断为心理健康疾病,即可连续使用筛查量表,以帮助评估治疗效果并根据需要指导调整治疗方案。

1.4 推荐:当患者肯定地回答自残或自杀问题时,临床医生应立即评估自杀企图的可能性和严重程度,安排风险管理(1C 级)。

解读:为预防患者自杀,需要对所有围产期患者进行筛查、评估、监测和干预。在对 10000 多例母亲进行产后抑郁筛查的序贯病例系列研究中,约 3% 有过自残的想法。在使用 EPDS 或 PHQ-9 时,除了总分还需重点关注自杀相关问题的答案(EPDS 的问题 10; PHQ-9 的问题 9)。如果患者在 EPDS 或 PHQ-9 中的回答有自杀或自残倾向,那么产科护理人员应该了解上述想法的频率、强度以及潜在的意图、计划和可能性,将患者伤害自己的想法或愿望(例如割伤或殴打)与造成死亡的行为区分开来。哥伦比亚自杀严重程度评定量表或患者安全筛选可以帮助非精神科临床医生评估是否需要紧急精神病学诊断。

自杀的主要危险因素是亲密伴侣暴力(intimate partner violence, IPV),根据对国家暴力死亡系统数据的回顾,半数以上自杀死亡的母亲经历过 IPV;在大学低收入女性群体中,IPV 使产前自杀意念的风险增加了 9.37 倍^[16]。快感缺失和缺乏自我关怀是自杀未遂的其他高危因素,可能表现为对与婴儿建立亲密关系缺乏兴趣。

门诊治疗和监测适用于自杀意念不常见、没有自杀意图以及能说不继续尝试自杀原因的患者。门诊治疗包括药物治疗、心理治疗或部分住院治疗。一旦确定了患者有强烈的自杀倾向,应与患者的伴侣等家属充分沟通交流获取支持,立即实施治疗和干预,并通过量表定期评估和监测治疗效果。

1.5 推荐:临床医生应对产后精神病患者立即提供医疗护理(1C 级)。

解读:产后精神病是指严重的躁狂、抑郁发作或伴有精神病症状的混合发作,或无情绪发作的精神病;典型的发病时间为产后 3 ~ 10 天,DSM-5 规定多发于产后 4 周内^[17]。产后精神病的其他症状包括情绪激动和妄想、幻觉、思维混乱和行为怪异。患者通常对自己的症状缺乏洞察力,症状随时间推移而波动^[18]。

由于大多数产后精神病患者无既往病史且患病率低,因此不建议进行普遍筛查。在产科就诊时,需通过既往病史和产科病史确定是否存在双相情感障碍或产后精神病史等患产后精神病的危险因素。有产后精神病或躁狂病史的患者总体发病率为 31%,有双相情感障碍和产后精神病史的患者发病率高达 41%~87%,因此在妊娠和产后需要专业的精神科护理^[19],召开包括患者、家属、精神卫生专业人员和产科护理团队在内的产前计划会议,以制定产后精神病预防计划。

常与产后精神病症状混淆的情况包括谵妄和酒精、苯二氮卓类药物、可卡因或大麻中毒,因此应重点评估药物使用以排除药物性精神病^[18]。短期服用苯二氮卓类或抗精神病药物是产后精神病的一线治疗方法,可由产科临床医师在等待精神科会诊期间给药。如果治疗及时,病情通常可在产后 2 个月内达到完全缓解。

2 精神药物治疗的一般方法

2.1 推荐:产科医生应就围产期心理健康疾病患者行精神药物治疗的益处和风险向患者提供咨询(1B 级)。

解读:考虑到围产期心理健康问题的高患病率及显著负面影响,ACOG 建议在妊娠和产后及时筛查各种心理健康问题。然而,筛查并不能改善病情,因此应将筛查与治疗准备工作结合起来,为筛查为阳性的个体提供及时有效的治疗方案与问题解答。

2.2 推荐:建议产科临床医生对围产期抑郁症或焦虑症患者进行精神药物治疗(1B 级)。

解读:对围产期抑郁、焦虑或双相情感障碍患者进行药物治疗是全面生殖保健的重要组成部分,属于妇产科临床范畴。然而,许多产科护理人员在对患者进行产期心理健康治疗方面的培训不足^[20,21]。精神药理学等相关培训可通过国家生殖精神病学课程(national curriculum in reproductive psychiatry)、产后支持国际一线医务人员培训(postpartum support international frontline provider training)和母亲生命线(lifeline for moms)模块获得。

因缺乏随机试验评估产前服用抗抑郁药的疗效和安全性,所以围产期临床用药需参考一般人群的疗效数据^[22]。选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)被认为是治疗围产期抑郁或焦虑的一线药物;对于既往有抗抑郁药物治疗史的人,在妊娠和产后重新开始治疗时,应考虑将既往有效的药物作为一线治疗药物;对于既往未服用过药物或服用其他药物无效的患者,首选舍曲林;基

于对一般人群的疗效和可接受性数据分析,艾司西酞普兰也是较合理的替代性治疗药物。相反,氟西汀半衰期长,产生的活性代谢产物会增加新生儿适应综合征和母乳喂养婴儿积食的风险^[23]。

无抗性 SSRIs 或 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRIs)均可使双相情感障碍患者产生躁狂症状,因此在使用药物治疗抑郁症状前应进行双相情感障碍筛查。同时激活型抗抑郁药(如氟西汀、度洛西汀、文拉法辛和安非他酮等)可能会加剧焦虑症状,对于中重度共患焦虑症的抑郁症患者,应谨慎考虑上述药物的替代方案。其他围产期心理健康问题的治疗方法还包括针灸、按摩、瑜伽、运动、光照疗法、正念减压和服用膳食补充剂等。

2.3 推荐:对于在妊娠晚期或产后 4 周内发病的中至重度围产期抑郁症患者,可考虑在产后给予 brexanolone 治疗,同时权衡益处(如起效迅速)与风险(如获取途径有限、费用高、缺乏数据支持母乳喂养的安全性、需要在输注期间对住院患者进行监测、缺乏 30 天以后的疗效数据)(1B 级)。

解读:2019 年, brexanolone 成为美国食品和药物管理局(FDA)批准的第一种用于治疗中至重度产后抑郁症的药物。四氢孕酮是 γ -氨基丁酸 A 型受体的正性调节剂,而 brexanolone 正是模拟四氢孕酮作用的神经类固醇。3 项临床随机试验($n = 5267$)显示,对于妊娠晚期或产后 4 周内发病的抑郁症患者, brexanolone 在 24 小时内可比安慰剂发挥更大疗效(风险率 1.34, 95% CI 1.03~1.73)^[24]。由于 brexanolone 有镇静或意识丧失等副反应,因此仅在可支持连续脉搏血氧监测的医疗环境中批准使用。

目前尚无研究评估 brexanolone 与 SSRIs 或 SNRIs 的相对疗效。其中 brexanolone 的优点是效应量大、反应和代谢快。缺点包括需要住院治疗和监测,大大增加了患者的治疗费用;缺乏用药 30 天后的疗效数据,无法评估其远期疗效;尽管推测 brexanolone 会从母乳中清除,但目前仍建议在 brexanolone 治疗期间和治疗后 4 日内停止母乳喂养,而在 SSRIs 或 SNRIs 治疗期间,母乳喂养可维持。

2.4 推荐:避免使用苯二氮卓类药物或少量使用苯二氮卓类药物治疗围产期焦虑症状(1B 级)。

解读:苯二氮卓类药物是治疗一般成年人群广泛性焦虑症状的有效药物。然而,考虑到其副反应和成瘾性,建议仅将苯二氮卓类药物作为治疗孕产妇焦虑症急性症状的过渡用药,直至使用 SSRIs、SNRIs 或心理治疗达到预期疗效。

临床研究表明围产期服用苯二氮卓类药物的安

全性有限。早期的观察性数据提示,妊娠早期服用苯二氮卓类药物与胎儿唇腭裂的发生相关^[25],近年来并未有研究证实这一结论^[26];荟萃分析数据表明,妊娠前服用苯二氮卓类药物与异位妊娠有关;妊娠早期服用苯二氮卓类药物与自然流产之间存在关联;妊娠期间服用苯二氮卓类药物与新生儿镇静、肌张力降低、呼吸功能受损和入住新生儿重症监护病房(NICU)的风险增加相关。因此,通常建议在妊娠晚期逐渐减少或避免使用该药物,且一旦由于停药导致焦虑症状再次出现,则应继续服药。

如果确需在围产期服用苯二氮卓类药物,应使用最低有效剂量。对于患有肝病或子痫前期的患者,应避免服用首过代谢的苯二氮卓类药物(如劳拉西泮、奥西泮、替马西泮);阿普唑仑具有较高的成瘾性,停药后产生急性戒断症状的风险增加,应避免使用。一旦开始服用苯二氮卓类药物,建议患者按需使用至 2~4 周直至 SSRI 起效,随后每周减量 25%~50%,不建议突然停药。

2.5 推荐:使用有效的筛选工具监测疗效,以缓解抑郁和焦虑症状为目标调整治疗药物剂量(1A 级)。

解读:产科的心理健康问题治疗不足是常见的情况,因此在妊娠期需要适当提高治疗药物的剂量^[27],并在服药前及服药期间进行病情监测和症状评估。为确保不同时间点的症状评分具有可比性,应使用相同的方案跟踪治疗后的症状变化。指导调整围产期抑郁症患者服药剂量的量表有 PHQ-9 和 EPDS 等,上述方法同样适用于焦虑症的病情监测和药物剂量调整。

2.6 推荐:不建议将丙戊酸盐作为双相情感障碍的一线治疗用药(1B 级)。

解读:由于丙戊酸盐存在致畸风险以及对神经发育的不良影响,因此在妊娠期的任何阶段都不建议服用。孕妇产前暴露于丙戊酸盐与胎儿发生神经管缺陷的风险相关性为 1%~3.8%,具有相应的剂量-反应关系;与服用丙戊酸盐相关的先天性畸形包括颅面畸形、肢体畸形和心血管畸形;胎儿丙戊酸综合征表现为胎儿生长受限、面部畸形、肢体和心脏缺损,并伴有不同程度的认知障碍,如智力发育迟缓、自闭症和阿斯伯格综合征;新生儿急性病症包括肝毒性、凝血病、新生儿低血糖和戒断症状等^[28]。

2.7 推荐:无需因妊娠或哺乳停止药物治疗精神健康疾病(1C 级)。

解读:几乎所有的精神类药物(丙戊酸除外)均无需在妊娠期或哺乳期停药,尤其是在治疗获益的情况下,停药有导致病情不稳定的风险。临床数据显示,与继续接受精神药物治疗的孕妇相比,中途停药的患者症

状复发率较高,继续用药可降低疾病复发风险^[29]。

2.8 推荐:治疗双相情感障碍时,不要在妊娠期间停用除丙戊酸盐以外的情绪稳定剂,否则有情绪症状复发或加重的风险(1B 级)。

解读:未经妥善治疗的双相情感障碍患者罹患产后精神病的风险可增加 25~50%,极大提高了患者自杀风险;患者产后情绪恶化的风险增加,住院率提高近 7 倍;双相情感障碍治疗不当还与胎儿生长受限、早产和不良神经发育等后果相关^[30]。因此,双相情感障碍的治疗目标既包括缓解症状,也包括预防复发。

妊娠期和产后的双相情感障碍应由精神科医生等精神卫生专家与产科护理人员合作治疗。典型的治疗方法包括服用情绪稳定药(如锂剂)、抗惊厥药(如拉莫三嗪)、抗精神病药(如氟哌啶醇、阿立哌唑、鲁拉西酮、奥氮平、喹硫平、利培酮)或联合治疗。一般而言,对于妊娠期间正在服药且病情稳定的患者,最好继续使用相同的治疗方案避免更换药物;由于妊娠早期的丙戊酸盐暴露有致畸风险,建议在妊娠前停用卡马西平和奥卡西平,或者每日补充 4 mg 叶酸;如果患者已经妊娠并正在服用卡马西平或奥卡西平,则应在更换药物前权衡患者是否已不在致畸窗口期以及更换药物会带来的风险;对于既往未接受过药物治疗的患者,在用药前应判断患者是否有躁狂症状,伴有躁狂的双相 I 型障碍患者常使用锂剂。

对于表现出抑郁症状的围产期双相 II 型障碍患者,常用药物有拉莫三嗪、喹硫平和鲁拉西酮。拉莫三嗪因致畸风险低被列为首选方案,同时考虑到服药后有粒细胞缺乏症和罕见 Stevens-Johnson 综合征的风险,其剂量上调需缓慢进行,且在产后谨慎减量,以避免毒副反应发生。

与第一代抗精神病药物(如氟哌啶醇、氯丙嗪)相比,第二代抗精神病药物(如喹硫平、奥氮平、利培酮、阿立哌唑)由于锥体外系副反应较少和耐受性更好,常被作为处方用药^[31]。喹硫平因胎盘通路最低通常是首选。在普通成人患者中进行的随机试验表明,喹硫平与安慰剂、锂盐和帕罗西汀相比疗效更佳,但伴有与代谢相关的副反应,如体重增加和妊娠期糖尿病等。

鲁拉西酮也是 FDA 批准用于治疗双相障碍抑郁症状的药物之一。鲁拉西酮的疗效、耐受性和较低的代谢相关并发症倾向使其成为治疗双相情感障碍伴抑郁症状的最佳临床选择之一^[32]。

无论使用何种药物治疗双相情感障碍,均建议使用最小有效剂量,并在可能的情况下避免多重用药。若服用抗惊厥药物,则建议在妊娠前和妊娠早期每日

补充 4 mg 叶酸以降低胎儿神经管缺陷的风险;使用锂剂的同时补充 4 mg 叶酸以减少先天性心脏缺陷^[33]。

2.9 推荐:患有糖尿病的孕妇可继续进行标准的精神病筛查与治疗(1B 级)。

解读:许多现有的抗精神病药物都伴有代谢相关并发症如体重增加、代谢综合征和胰岛素抵抗等。目前,服用抗精神病药物与罹患妊娠期糖尿病之间是否有相关性尚存争议,因此不建议作为临床停药的依据,抗精神病药物可以在诊断为糖尿病或妊娠期糖尿病的个体中继续使用。

2.10 推荐:妊娠早期服用锂剂的孕妇在妊娠中期应接受详细的超声检查(1B 级)。

解读:早期文献报道表明妊娠期锂暴露显著增加致畸风险,使胎儿患 Ebstein 综合征的概率增加 400 倍。近年来更多数据证实,服用锂剂后总体先天性异常的优势比为 1.81(95% CI 1.35 ~ 2.41),心脏异常的优势比为 1.86(95% CI 1.16 ~ 2.96)。以上数据表明服用锂剂仍可作为治疗产后精神病的合理方案。同时,虽然使用锂剂的绝对危险度较低,但仍然建议孕妇在妊娠中期进行详细的超声检查,以评估胎儿尤其是心脏的解剖结构正常与否^[34]。

2.11 推荐:有必要在妊娠期和产后监测血清锂浓度(良好临床实践)。

解读:由于锂剂的治疗窗较窄,因此应在妊娠前确定症状稳定患者的治疗方案。对于妊娠前没有进行症状评估的患者,0.6 ~ 1.0 mEq/L 的血清锂浓度(给药后 12 小时)为推荐治疗水平。由于锂剂可通过肾脏代谢,因此需要在妊娠期增加锂的剂量以维持治疗效果。同时为了最大限度减少胎儿锂剂暴露,建议将服药频率改为每日 2 次以避免峰值浓度过高。

锂中毒常在血清锂浓度 ≥ 1.5 mEq/L 时出现,症状包括恶心、呕吐、嗜睡、震颤和疲劳等,后期可发展为精神错乱、激越、癫痫发作、体温过低和意识丧失等。由于锂有可能改变肾小球滤过率,因此在发生子痫前期、产后同时使用非甾体抗炎药或肾损害的情况下需要严密监控血清锂的浓度。分娩后肾小球滤过率常迅速恢复至基线水平,因此需要合理调整锂剂浓度以防中毒。

新生儿锂水平过高与肌张力低下、嗜睡和呼吸困难相关,因此建议产妇在临产、计划引产或剖宫产前 24 ~ 48 小时暂停锂剂使用,并于产后恢复锂剂的孕前剂量,或根据产后前 2 周的药物谷浓度指导用药^[35]。

关于锂暴露时能否行母乳喂养存在争议。经母乳喂养的婴儿血清锂水平为母亲血清锂的 10% ~ 60%。由于新生儿伴有肾功能不成熟和相对脱水的风险,在考虑母乳喂养前需要产科医生、儿科医生和

精神科医生之间的协调配合。

2.12 推荐:产后精神病是一种精神急症,在等待精神科医师进一步评估、提出建议和制定治疗计划的同时,产科医师可选择的治疗方案包括奥氮平或氟哌啶醇等可与劳拉西泮等苯二氮草类药物联用的镇静抗精神病药(良好临床实践)。

解读:产后精神病是一种精神急症,与产妇杀婴和自杀风险相关,一般需要在精神科住院治疗。精神科医生需要及时对孕产妇进行自杀和杀婴的风险评估,必要时行新生儿分离。同时,临床医生需要评估患者是否由其他疾病引起了谵妄症状,以及是否患有引起或加重精神疾病的内科疾病。

ACOG 建议产科医生在等待精神科医生进一步评估和诊断的同时,给予患者药物治疗以稳定病情。使用镇静类抗精神病药物(如奥氮平或氟哌啶醇)和短期苯二氮草类药物(如劳拉西泮)是产后精神病的一线治疗方案。如果肌肉注射氟哌啶醇的剂量超过 5 mg,则应联合使用苯托品或苯海拉明以预防锥体外系症状和肌张力障碍^[36]。

3 结 论

本临床实践指南旨在为妇产科医生、助产士、初级保健临床医生和行为健康专业人员等提供围产期心理疾病的筛查和心理健康状况的评估。

对于产后抑郁症和焦虑症等心理健康疾病,心理治疗和药物治疗联用是最有效的治疗方法。考虑到实施心理治疗不属于妇科和产科的临床实践范畴,故本指南重点介绍了心理疾病的药物治疗方案。同时,必须明确心理治疗仍是妊娠期或哺乳期轻至中度抑郁症或焦虑症患者的一线治疗方法。然而与药物治疗相比,心理治疗的可接受度不高,患者及患者家属、妇产科医生、精神科医生甚至儿科医生的共同决策对于确定治疗计划至关重要。对于更严重的精神健康状况,包括但不限于双相情感障碍、精神障碍或产后精神病等,则建议转诊。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] Luca DL, Margiotto C, Staatz C, et al. Financial toll of untreated perinatal mood and anxiety disorders among 2017 births in the United States[J]. Am J Public Health, 2020, 110(6): 888 - 896.
- [3] Trost SL, Beauregard JL, Smoots AN, et al. Preventing pregnancy-related mental health deaths: insights from 14 US Maternal Mortality Review Committees, 2008 - 17[J]. Health Aff, 2021, 40(10): 1551 - 1559.
- [4] O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women:

- evidence report and systematic review for the US Preventive services task force[J]. *JAMA*, 2016, 315(4): 388-406.
- [5] Lyubenova A, Neupane D, Levis B, et al. Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to structured clinical interview for DSM Disorders classification: systematic review and individual participant data Meta-analysis[J]. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2021, 30(1): e1860.
 - [6] Venkatesh KK, Nadel H, Blewett D, et al. Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2016, 215(4): 517.e1-e8.
 - [7] Mazzoni SE, Bott NL, Hoffman MC. Screening for perinatal anxiety[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2021, 224(6): 628-629.
 - [8] Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, et al. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review[J]. *BJPsych Open*, 2019, 5(1): e5.
 - [9] Swalm D, Brooks J, Doherty D, et al. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2010, 13(6): 515-522.
 - [10] Van Der Zee-Van Den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn C, et al. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy[J]. *J Affect Disord*, 2021, 286: 158-165.
 - [11] Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, et al. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0[J]. *J Affect Disord*, 2006, 96(3): 259-269.
 - [12] Kessler RC, Calabrese JR, Farley PA, et al. Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders[J]. *Psychol Med*, 2013, 43(8): 1625-1637.
 - [13] Byatt N, Masters GA, Bergman AL, et al. Screening for mental health and substance use disorders in obstetric settings[J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2020, 22(11): 62.
 - [14] Liu X, Agerbo E, Li J, et al. Depression and anxiety in the postpartum period and risk of bipolar disorder: a Danish nationwide register-based cohort study[J]. *J Clin Psychiatry*, 2017, 78(5): e469-e476.
 - [15] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 711 Summary: opioid use and opioid use disorder in pregnancy[J]. *Obstet Gynecol*, 2017, 130(2): 488-489.
 - [16] Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2015, 18(4): 573-578.
 - [17] Treml J, Brähler E, Kersting A. Prevalence, factor structure and correlates of DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder[J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 880380.
 - [18] Rodriguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum[J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2018, 61(3): 615-627.
 - [19] Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, et al. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Am J Psychiatry*, 2016, 173(2): 117-127.
 - [20] Larocco-Cockburn A, Melville J, Bell M, et al. Depression screening attitudes and practices among obstetrician-gynecologists[J]. *Obstet Gynecol*, 2003, 101(5 Pt 1): 892-898.
 - [21] Byatt N, Simas TA, Lundquist RS, et al. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings[J]. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2012, 33(4): 143-161.
 - [22] Ko JY, Farr SL, Dietz PM, et al. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009[J]. *J Womens Health (Larchmt)*, 2012, 21(8): 830-836.
 - [23] Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants[J]. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(6): 1066-1078.
 - [24] Zheng W, Cai DB, Zheng W, et al. Brexanolone for postpartum depression: a Meta-analysis of randomized controlled studies[J]. *Psychiatry Res*, 2019, 279: 83-89.
 - [25] Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JM, et al. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: Meta-analysis of cohort and case-control studies[J]. *BMJ*, 1998, 317(7162): 839-843.
 - [26] Wikner BN, Stiller CO, Bergman U, et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations[J]. *Pharmacoevidenciol Drug Saf*, 2007, 16(11): 1203-1210.
 - [27] Taouk LH, Matteson KA, Stark LM, et al. Prenatal depression screening and antidepressant prescription: obstetrician-gynecologists' practices, opinions, and interpretation of evidence[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2018, 21(1): 85-91.
 - [28] Ebbesen F, Joergensen A, Hoseth E, et al. Neonatal hypoglycaemia and withdrawal symptoms after exposure in utero to valproate[J]. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2000, 83(2): f124-f129.
 - [29] Yonkers KA, Gotman N, Smith MV, et al. Does antidepressant use attenuate the risk of a major depressive episode in pregnancy[J]. *Epidemiology*, 2011, 22(6): 848-854.
 - [30] Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders[J]. *Am J Psychiatry*, 2005, 162(1): 79-91.
 - [31] Toh S, Li Q, Cheetham TC, et al. Prevalence and trends in the use of antipsychotic medications during pregnancy in the U. S., 2001-2007: a population-based study of 585, 615 deliveries[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2013, 16(2): 149-157.
 - [32] Fornaro M, De Berardis D, Perna G, et al. Lurasidone in the treatment of bipolar depression: systematic review of systematic reviews[J]. *Biomed Res Int*, 2017, 2017: 3084859.
 - [33] Huhta JC, Linask K. When should we prescribe high-dose folic acid to prevent congenital heart defects[J]. *Curr Opin Cardiol*, 2015, 30(1): 125-131.
 - [34] Wilson CA, Newham J, Rankin J, et al. Systematic review and Meta-analysis of risk of gestational diabetes in women with preconception mental disorders[J]. *J Psychiatr Res*, 2022, 149: 293-306.
 - [35] Clark CT, Newmark RL, Wisner KL, et al. Lithium pharmacokinetics in the perinatal patient with bipolar disorder[J]. *J Clin Pharmacol*, 2022, 62(11): 1385-1392.
 - [36] Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood[J]. *Am J Psychiatry*, 2016, 173(12): 1179-1188.

(收稿日期: 2024-03-07)