

产后抑郁症治疗进展

王艳峰¹, 冯俭²

1成都中医药大学药学院, 四川成都 (610072)

2成都中医药大学附属医院, 四川成都 (610075)

E-mail: wyf1230924@163.com

摘要: 产后抑郁症是严重影响产妇身心健康和婴儿发育的疾患。其易患因素主要是社会因素、心理素质 and 内分泌失调。对产妇可引起产后出血、泌乳减少和产后精神病, 对婴儿可造成出生后生理性体重下降时间延长及认知能力、情感发育障碍。药物和心理治疗可加快产后抑郁的缓解。

关键词: 产后抑郁症 发病机制 治疗

中图分类号: R917

产后抑郁症是指在产褥期发生的抑郁, 是一种精神疾患, 1968年由Pitt首次提出。80年代以后, 产后抑郁症受到了国际上的普遍重视, 为此进行了大量的研究工作。然而由于研究设计、测量工具、样本大小、抑郁诊断标准以及研究的时间不同, 即缺乏概念上和方法上的严密性, 从而造成报道产后抑郁症的发病率有很大差异。Pitt最初的研究报道为10.8%, 目前认为在3.5%~33%^[1]之间。我国这方面资料尚不多见, 发病率报道差异也很大, 为3.8%~18.48%^[2]。因纵向研究极少, 对产后抑郁症的持续时间相对知之甚少。有人提出大多数产后抑郁症患者可在3~5个月恢复。一般认为产后抑郁症的预后较好, 约2/3的患者可在一年内康复, 如再次妊娠则有20%~30%的复发率^[3]。

1. 临床表现

产后抑郁症多在产后2周发病, 产后4~6周症状明显。临床表现与一般抑郁症状相同, 主要特征为: 1 情绪方面, 常感到心情压抑、沮丧、情感淡漠。表现为孤独、害羞、不愿见人或伤心、流泪, 甚至焦虑、恐惧、易怒, 每到夜间加重。2 自我评价较低, 自暴自弃、自责、自罪, 或表现对身边的人充满敌意、戒心, 与家人、丈夫关系不协调。3 创造性思维受损, 主动性降低。表现为反应迟钝, 注意力难以集中, 工作效率和处理事物的能力下降。4 对生活时常缺乏信心, 觉得生活无意义。表现为厌食、睡眠障碍、易疲倦、性欲减退, 还可能伴有一些躯体症状, 如头昏头痛、恶心、胃部灼烧、便秘、呼吸心率加快、泌乳减少等。重者甚至绝望, 出现自杀或杀婴的倾向, 有时陷于错乱或昏睡状态。

2. 病因

2.1 中医病因病机

抑郁症与中医所说的脏躁相似, 而脏躁发生于产后者称为产后脏躁。多为阴血亏耗, 五脏失养, 五志之火内扰心神所致。产后多虚多瘀, 血虚则心失养, 或过度忧虑, 损伤心脾; 多瘀则淤血停滞, 上攻于心; 或情志所伤, 肝气郁结, 使精血内亏, 五脏失于濡养, 五志之火内动, 上扰心神, 加之肝气郁结以致精神忧郁, 哭笑失常, 抑郁少欢。故本病多属虚证, 但气虚血瘀, 郁怒化火, 煎液成痰, 则属虚实夹杂。临床上多从心脾两虚, 淤血内阻, 肝郁气结三方面考虑。

2.2. 西医病因研究

产后抑郁症的病因比较复杂。早前的研究多把产后抑郁归于抑郁症中，现在虽有将产后抑郁症独立出来的倾向，但对其病因病机的研究还是同抑郁症相似，一般认为是多方面因素的相互作用。总的说主要有生物学因素、心理因素和社会因素等三个方面。

2.2.1 生物学因素

2.2.1.1 神经递质改变与产后抑郁症

抑郁症大鼠脑中单胺类神经递质降低，不同的部位其递质降低的类型不同，但神经递质的代谢率普遍升高，说明抑郁症的发生和脑中单胺类神经递质的降低以及神经递质代谢率的升高有关^[4]。

国外有文献报道，抑郁症患者血中5-羟色胺(5-HT)降低是生化基础。有较公认的观点认为5-HT和多巴胺(DA)是抑郁症发作中重要的神经递质^[5]。无论是动物实验或临床观察，抑郁症均有5-羟色胺及其受体的变化。现代研究抑郁症的病因机制有5-HT能低下假说，即：抑郁症状是由于中枢5-HT释放减少，突触间隙含量下降所致。多种动物实验和临床观察都支持这一假说。古航等^[6]发现，产后抑郁组患者5-HT水平明显低于正常产妇，提示，5-HT水平变化，与产后抑郁症的发病密切相关。多项研究^[7,8]中通过测定血小板5-HT浓度以反映中枢神经系统5-HT功能状况，显示，抑郁症患者血小板5-HT水平低于正常对照组，说明抑郁症患者5-HT减少，且显示抑郁焦虑越重，5-HT越低^[7]。近年来发现了多种5-HT受体亚型，使得5-HT递质系统与抑郁障碍发病的关系越来越受到关注。

Goodwin FK (1990) 提出抑郁症NE能假说^[5]，认为抑郁症状是由于中枢NE能和DA能减少引起的。现在研究抑郁症NE的改变大多数是通过其代谢产物 3-甲氧基4-羟基苯乙醇和受体的变化来研究。认为主要是NE的减少与抑郁症相关。推测NE的缺乏可能是由于内源性的生成释放异常或由于NE系统慢性刺激所致的继发性耗竭^[9]。

2.2.1.2 内分泌改变与产后抑郁

2.2.1.2.1 雌激素(E2)与产后抑郁症

女性分娩前后体内内分泌发生急剧变化，产后体内E2迅速下降，致脑内和内分泌组织的儿茶酚胺的作用减弱，从而导致相应的情绪和行为的改变，尤其是产后24小时内，体内激素水平的急剧变化是产后抑郁症发生的生物学基础^[10]。只要雌激素水平降到脑所需要的最低水平，就会出现脑功能障碍，此阶段女性精神疾患发病率明显提高，原有精神疾患也极易复发或加重^[11]。有研究证实雌激素能上调单胺类递质在下丘脑的回收，降低大脑单胺氧化酶的活性，从而影响多巴胺在中枢神经系统的释放和传递^[12]。Biego等给切除卵巢的大鼠投予雌激素和孕激素。结果发现5-HT₁及NE受体数目减少，5-HT₂受体无变化。Ehrenkranz等研究了体外用生理浓度的雌二醇来培养的血小板，发现其5-HT回收功能提高约37%。他们认为这与抑郁情绪产生有关。

2.2.1.2.2 孕酮(P)与产后抑郁症

正常妊娠孕晚期P值达高峰，分娩胎盘后P水平应迅速下降。一项研究中^[13]产后抑郁患者P下降缓慢，研究者提出产后P延迟下降是否与产后抑郁相关的疑问，但也从侧面表明P与产后抑郁是有相关性的。Katona CIE^[14]等对27名孕妇进行激素监测，结果孕激素下降幅度与抑郁量表得分呈正相关，即孕激素下降幅度越大，产后抑郁的可能性越大。

Bloch等^[15]采用药理学模型为雌激素、孕激素参与产后抑郁的发生提供了直接的证据，认为发生

产后抑郁的妇女具有对性激素变化的敏感性,这种敏感性与遗传有关,并提出了性激素与基因之间互相调节的机制、性激素受体基因等进一步的研究方向。但性激素的波动与产后抑郁的关系仍然无肯定的结论^[16]。

2.2.1.2.3 催乳素(PRL)、 β -HCG、皮质醇、甲状腺与产后抑郁症

研究表明,产后催乳素水平急剧升高可能与抑郁症有关^[13],但也有研究认为,抑郁患者催乳素的水平较正常低^[16]。催乳素可抑制性腺对促性腺激素的反应,从而影响雌激素和孕酮的分泌。还有研究认为抑郁与产后母血中 β -HCG下降速率过快有关, β -HCG在孕早期上升很快,孕中、晚期仅维持高峰值的10%直至分娩,产后进一步下降,于产后4天消失,抑郁症产妇血清中HCG浓度在分娩后下降速率过快,使产妇难以适应,从而产生抑郁。有研究表明产后2~5天发生情绪障碍的产妇在产后第2天出现非常高的皮质醇水平(与正常情绪的产妇比较),而皮质醇升高可降低5-HT能、NE能,升高DA能,产生抑郁症状。Pop等研究发现^[17]在303例甲状腺功能正常的孕妇中,21例在产后患甲状腺疾病,且在21例中有38%患有产后抑郁,经抗抑郁治疗后抑郁均痊愈。但Lucas等^[18]报道在甲状腺疾病者中,产后抑郁的发病率并不比正常者高。故目前尚不能得出产后抑郁与甲状腺素功能紊乱相关的肯定结论^[15]。

2.2.2 心理因素

产后抑郁症多见于以自我为中心或成熟度不够、敏感、情绪不稳定、好强、固执、认真、社交能力不良、与人相处不融洽等个性特点的人群中^[19]。心理分析学家认为妇女在怀孕期和产后,均有暂时性的心理“退化”现象,即她们的行为变得更原始或具孩子气,此改变可引起心理冲突。由于妇缺乏对分娩过程的认识,过分担心分娩过程中的疼痛,对分娩存在着紧张恐惧心理,因此产褥期妇女情感处于脆弱阶段,而产后一周情绪变化更为明显,出现抑郁焦虑情绪。

2.2.3 社会因素

社会支持系统不足,社会支持量表调查发现产后抑郁患者总分、三维分(主观支持、客观支持及支持利用度分)均低于对照组($P < 0.01$),说明产后抑郁症患者的社会支持明显不足。对产妇而言,最强大的社会支持来源于其丈夫。调查表明婚姻满意度低、缺乏丈夫支持的产妇易患产后抑郁^[20,21,22]。分娩环境、医务人员的态度、家属的关心等也会影响产妇情绪^[20,21,23]。

2.2.4 其它因素

既往的精神病史,生产中的严重压力等是产后抑郁的高危因素,自我评价、婚姻中的地位、社会经济地位、是否计划妊娠等对产后抑郁的发作也有一定的影响^[24]。

综上所述,内分泌因素、心理因素和社会因素是产后抑郁症发生的主要因素,而要素之间是相互联系、彼此影响、相互制约、共同作用的,对产后抑郁症发生产生影响。孕期及产褥期内分泌水平的急剧变化是产后抑郁症发生的生物学基础,人格特征是产后抑郁症发病的基础,它们是产后抑郁症发生的重要先决条件。心理退化现象是产后抑郁症发生的心理学基础,社会因素对产后抑郁症的影响不可忽视,负性生活事件增加是产后抑郁症的促发因素。所以抑郁症的预防病不能单从心理方面上,而且也要必要的实施一些药物治疗。

3. 诊 断

目前国内外对于产后抑郁症尚无特异的实验室指标和统一的诊断标准,多依据各种症状自评量表,表格由患者自行填写,以相应的评分结果作出判定。目前较常用的标准是1994年美国精神病学会在《精神疾病的诊断与统计手册》(DSM IV)中制定的“产褥期抑郁症的诊断标准”。在诊断中,测评产后抑郁症的主要量表:爱丁堡产后抑郁量表(EPDS) Zung 抑郁自评量表(SDS)和抑郁状态问卷(DSI) 医院焦虑抑郁量表(HAD) 汉密尔顿抑郁量表(HRSD)等。

4. 治疗

4.1 心理治疗 心理治疗对产后抑郁症显著有效,同时不会给母乳喂养的婴儿造成危险。应被视为产后抑郁症的一线治疗,而不是药物疗法的辅助治疗。研究显示,有保健护士提供的非训戒式咨询,对轻、中度抑郁症妇女是有效的^[25]。

4.2 中医治疗 医学研究证实,依据中医药理论,针对不同症候,运用复方中药及某些单味中药,可使模型动物全脑或不同脑区5-HT、DA等单胺类神经递质及其代谢产物的水平发生变化,尽管这些变化在程度、性质和作用机理方面存在差异,但却说明中药对调节脑内单胺类神经递质及其代谢具有重要作用^[26],表明中药对抑郁有治疗作用。

4.2.1 中药治疗 李艳萍^[27]用大定风珠加减方配合心理治疗产后抑郁症可明显改善症状,并有益于产妇、婴儿的身心健康。丁小玲^[28]逍遥散加减治疗产后抑郁症34例,中轻度患者基本治愈,病情严重者症状有所好转。罗幼锐^[29]用养血调肝汤治疗产后抑郁症32例,治愈22例,效10例。

4.2.2 针灸治疗 林虹^[30]观察了电针疗法与毫针刺法治疗产后精神障碍抑郁型的临床疗效。将90例病人随机分为两组,选穴均为神门、本神、心俞、神道、后溪穴。电针组用G6805电针仪,连续通电25min;毫针组针刺得气后,采用相应的捻转提插补泻手法,每10min行手法1次,留针25min,每天治疗1次。结果电针组有效率为88.68%,毫针组为64.87%,作者认为电针疗效较毫针为好,并且认为针刺疗法可避免应用抗精神病药物产生的副作用,是一种更加有利于母婴健康的治疗手段。

4.2.3 中西医结合治疗 赵雪萍^[31]采用氟西汀联用柴胡疏肝散加味治疗产后抑郁症45例,以氟西汀给药42例为对照组,有效率为84.4%,明显高于对照组59.5%;李仲平等^[32]将逍遥散加味合并阿米替林治疗试验组30例患者,痊愈17例,好转10例,无效3例,总有效率90%,同时单用阿米替林治疗对照组30例患者,总有效率86.7%,两组差异无显著性,但试验组不良反应明显低于对照组。

4.3 西医治疗

临床上西医治疗产后抑郁症与治疗抑郁症采取的方法基本一致。现在治疗药物有三环抗抑郁药(TCA),作用机制可能是其对NE能系统和5-HT能系统的非选择性共同作用结果。然而,三环类药物对其它神经递质(如胆碱能、组胺能系统)的作用却引起了各种各样临床相关副作用,尤其是心脏毒性,其次可能致畸和哺乳,可引起麻疹样皮疹、荨麻疹,光敏性皮炎、多形性糜烂性红斑和血管神经性水肿^[33]。单胺氧化酶类抗抑郁药(MAOI),具有非选择性、非可逆性的特点,不仅抑制中枢神经的单胺氧化酶(MAO),而且影响其他部位的MAO,同时还抑制其他若干酶,如乙醛脱氢酶和二氨氧化酶等。但临床上可见肝脏毒性、高血压危象等诸多不良反应。五羟色胺回收抑制剂(SSRIs),目前在临床上应用的有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明和西酞普兰等。实验证实从阻断5-HT作用强度看,舍曲林、帕罗西汀最强,其次为氟西汀、氟伏沙明。此类药物是安全、有效的抗抑郁剂,已逐步代替

三环类抗抑郁剂成为临床治疗抑郁症的首选药物，而舍曲林对婴儿无副作用，是哺乳期妇女的首选药物。

5 结 语

国内外对产后抑郁的研究越来越深入，多认为产后抑郁与神经内分泌，神经递质，细胞因子，免疫及血脂水平有关，但因其影响因素过多，故目前对其发病机制尚未明确。在治疗方面，西医已出现多类抗抑郁药物，临床副作用也逐渐减少，疗效有所提高，但总的说还是有不少副作用，且产后抑郁患者涉及到哺乳，为防止药物影响婴儿健康，故许多患者希望采用副作用较少的中医治疗。在前面涉及到的中医治疗方面，单用中医治疗和单用西医治疗疗效之间无差异。而中西医结合治疗与单用西医治疗，两者远期疗效亦无差异。但诸多研究均显示中医或中西医结合治疗的不良反应要小于单用西医治疗的不良反应。所以如果可以改进中药组方，提高中医疗效，那中医在治疗产后抑郁方面将有很好的发展前景。

参考文献

- [1]段得琬,王临红.妇产科身心学[M].中国人口出版社,1993:207 -215.
- [2] 张荣莲,陈起燕,立艳华,等.产后抑郁症发病因素的探讨.中华妇产科杂志[J],1999,34:231-233.
- [3]盛苏娜,张新波.产后抑郁症 15 例临床分析[J].临床精神医学杂志,1996,6(6):358.
- [4] Hucke EE, Cruz Casallas PE, Sider LH, et al. Reproductive experience modulates dopamine-related behavioral responses. Pharmacol Biochem Behav, 2001, 68(3):575-582.
- [5] Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depression illness, 447-471, Oxford: Oxford University Press, 1990.
- [6] 古航,胡电等.产后抑郁症患者血浆孤啡肽及5-羟色胺水平变化的意义.中华妇产科杂志,2003,38(12):727-728.
- [7] 潘桂花,林治光,李华芳,徐韬园.抑郁症患者血小板五羟色胺浓度的研究.上海精神医学,2005,17(3):145-147.
- [8] 陈珏,肖泽萍,林治光,王克勋,蔡军.抑郁症的生化病理机制探讨.临床精神医学杂志,2002,12(4):193-195.
- [9] 代英杰,范骏,孟昭义.抑郁症的神经生化特征及进展.中国临床康复,2003,7,30:4126-4127.
- [10] 杜义敏,汪向东.产后抑郁症.中国心理卫生杂志,2003,17(3):159-161.
- [11] 张明园主编.精神科评定量表手册.湖南 湖南科学技术出版社 1993,34-41.
- [12] Toren P, Dot J, Rehavi M, et al. Hypothalamic-pituitary-ovarian axis and Mood. Biol psychiatry, 1996, 40: 1051—1055.
- [13] 湛小卫等.产后抑郁症患者雌二醇孕酮和催乳素水平研究.中山医科大学学报,2002,23(4):274—276.
- [14] Katona CIE. Puerperal illness comparison with nonpuerperal controls. British J Psychiatry, 1982, 141: 447—452.
- [15] Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. Am J Psychiatry, 2000, 157:924-930.
- [16] Abou saleh M T, Ghubash R, Karim L. Hormonal aspects of postpartum depression[J]. Psychoneuroendocrinology, 1998, 23(5):465-475.

- [17] Pop VJ , Rooy HA , Vader HL , et al. Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected. N Engl J Med, 1991, 324: 1815-1816.
- [18] Lucas A, Pizarro E, Granada ML, et al. Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders? Clin Endocrinol (Oxf), 2001, 55: 809-814.
- [19] 张聪聪. 妊娠分娩产褥及其心理背景. 国外医学妇科分册. 1997, 14(5): 305.
- [20] Beck C T. Predictors of depression[J]. Nursing Research, 2001, 50(5): 275-285.
- [21] 蔡满红. 产后抑郁症与生活事件及社会支持的关系[J]. 健康心理学杂志, 2002, 10(2): 85-86.
- [22] 韩明清, 王桂红, 李淑玉. 产后抑郁症发生情况调查及预防对策[J]. 中华护理志, 2003, 38(6): 480-482.
- [23] 潘琢如. 产后抑郁症的发病因素及治疗. 中国实用妇科与产科杂志[J], 1999, 15: 7~8.
- [24] 范玲, 黄醒华. 孕产妇的心理评估与干预. 中华围产医学杂志, 2001; (4): 185-186
- [25] Wickberg B, Hwang CP. Counseling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample[J]. J Affect Disord, 1996, 39: 209-216.
- [26] 宋亚军, 谢敏豪. 中医药、单胺类神经递质与运动性中枢疲劳, 山东体育学院学报 2004 年第 3 期第 20 卷总第 63 期: 41-44.
- [27] 李艳萍, 大定风珠治疗产后抑郁症 38 例疗效观察, 中 医 药 学 刊; 2005, 8 (23): 1491.
- [28] 丁小玲. 逍遥散加减治疗产后抑郁症 34 例. 浙江中西医结合杂志. 2005, 15 (6): 367.
- [29] 罗幼锐. 养血调肝汤治疗产后抑郁症 32 例. 云南中医中药杂志. 2006, 27 (2): 62.
- [30] 林 虹. 电针治疗产后精神障碍抑郁型 53 例疗效观察[J]. 天津中医, 1996, 13(3): 11-12.
- [31] 赵雪萍, 林 汉. 氟西汀联用柴胡疏肝散加味治疗产后抑郁症, 辽宁中医杂志; 2006, 33 (5): 586-587.
- [32] 李仲平, 熊爱莲. 中西医结合治疗产后抑郁 30 例临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11 (10): 920.
- [33] 汪春运. 三环抗抑郁药与潜在不良反应. 四川精神卫生, 2004, 17(1): 60-62.

The treatment of postpartum depression

Wang yanfeng¹ Feng jian²

1 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu China, (610072)

2 Affiliated hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu China, (610075)

E-mail: wyf1230924@163.com

Abstract

Postpartum depression is a pregnancy complication that influences both childbearing women and infants. Risk factors are bad social psychological factors and hormonal changes. It could result in postpartum hemorrhage, less lactation, postpartum psychopath and longer time of physiologic decreasing of neonatal body weight, bad effects on infant's emotional, behavioral and cognitive development. Psychological therapy and cognitive development. Psychological therapy and drug treatment can alleviate it.

Key word: *postpartum depression pathogenesis treatment*

作者简介: 王艳峰, 男, 在读硕士, 主要研究方向: 中药分析及质量标准研究