

ICS 11.020

CCS 05

团 体 标 准

T/CAAM 00XX-2022

针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识

Expert Consensus on Acupuncture for Mild to Moderate Postpartum
Depression Disorder

2025-XX-XX 发布

2025-XX-XX 实施

中 国 针 灸 学 会 发布

目次

前言	4
引言	5
摘要	7
1 治疗原则	7
2 主要推荐意见	7
简介	9
1 本《共识》制定的目标	9
2 本《共识》制定的目的	9
3 本《共识》的适用人群	9
4 本《共识》适用的疾病范围	9
概述	10
临床特点	12
1 病史	12
2 症状及体征	12
3 预防和早期发现	12
诊断标准	13
1 西医诊断标准及分型	13
2 中医辨证分型	14
针灸研究进展	16
针灸治疗和推荐方案	18

1 针灸治疗原则和方法	18
2 主要结局指标	19
3 注意事项	20
4 患者自我管理	21
5 主要推荐意见	21
6 推荐方案	22
参考文献	24
附录	26
1 本《共识》专家组成员和工作组成员	26
2 临床问题	27
3 疗效评价指标的分级	28
4 检索范围、检索策略及结果	29
5 文献质量评估	30
6 本《共识》推荐方案的形成过程	42
7 本《共识》推荐方案征求意见稿	43
8 专家意见征集过程、结果汇总及处理	43

前言

本部分按照 GB/T40972-2021 给出的规则起草。

本部分由中国针灸学会提出。

本部分由中国针灸学会标准化工作委员会归口。

本部分起草单位：深圳市中医院，深圳市针灸医疗质量控制中心。

本部分主要起草人：杨卓欣、何丽云、赵宏、赵吉平、于海波、刘雅莉、海英、姚吉龙、龚林、刘铁榜、张迎黎、缙燕华、罗文舒。

本部分专家组成员：刘保延、杨骏、郭义、海英、白伟杰、储浩然、冯军、符文彬、魏周科、胡玲、黄剑美、江钢辉、江红、李瑛、刘佳、刘健华、刘志顺、宁艳、苏同生、王澍欣、许焕芳、闫世艳、杨继国、易玮、张辉、庄礼兴、周鹏。

引言

《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》是根据针灸临床优势，针对产后抑郁的临床情况，参照古代文献、名医经验以及现代最佳临床研究证据，结合患者价值观和意愿，系统研制的帮助临床医生和患者做出恰当针灸干预治疗产后抑郁的指导性意见。

《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》制定的总体思路是：在产后抑郁障碍的疾病特点和针灸治疗实践的基础上，结合大量临床研究，遵循循证医学的理念与方法，紧紧围绕针灸临床的特色优势、再综合专家与名医经验、目前最佳针灸治疗证据以及患者价值观，将国际公认的证据质量评价与推荐方案分级的规范与古代、前人、名老针灸专家临床证据相结合，并将临床研究证据与大范围专家共识相结合，旨在制定出能保障针灸治疗轻中度产后抑郁障碍的临床疗效和安全性和具有科学性与实用性的可有效指导针灸临床实践的指导性意见。

在《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》的制定过程中，各专家组共同参与，参照国际上临床实践指南制定的要求和经验，根据中国国情、产后抑郁的发病情况以及针灸的发展状况，对《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》的制定人员、过程、采用证据质量评价、推荐方案等级划分、专家共识形成方式、制定与更新的内容和时间等都进行了规范，这些规范性要求在《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》都得到了充分的考量及完善。

《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》推荐等级主要采用 GRADE 方法对证据体进行汇总和质量评价。根据 GRADE 方法，即推荐分级的评价、制定与评估的系统，将推荐等级分为强推荐和弱推荐两级。强推荐方案是估计变化的可能性较小，个性化程度低的方案，而弱推荐方案是估计变化可能性较大，个性化程度高，患者价值观差异大的方案。将证据质量分为高质量（A 级）、中等质量（B 级）、低质量（C 级）、极低质量（D 级）四个等级。在证据分级过程中，考虑五个降级因素，即偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性、发表偏倚，以及三个升级因素，即效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。

《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》的编写，凝聚着全国针灸标准化

科研人员和管理人员的辛勤汗水，是参与研制这一方案各方集体智慧的结晶，研究团队秉承科学严谨的态度，深入分析国内外文献，结合临床实践经验，通过多轮专家讨论和证据评价，制定了一套科学、规范、可行的针灸治疗产后抑郁的临床指导方案。这一研究不仅体现了团队成员的专业素养和学术精神，也为中医针灸治疗精神心理疾病提供了有力的循证依据。此次专家共识的发布，如果能得到充分的推广与应用，将进一步提高针灸在全球医疗体系中的认可度，为针灸治疗精神疾病提供更广阔的发展空间，推动中医药文化在世界范围内的传播和应用。共识的顺利完成，离不开各位教授、专家的精心指导和倾力支持。在讨论中为共识的科学性和可操作性提供了坚实保障。特别感谢刘保延教授、杨骏教授、郭义教授等专家，他们以深厚的学术造诣和无私奉献精神，引领团队攻坚克难，最终形成了这一高质量的学术成果。感谢深圳市中医院、深圳市罗湖区中医院及相关部门的鼎力支持。各级领导对本研究给予了高度重视，为研究工作的顺利开展提供了充足的资源保障和政策支持，在此一并感谢。

摘要

1 治疗原则

针灸治疗轻中度产后抑郁障碍（以下简称产后抑郁）以辨病取穴为主，辅以辨证取穴和对症取穴。应根据病情的轻重程度，原发疾病的发病状况来确定治疗方案，再根据中医辨证分型和主要临床表现选用相应的穴位。

针灸治疗的疗程要足够长，一般为大于 6 周。

轻度产后抑郁可以通过单纯针灸治疗；中度产后抑郁患者或疗效欠佳，可考虑配合抗抑郁药物；重度产后抑郁以抗抑郁药物治疗为主，针灸可起到辅助治疗作用。

2 主要推荐意见

1) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，如果采用非药物疗法，相较于心理治疗，应该推荐针灸治疗（证据级别低，弱推荐）。

2) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，如果采用非药物疗法，相较于运动疗法，应该推荐针灸治疗（建议）。

3) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，如果采用非药物疗法，相较于经颅磁刺激，应该推荐针灸治疗（证据级别极低，弱推荐）。

4) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，相较于针灸加西药，应该推荐针灸治疗（证据级别极低，弱推荐）。

5) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针、头针、电针，推荐毫针（建议）。

6) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针、头针，推荐电针（建议）。

7) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针，推荐头针（建议）。

8) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于 1 周 2 次，推荐的针灸频次是 1 周 \geq 3 次（建议）。

9) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于小于等于 6 周，推荐的针灸疗程是大于 6 周为一个最少治疗周期（建议）。

简介

《针灸治疗轻中度产后抑郁障碍专家共识》（以下简称《共识》）简介如下：

1 本《共识》制定的目标

为临床医生提供治疗轻中度产后抑郁的高质量针灸方案。

2 本《共识》制定的目的

规范产后抑郁的针灸治疗方案，提高临床疗效，为临床治疗产后抑郁提供临床证据，确保治疗安全性以及有效性。包括：产后抑郁的辨证分型；针灸治疗产后抑郁的原则；提出治疗方案及相关证据；明确治疗过程中的步骤操作与注意事项。

3 本《共识》的适用人群

本《共识》的适用人群主要为执业中医师、执业助理中医师、患者及针灸科研人员。

本《共识》适用的目标环境包括国内各级医院针灸科门诊部或住院部、有针灸专业医师的基层社区、医院科室及医院、各针灸相关的科研及评价机构。

4 本《共识》适用的疾病范围

本《共识》中的产后抑郁人群包括轻度和中度产后抑郁障碍患者。

概述

定义

1 西医

世界卫生组织《国际疾病分类》（第十一版）（ICD-11）、美国精神病学会指定的《精神障碍诊断统计手册》（DSM-5）将抑郁障碍产后抑郁发作定义为在怀孕期间或分娩后前四周出现的严重抑郁发作（既往无精神障碍史），一般可指产后12个月内出现的严重抑郁发作，对产妇本人、婴儿及家庭均可能产生复杂且严重的潜在影响。

2 中医

在中医概念中产后抑郁的症状可被归结于中医学中的郁证、脏躁、呆证、癰证、百合病、不寐、梅核气等具有相似症状，根据其主要症状和常见发病人群多被归纳为“郁证”范畴，其产生有三方面的因素，即个人素质、五脏气血虚实盛衰变化、内外环境的刺激。由于分娩用力、出汗、产创和出血，致使阴血暴亡，虚阳浮散，气随血耗，易致气血阴阳失调，容易导致产后抑郁的发病。《内经》记载了五行郁、情志致郁，强调了神志对抑郁发病的影响，现代医学研究也证明情志与抑郁具有双向调节作用。脏躁始见于张仲景的《金匱要略·妇人杂病脉证并治篇》记载：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”对于脏躁的文献研究较多，认为总的病机为阴液不足，化热化躁。其发病人群为女性，主证为悲伤欲哭，这与产后抑郁存在高度的相似，说明在东汉时期，就已经发现了性别在情志疾病上的差异性。“产后百节空虚”，产后失血，精血内亏，五脏失于濡养，五志之火内动而易上扰心神，稍有不慎，情志过极，忧愁思虑，或调摄失当，均可发生产后抑郁。因此，产后抑郁的本质为脏腑气血阴阳失调。这些因素都可以使人对外界刺激的敏感性增高、耐受性下降，造成七情过度，出现情志变化。病位在心，以邪扰心神和心失所主为主要病因，与肝脾肾及脑相关。古代中医理论认为郁证的发病与心肝脾脑相关，尤其与肝的关系最为密切，女子以肝为先天，因此肝的生理功能失常可能也是产后抑郁潜在的发病机

制。郁证主要病机是肝气郁结，脾失健运，心失所养。肝主疏泄，郁结不通则致气郁；肝脾不调，脾失运化，以致导致气郁；心主神明，为五脏六腑之大主，心失所养则脏腑气血阴阳失调，脏腑功能失常又导致情志失调发为郁证。中医治疗神志病的治疗原则基于形神合一，中医认为神志和形体是相互作用的，可以通过调理脏腑阴阳，使得脏腑气血充足，气调血顺，阴阳平衡，心神得安。

依据上述古代文献的记载，可见产后抑郁多属于中医学中的“郁证”范畴，是指由于产后失养、情志不舒、肝气郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷为主要临床表现的一类病症，与现代产后抑郁的症状类似。

临床特点

1 病史

产后抑郁作为一种精神障碍疾病与患者产后的生理心理状态有着密切联系，需要了解患者的心理社会因素，尤其是创伤性的生活事件如亲人亡故、婚姻变故、职业变动等。还应了解患者的既往史与个人史，尤其有无躯体性疾病、是否服用药物以及药物服用情况，比如抗高血压药等。此外，还应详细了解疾病发作的情况，记录发作的频率及症状，通常来说，疾病的发作次数、程度与预后紧密相关。

2 症状及体征

根据美国精神病学学会《精神障碍诊断与统计手册（第五版）》（DSM-5）围产期抑郁的症状主要分为三个方面：①核心症状群：心境低落、情绪抑郁；兴趣和愉悦感丧失；疲劳、对活动兴趣的丧失。②心理症状群常见的有：焦虑；注意力下降；自责感和无价值感；有自杀或伤婴的想法或行为；或精神病性症状。③躯体症状群：睡眠障碍、食欲不振、体重下降、性欲减低等（Am. Psychiatr. Assoc. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), 2013.）。除外患病人群以及时期不同，产后抑郁的临床表现与抑郁障碍相似，但是，产后抑郁对婴儿健康、母婴保健、婴儿发育和家庭人际关系的潜在影响更为复杂且更为严重。

3 预防和早期发现

对于产后抑郁的预防和早期发现，需要患者家属以及社会给予更多的关心和支持，还需关注遗传因素、环境因素、社会因素等，早发现、早诊断、早治疗。

诊断标准

1 西医诊断标准及分型

产后抑郁障碍(PPD),诊断可参照《精神障碍诊断和统计手册》第五版(DSM-5)中的抑郁障碍产后抑郁发作(peripartum depression),围产期起病,或者 ICD-11 中的“depressive disorders”。产后 12 个月内发病。其中轻中度的界定,也可分别按照 DSM-5 以及 ICD-11 中的轻中度分级标准。

1.1 诊断标准

起病时间为产后 1 天至产后 12 个月,符合下列症状中的五条或五条以上,必须至少包含第 1 或第 2 条,症状至少持续 2 周:①心境低落、情绪抑郁;②缺乏或丧失活动兴趣,没有愉悦感;③体重明显增加或下降;④睡眠质量差、失眠或嗜睡;⑤精神运动性兴奋或阻滞;⑥有疲劳或乏力感;⑦感到生活毫无意义或有自责、自罪感;⑧认知能力减退或注意力难以集中;⑨反复出现死亡的念头。

1.2 病情严重程度分级标准

采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估 PPD 严重程度和评定抑郁症状变化。根据本共识的需要将产后抑郁分为轻、中、高度,具体分类方法包括汉密尔顿抑郁量表 17 项、汉密尔顿抑郁量表 24 项,HAMD 量表对多个维度的症状及主观感受进行了评分统计,如忧郁情绪、有罪感、工作和兴趣、阻滞、精神性焦虑、全身症状共 6 个条目。具体的分类方法有以下两种。

1.2.1 汉密尔顿抑郁量表 17 项

无抑郁症状:评分<7 分;轻或中度抑郁:7~17 分;重度抑郁:评分 \geq 24 分。

1.2.2 汉密尔顿抑郁量表 24 项

轻度抑郁:评分在 20~26 分;中度抑郁:评分在 27~34 分;重度抑郁:评分 \geq 35 分。

1.3 鉴别诊断

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

2 中医辨证分型

中医诊断标准参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T 001.8-94）郁证的诊断标准制定：郁证因情志不舒，气机郁滞而致病。以抑郁善扰，情绪不宁，或易怒善哭为主症。

2.1 诊断标准

忧郁不畅，精神不振，胸闷胁胀，善太息；或不思饮食，失眠多梦，易怒善哭等症。

有郁怒、多虑、悲哀、忧愁等情志所伤史。

经各系统检查和实验室检查可排除器质性疾病。

应与癫病、狂病鉴别。

2.2 中医辨证

2.2.1 心脾两虚型

善思多虑不解，胸闷心悸，失眠健忘，面色萎黄，头晕，神疲倦怠，自汗，纳呆，舌淡，苔薄白，脉弦细或细数。

2.2.2 肝气郁结型

精神抑郁，胸胁胀满，或脘痞，暖气频作，善太息，月经不调，苔薄白，脉弦。

2.2.3 瘀血内阻型

面色黧黑，肌肤甲错，口唇爪甲紫暗，或皮下瘀斑，或痛经，经色黯或有瘀

块，舌紫黯或有瘀斑，舌下脉络粗胀青紫，脉细涩或弦数。

针灸研究进展

现代医学对针灸治疗产后抑郁进行了广泛而深入的研究，在多个关键领域取得了重要成果。在选穴规律方面，屈媛媛^[1]等人通过对大量文献进行数据挖掘分析，发现神门、内关、太冲、三阴交、足三里为针灸治疗产后抑郁的主要腧穴。这些穴位与百会、关元、心俞、脾俞等穴位之间关联性紧密，共同出现的频次及组合较高，协同发挥疏肝、健脾、补肾和安神的功效。这一研究结果为临床选穴提供了科学依据，有助于提高针灸治疗的针对性和有效性。

在临床疗效研究上，众多学者通过临床试验进行验证。许淑娟^[2]开展的随机对照试验，对头皮针治疗产后抑郁症的效果进行观察，结果显示头皮针治疗与基础治疗的疗效相当，但在 HAMD、EPDS 两抑郁量表积分方面，头皮针疗法比基础治疗更能有效缓解患者的抑郁症状，表明头皮针在改善患者抑郁状态方面具有独特优势。陈新英^[3]将针灸治疗与常规治疗进行对比研究，发现针灸治疗不仅能显著改善产后抑郁患者的焦虑和抑郁评分，还能提高患者血清雌二醇和孕酮水平，且治疗总有效率高于常规治疗，进一步证实了针灸治疗产后抑郁的临床价值。徐峰^[16]采取随机、对照、盲法的原则，运用逍遥散配合针灸治疗肝郁脾虚型产后抑郁症。研究结果表明，中药+针灸组在治疗 2、4、6 周的总有效率显著优于安慰剂组，且该组在调节体内激素水平方面具有明显优势，其作用机制可能与调节血清雌二醇及孕酮水平有关。这一经验为肝郁脾虚型产后抑郁的治疗提供了一种有效的临床方案。许芳^[14]应用益肾调气法，采用针灸配合口服颐脑解郁方中药的方式治疗产后抑郁症肾虚肝郁型患者。经过临床观察发现，该方法能有效改善患者的临床症状。在治疗过程中，中药组、针灸组、中药+针灸组在提高雌激素及孕酮水平方面均有显著作用，且中药+针灸组在改善雌二醇水平方面较单独使用中药或针灸组更具优势。

关于作用机制，现代研究从神经内分泌、神经递质及神经元等角度进行探索。刘思聪^[10]等学者研究发现，针刺可调节神经内分泌紊乱，通过调整女性血浆中性激素的含量，调节神经突触后膜对神经递质的再摄取过程，进而治疗产后抑郁。针刺还能调节神经递质的释放，提高产后抑郁患者外周血中单胺类物质（5-羟色

胺和肾上腺素)的释放与代谢,同时调节神经元活动,改善大脑皮质胶质原纤维酸性蛋白的表达,减轻神经组织中星形胶质细胞的损伤程度,从而缓解抑郁症状。

针灸治疗和推荐方案

1 针灸治疗原则和方法

1.1 针灸治疗的原则

针灸治疗轻中度产后抑郁障碍以辨病取穴为主，辅以辨证取穴和对症取穴。应根据病情的轻重程度，原发疾病的发病状况来确定治疗方案，再根据中医辨证分型和主要临床表现选用相应的穴位。

针灸治疗的疗程要足够长，一般为大于 6 周^[11]。

针灸治疗产后抑郁患者，在急性期主要作用在于改善症状、减轻西药的不良反应，在恢复期和维持期也可进行针灸治疗，主要作用在于防止复发。

轻度产后抑郁可以通过单纯针灸治疗；中度产后抑郁患者或疗效欠佳，可考虑配合抗抑郁药物；重度产后抑郁以抗抑郁药物治疗为主，针灸可起到辅助治疗作用。

1.2 选穴处方

临床选穴通常以与肝、脾、肾相关的穴位以及特定穴位为主^[12]。神门为手少阴心经原穴，可养心安神；内关是手厥阴心包经之络穴，能调理心气、疏导气血；太冲为肝经原穴，具有疏肝解郁、调畅气机的作用；三阴交是肝、脾、肾三经的交会穴，可健脾补肾、调理肝血；足三里为胃经之合穴、胃下合穴，能调补胃腑和中健脾。这些穴位相互配合，共同起到补脾胃、疏肝气、安神志的功效。

百会属督脉，督脉入络脑，刺之可调理脑神；心俞、脾俞为五脏背俞穴，与神门、内关和足三里配合，能加强益心神、调脾胃的作用；关元为小肠之募穴，对于元气虚损和妇科疾病有良好疗效；期门为肝之募穴，可调节肝之疏泄功能；血海和丰隆能加强脾胃调节功能，与产后女性的生理特点相契合；太溪穴为肾经原穴，可补益先天之精；四神聪穴位于巅顶，针刺此穴可调全身之经气，具有安神益智、健脑调神之功效^[13]。临床还辅以辨证取穴^{[14][15]}，肝郁气滞证加期门、行间，心脾两虚加心俞、脾俞，瘀血内阻加膈俞、血海。

1.3 刺灸方法

产后抑郁针灸治疗建议采用毫针刺法、电针、头针。

1.4 干预时机

针灸治疗产后抑郁患者，在急性期主要作用在于改善症状、减轻西药的不良反应，在恢复期和维持期也可进行针灸治疗，主要作用在于防止复发。

产后抑郁应尽早进行针灸干预。产后抑郁常在产后6周内发病，在这一时期，产妇的身体和心理状态较为脆弱，若能及时发现并进行针灸治疗，可有效缓解症状，防止病情进一步发展。早期干预能够及时调整产妇的身心状态，促进身体恢复，减少对母婴健康的不良影响。

在产后出现抑郁症状的初期，及时介入针灸治疗，能更好地改善患者的精神状态和生活质量^[15]。此时，病情相对较轻，针灸治疗能够更有效地调节患者的神经内分泌系统、改善气血运行，从而达到更好的治疗效果。如果延误治疗时机，病情可能会逐渐加重，增加治疗的难度和复杂性。因此，对于产后抑郁的高危人群，如具有抑郁病史、孕期焦虑、社会支持不足的产妇，应加强产后监测，一旦发现抑郁倾向，及时进行针灸干预。

2 主要结局指标

2.1 针灸治疗的主要结局

针灸治疗产后抑郁的疗效与单纯西药的疗效相当，但具有起效快、副作用少的优势；针灸和抗抑郁药物同时应用，可减少抗抑郁药物的用量及副作用。对于针灸治疗产后抑郁，关注的结局指标主要包括以下方面：（1）抑郁症状：包括长期疗效，短期疗效；（2）短期结局指标：情绪、认知功能、人际关系、生活质量、社会功能、躯体症状的改变；（3）长期结局指标：复发率与针灸疗法相关的结局指标，包括失眠、厌食、乏力、心悸、疼痛；（4）与西药有关的副反应：低钠血症、肝肾功能异常、胃肠道反应、体重增加、性功能下降、月经紊乱；（5）对产妇的影响：乳汁分泌、盆底肌修复、激素水平变化、减重、祛斑、治疗脱发。

2.2 卫生经济学评估

针灸治疗可减少抗抑郁药物的用量，但根据文献，目前尚无关于针灸治疗产后抑郁的卫生经济学研究和报道。

2.3 患者耐受性及生活质量评价

针刺治疗过程一般无明显不适。针刺治疗时如针刺手法过强或电针刺激强度过大，可能导致患者不能耐受。应用电针治疗时，部分患者会感到疼痛和惧怕，治疗前给予适当解释和调整电针刺激量可以减少患者不适。

2.4 不良反应及安全性评价

相对抗抑郁药物治疗，针灸治疗产后抑郁不良反应少，针刺治疗后有出现头昏、恶心者，电针百会、印堂有少数患者出现睡眠障碍、轻微头痛、身体疲劳不适。

3 注意事项

3.1 操作注意事项

针灸治疗过程中应注意与患者的沟通交流。治疗前平等、热情接诊，耐心倾听病人倾诉；恰如其分地引导病人宣泄；询问病史和查体时，适当解释抑郁相关特异性症状，满足病人潜在要求。针刺时，耐心和病人语言交流沟通，并给予适当的心理辅导。

针灸手法宜轻柔，刺激不要过强，使针感舒适。

针灸治疗的总疗程长短，应根据患者病情轻重程度、依从性、治疗过程中的改善情况等方面综合决定。

如果针灸治疗抑郁症疗效欠佳，应建议其到专科医院就诊。

对于曾经有过自杀念头或自杀企图的患者应高度警惕，医生应反复提醒家属及其照料者将预防自杀作为首要任务。

心理应激因素在抑郁症的发生发展中起到重要作用，在针灸治疗基础上辅心理治疗，可以取得更好的疗效。

3.2 禁忌症

大病体弱、贫血、醉酒、处于兴奋状态不合作者。

既往或者目前有严重的循环系统、呼吸系统、血液系统、消化系统、内分泌代谢、神经系统、免疫系统、恶性肿瘤疾病的严重抑郁症患者。

穴位局部感染、外伤者。

药物、毒品滥用者。

有高度自杀倾向的患者。

目前或既往曾符合 DSM-5 精神病性障碍、与精神活性物质有关的障碍、精神病性抑郁、环性或者双相情感障碍的诊断而不能配合针灸治疗的患者。

4 患者自我管理

坚持治疗，不能因为暂时疗效欠佳或症状明显好转而中止治疗。

饮食有节，在饮食上可以少食多餐，选择易咀嚼、易消化、高热量、高蛋白及维生素丰富的食品。

适当运动，保证睡眠质量。

舒畅情志，多与家人及朋友交流沟通。

5 主要推荐意见

1) 针对轻中度产后抑郁障碍人群,如果采用非药物疗法,相较于心理治疗,应该推荐针灸治疗(证据级别低,弱推荐)。

2) 针对轻中度产后抑郁障碍人群,如果采用非药物疗法,相较于运动疗法,应该推荐针灸治疗(建议)。

3) 针对轻中度产后抑郁障碍人群,如果采用非药物疗法,相较于经颅磁刺激,应该推荐针灸治疗(证据级别极低,弱推荐)。

4) 针对轻中度产后抑郁障碍人群,相较于针灸加西药,应该推荐针灸治疗(证据级别极低,弱推荐)。

5) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针、头针、电针，推荐毫针（建议）。

6) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针、头针，推荐电针（建议）。

7) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于耳针，推荐头针（建议）。

8) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于1周2次，推荐的针灸频次是1周 \geq 3次（建议）。

9) 针对轻中度产后抑郁障碍人群，采用针灸疗法，相较于小于等于6周，推荐的针灸疗程是大于6周为一个最少治疗周期（建议）。

6 推荐方案

6.1 推荐方案一：调神舒肝法

调神舒肝法是针对产后抑郁脑神失调，肝失疏泄的病机理论所确立的一种治疗方法，在选穴上突出了督脉的中心地位和肝经的辅助作用。其主穴为百会、印堂穴，合用具有调神醒脑之效。该方法治疗抑郁症起效快，疗效与抗抑郁药物相当，且副作用小于抗抑郁药物。

主穴：印堂、百会。

配穴：神门、内关、风池、合谷、太冲。

辨证取穴：肝气郁结型配肝俞、三阴交、膻中；气郁化火型配风池、肝俞、大陵、行间、侠溪；忧郁伤神型配三阴交、足三里、心俞、安眠、神门、内关；心脾两虚型配三阴交、足三里、脾俞；阴虚火旺型配太溪、照海、三阴交、肝俞；肝肾不足型配肝俞、肾俞。

随症加减：抑郁症患者的临床表现较多，除心境低落等核心症状外，还可出现失眠、食欲下降、体重减轻等躯体化症状，针灸治疗抑郁症的优势也在于可以较好地改善这些躯体化症状。根据患者的不同临床表现选用相应的穴位对症治疗，

可以取得更好的临床效果。忧郁寡言：哑门、天突；失眠健忘：安眠穴、神道、大椎、三阴交；多梦眩晕：肾俞、太溪、内关；呆滞少动：少商、十宣；伴有妄想：人中、大椎、神门；焦虑明显：少冲、三棱针点刺出血；胃肠不适：中脘、足三里；心慌胸闷：内关、膻中；口干便秘：天枢、上巨虚、支沟；动气上逆：公孙、列缺。

针刺方法：针百会，针与头皮呈 30° 夹角，快速刺入头皮下，进针 0.5 寸；针印堂，提捏局部皮肤，平刺 0.5 寸。百会、印堂均均匀捻转，得气即止。在百会穴向前平刺，在印堂穴向上平刺。得气后接电针仪，低频，强度以患者能耐受为度，波形为疏密波或连续波。其余各穴直刺 0.5~1 寸。内关、太冲行捻转泻法，其余各穴依照虚则补之、实则泻之的原则，在得气的基础上施以捻转补泻，留针 20~30 分钟。

疗程：每周治疗 5 次，治疗 4~6 周为 1 个疗程。

注意事项：①头部穴位加电针时少数患者会感到疼痛和惧怕，应在治疗前做适当的解释；②应缓慢逐渐增强，使病人能耐受，感到舒适为宜，严禁突然加大电量，以防止发生意外；③治疗过程中有少数患者出现睡眠障碍、轻微头痛、身体疲劳不适。嘱患者放松并适当休息即可缓解；④处于兴奋状态不合作者，严重心脏病心功能代偿不全者及穴位局部感染外伤者不宜选用此方法。

6.2 推荐方案二：体针结合头针针刺法

推荐方案二在选穴上强调体针与头针相结合，具有调神醒脑，调养气血之效。该方法治疗产后抑郁起效快，疗效优于心理治疗。

主穴：百会、情感区、内关、神门、安眠、足三里。

配穴：三阴交、太冲、太溪。

针刺方法：百会穴（平刺 1.0~1.2 寸）与情感区（共三针，第一针在神庭穴与印堂穴之间，其余两针在目内眦直上，平行于第一针。此三针沿皮从下向上平刺 1.2 寸）常规刺法捻转频率为 200 次 / 分钟。安眠穴（双侧）直刺 0.8~1.2 寸，内关穴（双侧）直刺 1.0~1.2 寸，神门穴（双侧）避开尺动、静脉直

刺 0.3~0.5 寸，足三里穴（双侧）直刺 1.0~1.5 寸，三阴交穴（双侧）直刺 1.0~1.5 寸，太冲穴（双侧）直刺 0.5~0.8 寸，太溪穴（双侧）直刺 0.5~0.8 寸。三阴交、足三里、神门采用补法进针，其余穴位采用平补平泻手法进针。每天针刺 1 次，每次 30 分钟。

疗程：持续针刺 6 天，休息 1 天。7 天为 1 个周期，共治疗 4 个周期。

6.3 推荐方案三：调任通督针法

调任通督针法是针对产后抑郁阴阳失调，气血失和的病机理论所确立的一种治疗方法，在选穴上突出了督脉和任脉的中心地位。其主穴为百会、印堂、中脘、气海、关元穴，合用具有协调阴阳、益气和血之效。该方法治疗产后抑郁起效快，无明显不良反应。

主穴：百会、印堂、中脘、气海、关元；

配穴：内关、神门、合谷、足三里、三阴交、太冲。

针刺方法：患者取侧卧位或端坐位，针刺穴位皮肤用酒精常规消毒，选取相应穴位进行针刺。百会穴，平刺 0.5~0.8 寸，印堂穴平刺 0.5~0.8 寸，中脘、内关、神门、合谷、足三里、三阴交、太冲直刺 0.5~0.8 寸，气海、关元、心俞、膈俞、肝俞斜刺 0.5~0.8 寸。连接电针仪的 2 对电极分别置于百会穴和印堂穴的针柄上，中脘穴和气海穴的针柄上，或者是双侧膈俞和肝俞的针柄上。

电针参数：输出导线夹夹在毫针针柄上。每次接两组电针，分别是百会穴和印堂穴，中脘穴和气海穴，或者是双侧膈俞穴和肾俞穴。采用连续波，频率 2 Hz，强度以患者自觉能耐受为度，定时 30 分钟。

疗程：每周治疗 3 次，4 周为 1 疗程，连续治疗 2 个疗程（共 8 周）。

【参考文献】

- [1] 屈媛媛, 冯楚文, 杨燕, 等. 数据挖掘探索针灸治疗产褥期抑郁症选穴规律[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(09):33-39.
- [2] 许淑娟. 头皮针对产后抑郁症的影响[D]. 广州中医药大学, 2010.
- [3] 陈新英, 张勇. 针灸治疗产后抑郁的临床效果观察[J]. 继续医学教

- 育, 2019, 33(10):155-157.
- [4] 刘晋英, 刘喜芹, 孙荣华, 等. 基于“脑肠轴”探讨针灸治疗产后抑郁的疗效及对肠道菌群的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(09):2524-2527.
- [5] 魏海燕, 王君, 邱晓玲, 等. 产后抑郁症病因病机及中医针灸治疗进展[J]. 海南医学, 2022, 33(11):1472-1475.
- [6] 官宏, 王健. 产后抑郁的现代病因病机研究及针灸治疗进展[J]. 中医药学报, 2020, 48(12):74-78.
- [7] 王新宇, 聂文祎, 楚天云, 等. 基于数据挖掘的针灸治疗产后抑郁症的选穴规律研究[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(03):225-230.
- [8] 刘思聪. 产后抑郁障碍的影响因素分析及针刺疗效研究[D]. 辽宁中医药大学, 2020.
- [9] 许梦白, 刘雁峰, 陈家旭. 产后抑郁症中医研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(02):805-808.
- [10] 刘思聪, 裴莹, 汤聪, 等. 针灸治疗产后抑郁的理论探析[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(11):2621-2624.
- [11] 刘亚敏. 孙氏腹针治疗产后抑郁症的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2019.
- [12] 罗诗雨, 李应昆. 针刺治疗产后抑郁症概况[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(01):135-137.
- [13] 张凯宇. 针刺治疗产后抑郁临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
- [14] 许芳, 唐启盛. 益肾调气法改善产后抑郁症肾虚肝郁型中医证候的临床观察[J]. 北京中医药, 2016, 35(01):72-75.
- [15] 肖瑶. 针灸配合心理干预治疗产后抑郁症的病例研究[D]. 长春中医药大学, 2015.
- [16] 徐峰. 逍遥散配合针灸治疗产后抑郁症的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(09):896-899.
- [17] 林嘉祈. 针药联合心理疗法治疗心脾两虚型产后抑郁症的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2013.
- [18] 陆晓红, 林虹, 陈东升. 产后抑郁症的针刺干预治疗[J]. 针灸临床杂

志, 2008, (07):13-14.

附录

1. 本《共识》专家组成员和工作组成员

起草单位：深圳市中医院

项目负责人：杨卓欣（深圳市中医院）

指导专家：刘保延（中国中医科学院），杨骏（安徽中医药大学），郭义（天津中医药大学）

核心专家组成员（按姓氏笔画排序）：何丽云（中国中医科学院，临床评价方法学专家）、赵宏（深圳市罗湖区中医院，针灸学专家）、赵吉平（北京中医药大学东直门医院，针灸学专家）、杨卓欣（深圳市中医院，针灸学专家）、于海波（深圳市中医院，针灸学专家）、刘雅莉（首都医科大学附属北京儿童医院，循证评价与临床实践指南制定方法学专家）、海英（辽宁中医药大学附属医院，针灸学专家）、姚吉龙（深圳市妇幼保健院，妇产科学专家）、龚林（深圳市妇幼保健院，妇产科学专家）、刘铁榜（深圳市康宁医院，精神病学专家）、张迎黎（深圳市康宁医院，精神病学专家）。

专家组成员（按姓氏笔画排序）：白伟杰（中山市中医院）、储浩然（安徽省针灸医院）、冯军（广州中医药大学深圳医院）、符文彬（广东省中医院）、虢周科（深圳中医院）、海英（辽宁中医药大学附属医院）、何丽云（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、胡玲（安徽中医药大学）、黄剑美（深圳市中医院）、江钢辉（广州中医药大学第一附属医院）、江红（大连市中医医院）、李瑛（成都中医药大学）、刘佳（中国中医科学院）、刘健华（广东省中医院）、刘铁榜（深圳市精神卫生中心）、刘志顺（中国中医科学院广安门医院）、宁艳（深圳市妇幼保健院）、苏同生（陕西省中医医院）、王澍欣（广州中医药大学第一附属医院）、许焕芳（中国中医科学院针灸研究所）、闫世艳（北京中医药大学）、杨继国（山

东中医药大学)、杨骏(安徽省中医院)、杨卓欣(深圳市中医院)、姚吉龙(深圳市妇幼保健院)、易玮(广州中医药大学)、于海波(深圳市中医院)、张辉(中国医科大学附属盛京医院)、张迎黎(深圳市康宁医院)、赵宏(深圳市罗湖区中医院)、赵吉平(北京中医药大学东直门医院)、周鹏(深圳市宝安区中医院)、庄礼兴(广州中医药大学第一附属医院)

工作组成员:罗文舒、黄杏贤、刘凡、徐健钦、卢春键、袁伟渠、周玉梅、蒋娇娜、邓容(深圳市中医院)。

利益冲突声明

本共识项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”,且已存档。在共识制定过程中,所有相关参与者均无利益冲突。

2. 临床问题

针对轻中度产后抑郁人群,如果采用非药物疗法,相较于心理治疗,是否应该推荐针灸治疗。

针对轻中度产后抑郁人群,如果采用非药物疗法,相较于运动疗法,是否应该推荐针灸治疗。

针对轻中度产后抑郁人群,如果采用非药物疗法,相较于经颅磁刺激,是否应该推荐针灸治疗。

针对轻中度产后抑郁人群,相较于针灸加西药,是否应该推荐针灸治疗。

针对轻中度产后抑郁人群,采用针灸疗法,相较于耳针、头针、电针,是否推荐毫针。

针对轻中度产后抑郁人群,采用针灸疗法,相较于头针、电针、毫针,是否推荐耳针。

针对轻中度产后抑郁人群,采用针灸疗法,相较于耳针、电针、毫针,是否推荐头针。

针对轻中度产后抑郁人群,采用针灸疗法,相较于耳针、头针、毫针,是否推荐电

针。

针对轻中度产后抑郁人群，采用针灸疗法，相较于1周2次，是否推荐的针灸频次是1周 \geq 3次。

针对轻中度产后抑郁人群，采用针灸疗法，相较于小于等于8周，是否推荐的针灸疗程是大于8周为一个最少治疗周期。

针对轻中度产后抑郁人群，采用针灸疗法，相较于小于等于6周，是否推荐的针灸疗程是大于6周为一个最少治疗周期。

3. 疗效评价指标的分级

经初步检索文献，有关轻中度产后抑郁症的疗效评价指标包括以下9项。

3.1. 汉密尔顿抑郁量表（HAMD）

3.2. 汉密尔顿抑郁量表（HAMD）减分率

减分率=（治疗前总分 - 治疗后总分）/治疗前总分 \times 100%。

痊愈为减分率 \geq 75%。

显效为50% \leq 减分率 $<$ 75%。

有效为25% \leq 减分率 $<$ 50%。

无效为减分率 $<$ 25%

3.3. 抑郁自评量表测试（SDS）

3.4. 汉密尔顿抑郁量表（HAMD）各因子评分

包括焦虑躯体化、体重、认知障碍、阻滞、睡眠障碍等方面。

3.5. 焦虑自评量表（SAS）

3.6. 匹兹堡睡眠质量指数评定量表（PSQI）

3.7. 副反应量表（TESS）

3.8. 临床总体印象量表评分（CGI）

3.9. 综合有效率

3.9.1. 治愈

轻中度产后抑郁症的主要症状（情绪低落、思维迟钝、语言动作减少）消失，积极配合治疗。

3.9.2. 显效

轻中度产后抑郁症的基本症状消失，能配合治疗。

3.9.3. 有效

轻中度产后抑郁症的基本症状改善，不能主动配合治疗。

3.9.4. 无效

轻中度产后抑郁症无改善或恶化。

4. 检索范围、检索策略及结果

4.1. 检索范围

英文：Cochrane 精神病组资料库、Pubmed(2015 to 2023)。

中文：中国知网（CNKI）、万方数据知识服务平台、维普数据库、中国生物医学文献数据库(CBM)。

如有必要，对研究文献的作者进行询问，从已发表论文的参考文献中进行筛检。

4.2. 检索策略

检索词分为以下几类：

4.2.1. 现代文献检索词

病名：产后抑郁、产后抑郁障碍。

干预措施：针灸、针刺、针药、电针、耳针、耳压、腹针、芒针、艾灸。

4.2.2. 英文文献检索词

病名：Postpartum Depression, Postnatal Depression

干预措施：Acupuncture , elecrapuncture, auricular, auricular acupresure, moxibustion

4.3. 检索结果

共检索出文献 1102 篇，经去重和阅读全文后纳入 14 篇。

5. 文献质量评估

5.1. 针灸 VS 心理治疗

共找到相关文献 2 篇

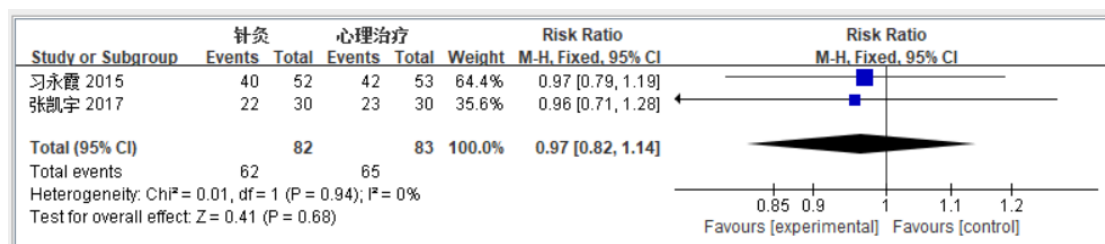
姓名	年份	类型	题目	试验组样本量	试验组	对照组	对照组
习永霞	2015	rct	针刺配合心理干预对产后抑郁患者 5-HT、OFQ 和 E ₂ 的影响	52	针刺	53	心理治疗
张凯宇	2017	rct	针刺治疗产后抑郁临床疗效观察	30	针灸	30	心理治疗

5.1.1. 文献质量评价：

张凯宇 2017	习永霞 2015	
		Random sequence generation (selection bias)
		Allocation concealment (selection bias)
		Blinding of participants and personnel (performance bias)
		Blinding of outcome assessment (detection bias)
		Incomplete outcome data (attrition bias)
		Selective reporting (reporting bias)
		Other bias

5.1.2. 结局指标：

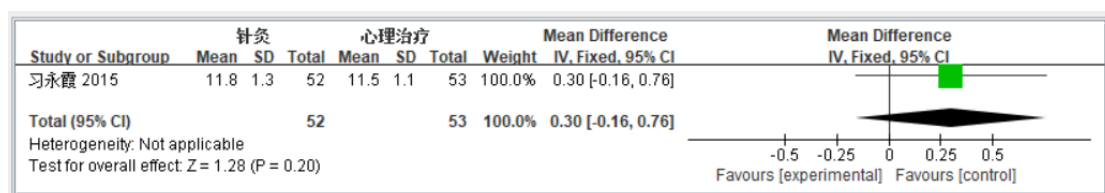
5.1.2.1. 有效率



合并后的 RR=0.97，P=0.68。差异无统计学意义。

5.1.2.2. 治疗后 HAMD 评分

只有一篇文章提及，且差异无统计学意义：



组别	n	时间	HAMD分值
针刺组	52	治疗前	22.3±1.8
		治疗后	11.8±1.3 ¹⁾²⁾
心理干预组	53	治疗前	22.1±1.4
		治疗后	11.5±1.1 ¹⁾²⁾

其余结局指标未提及。

5.2. 针灸 VS 运动治疗

未查询到相关文献

5.3. 针灸 VS 经颅磁治疗

无直接相关文献，间接文献

5.4. 针灸 vs 抗抑郁药 8 篇 and 经颅磁 vs 抗抑郁药 1 篇

姓名	年份	类型	题目	试验组样本量	试验组	对照组	对照组

庄志成	2020	RCT	经颅磁刺激治疗产后抑郁的效果及预后分析	20	经颅磁	20	盐酸舍曲林片
陈新英	2019	RCT	针灸治疗产后抑郁的临床效果观察	50	针刺	50	盐酸氟西汀分散片
于树静	2015	RCT	针刺十三鬼穴对产后抑郁症临床疗效及生活质 量的影响	30	针刺孙氏十三鬼穴+心理调适	30	氟西汀胶囊+心理调适
林媛媛	2021	RCT	针刺结合麦粒灸治疗轻度产后抑郁症疗效观察	30	针刺结合麦粒灸治疗+心理疗法	30	服盐酸舍曲林分散片+心理疗法
董建萍	2014	RCT	头部透穴结合普通针刺治疗产后抑郁症 30 例	30	头部透穴和普通针刺	30	盐酸氟西汀
张贵锋	2017	RCT	通元针法联合隔药盐灸神阙治疗产后抑郁症临床研究	40	通元针法联合隔药盐灸神阙	20	盐酸氟西汀胶囊
陈杰	2010	RCT	针刺治疗产后抑郁症的疗效评价	26	针灸	26	口服盐酸氟西汀 20 mg
赵蓉	2011	RCT	针灸治疗产后抑郁症 50 例	50	针灸	50	盐酸氟西汀
陈洪琳	2007	RCT	俞募通经法治疗产后抑郁症的临床研究	22	针灸	22	马普替林

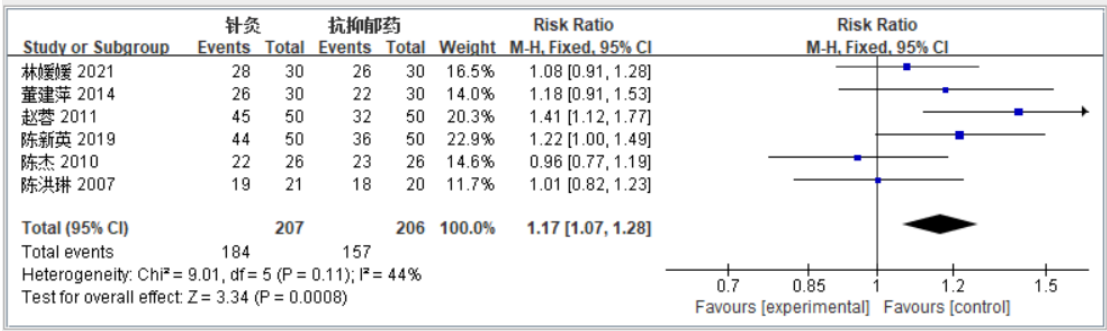
先将 8 篇针灸 vs 抗抑郁药合并，再间接比较经颅磁 vs 针灸。

5. 4. 1. 文献质量评价：

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
于树静 2015	+	?	-	?	+	+	+
庄志成 2020	+	?	-	?	+	+	+
张贵锋 2017	+	?	-	?	+	+	+
林媛媛 2021	+	?	-	?	+	+	+
董建萍 2014	+	?	-	?	+	+	+
赵蓉 2011	+	?	-	?	+	+	+
陈新英 2019	+	?	-	?	+	+	+
陈杰 2010	+	?	-	?	+	+	+
陈洪琳 2007	+	?	-	?	-	+	+

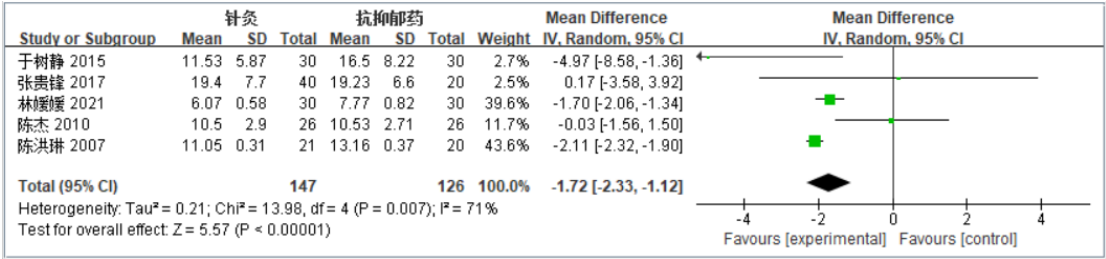
5. 4. 2. 针灸 vs 抗抑郁药 结局指标：

5. 4. 2. 1. 有效率：



RR=1.17 p<0.05

5.4.2.2. HAMD 评分:



MD=-1.72 P<0.05

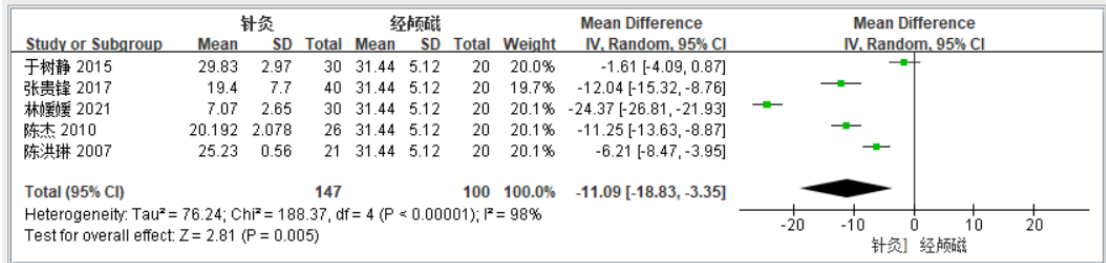
5.4.2.3. 比较合并后的针刺组和经颅磁有效率:



P>0.05, 差异无统计学意义

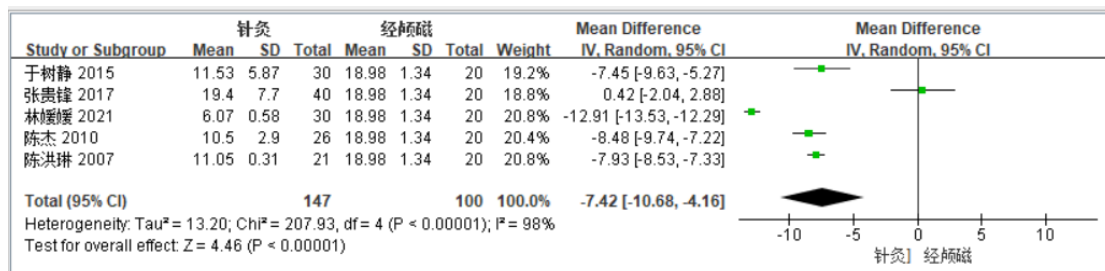
5.4.2.4. 比较合并后的针刺组和经颅磁 HAMD:

治疗前:



P<0.05, 基线不齐。

治疗后:



差异具有统计学意义。针灸优于经颅磁（但基线不齐）

5.4.2.5. 不良反应：经颅磁组出现 2 例出现不良反应，发生率为 10.0%；1 例出现恶心，1 例出现头晕。针刺组未见不良反应。

余结局指标未提及。

5.5. 单纯针灸 VS 针灸加西药

未找到相关文献，间接相关文献

5.6. 针灸 vs 抗抑郁药 8 篇 and 针灸联合抗抑郁药 vs 抗抑郁药 1 篇

作者	年份	研究类型	题目	试验组样本量	治疗组干预措施	对照组样本量	对照组干预措施
张富超	2021	RCT	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	46	益肾健脾针刺法辅助文拉法辛	46	文拉法辛
陈新	2019	RCT	针灸治疗产后抑郁的临床效果观察	50	针刺	50	盐酸氟西汀分散片

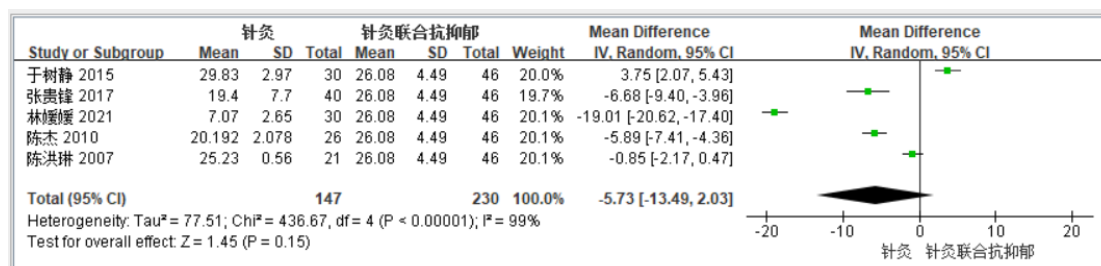
英							
于树静	2015	RCT	针刺十三鬼穴对产后抑郁患者疗效及生活质量的影响	30	针刺孙氏十三鬼穴+心理调适	30	氟西汀胶囊+心理调适
林媛媛	2021	RCT	针刺结合麦粒灸治疗轻度产后抑郁症疗效观察	30	针刺结合麦粒灸治疗+心理疗法	30	服盐酸舍曲林分散片+心理疗法
董建萍	2014	RCT	头部透穴结合普通针刺治疗产后抑郁症 30 例	30	头部透穴和普通针刺	30	盐酸氟西汀
张贵锋	2017	RCT	通元针法联合隔药盐灸神阙治疗产后抑郁症临床研究	40	通元针法联合隔药盐灸神阙	20	盐酸氟西汀胶囊
陈杰	2010	RCT	针刺治疗产后抑郁症的疗效评价	26	针灸	26	口服盐酸氟西汀 20 mg
赵蓉	2011	RCT	针灸治疗产后抑郁症 50 例	50	针灸	50	盐酸氟西汀
陈洪琳	2007	RCT	俞募通经法治疗产后抑郁症的临床研究	22	针灸	22	马普替林

5.6.1. 文献质量评价

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
于树静 2015	+	?	-	?	+	+	+
张富超 2021	+	?	-	?	+	+	+
张贵锋 2017	+	?	-	?	+	+	+
林媛媛 2021	+	?	-	?	+	+	+
董建萍 2014	+	?	-	?	+	+	+
赵蓉 2011	+	?	-	?	+	+	+
陈新英 2019	+	?	-	?	+	+	+
陈杰 2010	+	?	-	?	+	+	+
陈洪琳 2007	+	?	-	?	-	+	+

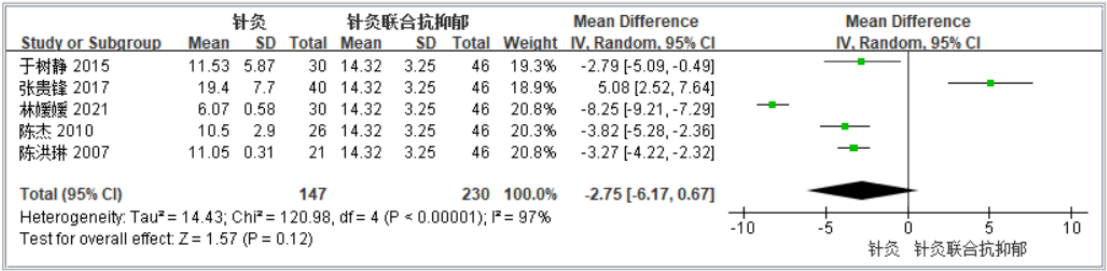
5.6.2. 合并后针灸 vs 针灸联合抗抑郁药 HAMD:

治疗前



P<0.05, 基线不齐

治疗后：



针刺组优于针刺联合抗抑郁药组（但基线不齐）

5.7. 针对轻中度产后抑郁人群采用针灸疗法

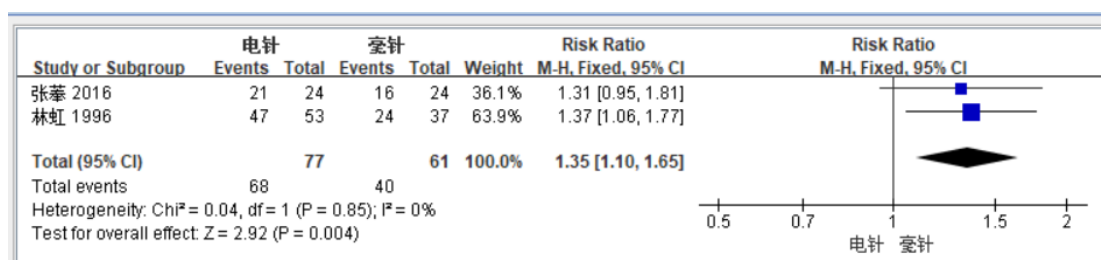
关于毫针、耳针、头针、电针干预产后抑郁，找到电针 vs 普通针刺 2 篇

作者	年份	研究类型	题目	人群	试验组样本量	治疗组干预措施	对照组样本量	对照组干预措施
张蓁	2016	rct	音乐电针结合五脏俞募配穴治疗产后抑郁症 24 例	产后抑郁	24	音乐电针配合五脏俞募穴	24	常规针刺
林虹	1996	不详	电针治疗产后精神障碍抑郁型 53 例疗效观察	产后精神障碍抑郁型	53	电针疗法	37	毫针刺法

5.7.1. 文献质量评价：

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
张葦 2016	+	?	-	?	+	+	+
林虹 1996	?	?	-	?	+	+	+

5.7.2. 有效率:



RR : 1.35 P<0.05

5.7.3. 爱丁堡评分: 只有一篇文献提及。

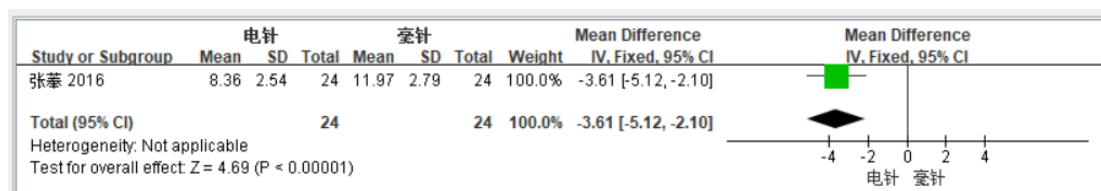


表 2 两组治疗前后 EPDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	疗前	疗后
治疗组	24	15.29 ± 2.85	8.36 ± 2.54**
对照组	24	15.35 ± 2.68	11.97 ± 2.79 [#]

余结局指标未提及。

5.8. 推荐的针灸频次

一周 2 次 VS 一周 ≥ 3 次

未找到相关 RCT 文献，有一篇观察性研究。

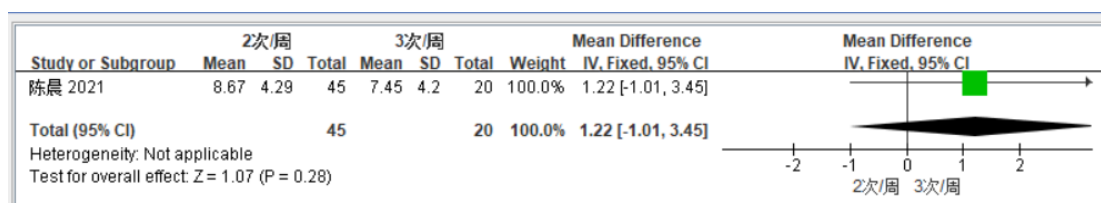
陈晨。轻中度产后抑郁针刺疗效评价的真实世界研究。广州中医药大学，2021。

表 95 HAMD 总分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
1 次/周组	23	14.52 ± 4.07	7.44 ± 3.69 ^①	7.09 ± 4.80
2 次/周组	45	15.29 ± 3.57	8.67 ± 4.29 ^②	6.62 ± 4.25
≥ 3 次/周组	20	13.85 ± 4.12	7.45 ± 4.20 ^③	6.40 ± 5.87

注：与治疗前比较，① $P=0.000<0.01$ ，② $P=0.000<0.01$ ，③ $P=0.000<0.01$

差异无统计学意义



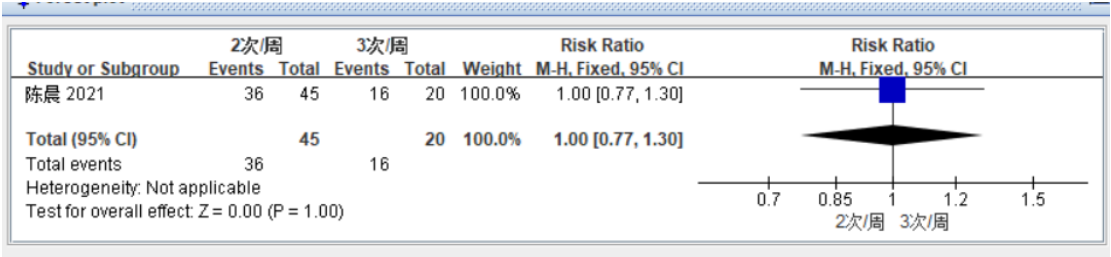
MD=1.22, $P>0.05$ ，差异无统计学意义。

3.4.2.3.4 总有效率比较：如表 115 所示，经 $Kruskal-Wallis\chi^2$ 非参数检验，结果提示组间总体无显著性差异 ($P=0.195>0.05$)。

表 115 不同频率组间疗效比较—治疗前后总有效率 (f)

组别	治愈	显效	有效	无效	加重	总有效率
0 次/周	13	0	3	10	6	50.00%
1 次/周	13	2	3	4	1	78.26%
2 次/周	18	4	14	6	3	80.00%
3 次/周	10	3	3	2	2	80.00%

差异无统计学意义



差异无统计学意义。

5.9. 推荐疗程

大于8周 VS 小于等于8周为一个最少治疗周期

大于6周 VS 小于等于6周为一个最少治疗周期

无直接相关文献，检索到一篇观察性研究有相关内容：

陈晨。轻中度产后抑郁针刺疗效评价的真实世界研究。广州中医药大学，2021。

表 65 HAMD 总分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
1-19 天组	22	15.86±4.39	7.59±3.70 ^①	8.27±4.70
20-42 天组	22	14.18±3.67	7.09±4.57 ^②	7.09±4.89
43-57 天组	22	14.00±3.83	8.36±4.18 ^③	5.64±4.16
>57 天组	22	15.00±3.34	9.23±3.94 ^④	5.77±5.02

注：与治疗前比较，①P=0.000<0.01；②P=0.000<0.01；③P=0.000<0.01；④P=0.000<0.01；

表 87 不同疗程组间疗效比较—治疗前后总有效率 (f)

组别	治愈	显效	有效	无效	加重	总有效率
对照组	13	0	3	10	6	50.00%
1-19 天组	12	3	5	2	0	90.91% ^①
20-42 天组	13	3	2	2	2	81.82%
43-57 天组	8	2	7	4	1	77.27%
>57 天组	8	1	6	4	3	68.18%

注：与对照组比较，①P=0.024<0.05

5.9.1. 大于8周 VS 小于等于8周

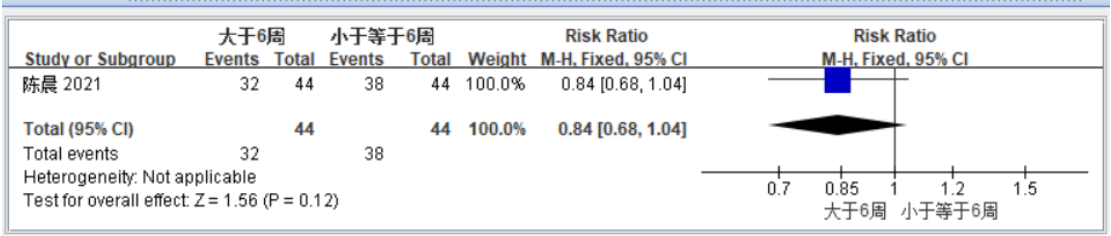
有效率



差异无统计学意义

5. 9. 2. 大于 6 周 VS 小于等于 6 周为一个最少治疗周期

有效率



差异无统计学意义。

余结局指标未提及。

6. 本《共识》推荐方案的形成过程

本《共识》从初稿、《共识》修订稿到《共识》的送审稿共修改 10 余次。

6. 1. 《共识》初稿

本《共识》框架主要是根据检索到的文献证据确定推荐方案。

6. 2. 《共识》的修改稿

经过专家组讨论，确定相较于心理治疗、运动疗法和经颅磁刺激，应该推荐针灸治疗；相较于针灸加西药，应该推荐针灸治疗；针灸疗法推荐毫针、电针、头针；针灸频次 1 周≥3 次，大于 6 周为一个最少治疗周期。

6. 3. 《共识》的送审稿

课题组根据全国范围专家意见征集意见，对《共识》做出了修订和完善，完成了送审稿。

6.4. 《共识》送审稿的修改

课题组针对专家组的意见，就《共识》的送审稿进行了修正和完善。

6.5. 《共识》的定稿

课题组在专家共识推荐方案专家论证会后，针对专家对《共识》存在的问题，按照总课题组的统一标准进行修改，并形成《共识》的定稿。

7. 本《共识》推荐方案征求意见稿

产后抑郁推荐采用调神舒肝法治疗，以印堂、百会为主穴。

对于躯体化症状较多的患者，建议根据主要临床表现选用相应的穴位对症治疗。

不能耐受针刺治疗的轻中度抑郁症患者，可予耳穴压丸法治疗。

8. 专家意见征集过程、结果汇总及处理

8.1. 第一轮专家意见征集

首先在深圳市范围内征求了同行业专家意见。原方案中涉及 16 个临床问题，7 类结局指标，专家对每一条目均进行了点评，反馈意见包括是否同意该条目，同意或者不同意的理由，该条目的优缺点，以及更好的建议等内容。根据专家意见，我们对临床问题和结局指标做了调整精简。

8.2. 第二轮专家意见征集

在全国范围内由总课题组组织，征求了全国针灸专家意见，共收到 32 份反馈意见。数据汇总如下：

产后抑郁人群，相较于心理治疗、运动疗法和经颅磁刺激，应该推荐针灸治疗；相较于针灸加西药，应该推荐针灸治疗；针灸疗法推荐毫针、电针、头针；针灸频次 1 周 ≥ 3 次，大于 6 周为一个最少治疗周期。

针灸治疗抑郁症应以辨病取穴为主，辅以辨证取穴和对症取穴。应根据病情轻重程度和原发疾病情况确定治疗方案，再根据中医辨证分型和主要临床表现选用相应的穴位。

轻度产后抑郁可以单纯采用针灸治疗；中度产后抑郁若临床疗效欠佳，则需配合抗抑郁药物；重度产后抑郁症需使用抗抑郁药治疗，针灸可起到辅助治疗作用。有自杀倾向的患者应建议其到专科医院就诊，防止患者出现意外。

治疗疗程要足够长，一般大于 6 周。

单一针灸治疗无效时可以采用两种及两种以上的针灸方法，如电针合用头针。

8.3. 第三轮专家意见征集

专家组论证会后提出以下意见。每一条推荐方案后面应明确列出证据质量等级，并附上以文字的形式描述的该证据体的内容，包括纳入的文献数量、证据质量评价结果等；推荐意见可以只列出强推荐、弱推荐，不推荐的内容没有，后者及其中立意见，可以不在《共识》中出现；主要推荐意见第一和第三条，因证据等级分别为低和极低，建议由强推荐改为弱推荐。