

DOI: 10.12280/gjfcx.20240014

·论 著·

## 四川经济欠发达地区围产期抑郁症状检出率及影响因素

黄玥, 谭欣林, 袁玉红, 张强, 任郁, 宾冬梅, 漆洪波, 石琪

**【摘要】**目的:调查四川经济欠发达地区围产期女性不同时期抑郁症状发生情况及影响因素。方法:选取 2022 年 10 月—2023 年 9 月于自贡市和南充市 4 所医疗机构建卡产检或住院的孕产妇。收集患者人口学及临床资料,利用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)进行抑郁筛查,采用 Logistic 回归分析围产期 5 个时期[妊娠早期(<14 周)、妊娠中期(14~27<sup>周</sup>)、妊娠晚期(≥28 周)、产后 1 周和产后 6 周]抑郁症状发生的影响因素。结果:共纳入 3 696 例孕产妇,围产期 5 个时期抑郁症状检出率波动在 26.39%~35.38%。Logistic 回归分析显示,不同围产期抑郁症状的危险因素有所不同,妊娠早期为非计划妊娠、有家族精神病史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落及末次月经期间情绪低落或紧张;妊娠中期为有家族精神病史、现居农村、妊娠前 1 年持续 2 周及末次月经期间情绪低落或紧张;妊娠晚期为有家族高血压、糖尿病、肿瘤史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落或紧张及末次月经期间情绪紧张;产后 1 周为有家族精神病、高血压、糖尿病、肿瘤史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落及末次月经期间情绪紧张;产后 6 周为初产妇、现居农村、有家族精神病史和妊娠前 1 年持续 2 周情绪紧张。结论:南充及自贡地区围产期抑郁症状检出率整体处于较高水平,建议围产保健者从妊娠早期启动抑郁筛查,重点关注不同时期存在危险因素的孕产妇,必要时重复筛查,对围产期抑郁症(perinatal depression, PND)隐患人群给予及时的心理访谈和专科治疗,减少母婴不良事件的发生。

**【关键词】** 抑郁;围产期;社会经济因素;影响因素分析;危险因素

**Perinatal Depression Symptom Detection Rate and Influencing Factors in Economically Underdeveloped Areas of Sichuan** HUANG Yue, TAN Xin-lin, YUAN Yu-hong, ZHANG Qiang, REN Yu, BIN Dong-mei, QI Hong-bo, SHI Qi. Department of Obstetrics and Gynecology, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, Sichuan Province, China (HUANG Yue, TAN Xin-lin, YUAN Yu-hong, SHI Qi); Maternal and Child Health Hospital of Yilong County, Nanchong 637000, Sichuan Province, China (ZHANG Qiang); Department of Obstetrics, Maternal and Child Health Hospital of Zigong, Zigong 643000, Sichuan Province, China (REN Yu); Nanchong Maternal and Child Health Family Planning Service Center, Nanchong 637000, Sichuan Province, China (BIN Dong-mei); Affiliated Women's and Children's Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 401147, China (QI Hong-bo)

Corresponding author: SHI Qi, E-mail: adastone1975@163.com

**【Abstract】** Objective: To investigate the occurrence of depressive symptoms and influence factors among perinatal women at different stages in economically underdeveloped areas of Sichuan province, China. **Methods:** Pregnant women receiving prenatal care or hospitalized for delivery at four medical institutions in Zigong and Nanchong cities from October 2022 to September 2023 were selected. Sociodemographic and clinical data were collected, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was utilized for depression screening. Logistic regression analysis was conducted to identify factors influencing depression symptoms during five perinatal periods [early pregnancy (<14 weeks), mid-pregnancy (14–27<sup>weeks</sup>), late pregnancy (≥28 weeks), 1 week postpartum, and 6 weeks postpartum]. **Results:** A total of 3 696 pregnant women were included, with depression symptom detection rates ranging from 26.39% to 35.38% during the five perinatal periods. Logistic regression analysis revealed different risk factors for depressive symptoms among different perinatal periods. Risk factors included unplanned pregnancy, family history of psychiatric illness, experiencing 2 weeks of depressed mood in the year before pregnancy, and experiencing low mood or anxiety during the last menstrual period in early period of pregnancy; family history of psychiatric illness, current rural residence, experiencing 2 weeks of low mood or anxiety in the year before pregnancy, and experiencing low mood or anxiety during the last menstrual period in mid-pregnancy; family history of hypertension, diabetes, or cancer, experiencing 2 weeks of low mood or anxiety in the year before pregnancy, and experiencing anxiety during the last menstrual period in late pregnancy; family history of psychiatric illness, hypertension, diabetes, or cancer, experiencing 2 weeks

作者单位:637000 四川省南充市,川北医学院附属医院妇产科(黄玥,谭欣林,袁玉红,石琪);仪陇县妇幼保健院(张强);自贡市妇幼保健院产科(任郁);南充市妇幼保健计划生育服务中心(宾冬梅);重庆医科大学附属妇女儿童医院(漆洪波)

通信作者:石琪, E-mail: adastone1975@163.com

of low mood in the year before pregnancy, and experiencing anxiety during the last menstrual period in the first week postpartum; being a primipara, current rural residence, family history of psychiatric illness, and experiencing 2 weeks of anxiety in the year before pregnancy in the sixth week postpartum. **Conclusions:** The detection rate of depressive symptoms among perinatal women in Nanchong and Zigong areas is relatively high level. It is recommended that perinatal health care providers initiate depression screening from early stage of pregnancy, focus on pregnant women with risk factors at different stages, repeat screening when if necessary, provide timely psychological interviews and specialized treatment to individuals at risk of hidden perinatal depression, and reduce the occurrence of adverse maternal and infant events.

**【Keywords】** Depression; Peripartum period; Socioeconomic factors; Root cause analysis; Risk factors

(*J Int Obstet Gynecol*, 2024, 51:417-423)

妊娠及分娩是女性生活中的重大事件,受激素波动和分娩引起的生理改变、家庭社会压力以及可能出现的妊娠相关疾病和胎儿异常情况,都可能造成孕产妇在这段时期的情绪异常<sup>[1]</sup>。围产期抑郁症(perinatal depression, PND),又称孕产期抑郁症,是于妊娠期或产后 1 年内出现的抑郁症状发作<sup>[2]</sup>,包括产前抑郁症(prenatal depression)和产后抑郁症(postpartum depression)<sup>[3]</sup>。其中产后 6 周为重度抑郁症的高发期<sup>[4]</sup>。PND 主要表现为情绪时而悲伤低落,时而焦躁易怒,起伏不定,易疲乏、丧失兴趣、注意力难以集中等不良状态,甚至出现自残、自杀等行为<sup>[5]</sup>,此类表现是诊断 PND 的重要依据。除了增加孕妇早产、流产风险并发生妊娠相关疾病的风险<sup>[6]</sup>,PND 还可能导致低出生体质量儿<sup>[7]</sup>、胎儿神经系统发育障碍以及子代认知、情绪行为、语言运动的异常,该影响甚至会延续至青春期<sup>[8]</sup>。

越来越多的跨学科研究领域强调了 PND 对母婴健康的重要影响。目前国内对于 PND 的相关调查大都局限于单中心或多个经济发达地区的医疗机构开展,对于经济欠发达地区的多中心研究甚少。但经济表现较差的地区常常代表总体家庭财富水平较低和母亲受教育程度较低,比起经济发达城市,这些地区的孕产妇更可能发生围产期心理健康问题<sup>[9]</sup>。国内关于 PND 的发病情况和影响因素的研究结果没有统一规律。本研究的调查地区选取经济欠发达地区<sup>[10]</sup>,采用横断面研究设计,调查结果为该区域各初级保健机构掌握围产期抑郁症状的发生规律提供依据,为更好地预防 PND 和管理高风险人群奠定基础。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 南充市和自贡市 2023 年上半年城市国家生产总值(GDP)分别在四川排行第 5 和第 11 位<sup>[10]</sup>,按照城市划分标准被划分为三级和五级城市,本研究收集两区域内 4 家医疗机构数据,其中川北医学院附属医院作为川东北地区(南充、遂宁、广安、达州、巴中)唯一省级危重孕产妇救治中

心,其收集的数据还包括上述各区域危重转诊的孕产妇数据,当然这些区域也处于经济欠发达地区。选取 2022 年 10 月—2023 年 9 月于川北医学院附属医院、南充市妇幼保健计划生育服务中心、仪陇县妇幼保健院及自贡市妇幼保健院建卡产检或住院的孕产妇作为研究对象。纳入标准:①知情同意,自愿填写筛查量表者;②意识清楚,并具有一定的认知理解能力,有能力完成自评量表的填写者;③现住址为自贡市、南充市两地各区县人群。排除标准:①现患有精神类障碍或疾病者;②生命体征不平稳或患有严重躯体疾病,无法完成量表填写者;③拒绝参加研究,拒绝配合量表填写者;④一般资料缺失者;⑤已接受心理疏导、治疗等干预者。本研究已获得医院伦理委员会批准(编号:2022ER267-1)。

## 1.2 研究方法

**1.2.1 研究工具** ①一般资料:通过各机构孕妇建档或入院时完善的基础信息收集,包括年龄、民族、身高、妊娠前体质量指数(body mass index, BMI)、孕次、产次、是否在职、文化程度、家族精神病史、高血压、糖尿病、肿瘤病史和现居住地等基线资料,利用各医院系统后台数据导出方式收集。②一般心理问题:妊娠前 1 年持续 2 周低落或紧张情绪,末次月经期间低落或紧张情绪。③爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS):由 Cox 等于 1987 年开发用于检测产后抑郁症,后被验证同样适用于产前抑郁症<sup>[11]</sup>,其题量较少,易于评分计算,节省时间,易被孕产妇所接受,是目前应用最广泛的 PND 筛查工具之一。共计 10 个条目,每个条目有 0~3 分 4 级评分,总分 30 分<sup>[12]</sup>,中文译制版 EPDS 在中国内地的最佳临界值为 9.5 分<sup>[13]</sup>,本研究中 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.76。

**1.2.2 调查方法** 采用电子问卷调查法,由经统一培训的专业调查员在 4 家机构门诊部及住院部筛选符合条件的孕产妇,告知其研究目的,并指导其在孕产妇心理健康测评程序上签署知情同意书。于安静环境中,专业调查人员指导下,线上独立完成一般心理问题及 EPDS 的填写。随后调查员当场核查内容质量及真实性,筛查过程中保护患者隐私。分别调查妊娠早期(<14 周)、妊娠中期(14~27<sup>+6</sup> 周)、妊娠晚期( $\geq$  28 周)、产后 1 周和产后 6 周 5 个时期的抑郁症状的发生情况及影响因素。

**1.3 统计学方法** 采用 Excel 和 SPSS 26.0 软件进行数据整理和分析。本研究变量均设为分类变量,使用频数和百分比

描述各时期抑郁症状检出情况,以 EPDS 评分 9.5 分作为临界值,将各时期研究对象划分为无抑郁症状者和有抑郁症状者,组间比较采用卡方检验。通过多因素 Logistic 回归分析围产期发生抑郁症状的影响因素,在进行 Logistic 回归之前,在每个回归模型内部对纳入的所有自变量进行共线性诊断,容忍度(Tol)小于 0.1 或方差膨胀因子(VIF)大于 10,则表示有共线性存在。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 围产期抑郁症状检出情况** 本研究共纳入 3 696 例孕产妇作为研究对象,调查显示 1 279 例(34.6%)患者在至少 1 个时期有抑郁症状。妊娠早期、妊娠中期、妊娠晚期、产后 1 周及产后 6 周抑郁症状检出率分别为 26.39%、30.19%、29.89%、27.01% 和 35.38%。其中产前妊娠中期检出率最高,产后 6 周检出率最高。见表 1。

**2.2 不同时期各指标抑郁症状检出率比较** 各时期孕产妇不同的年龄、BMI、民族、在职比例和孕次的抑郁症状检出率比较,差异均无统计学意义(均

**表 1 不同时期抑郁症状检出情况 [例(%)]**

时期	总数	无抑郁症状者	有抑郁症状者	检出率(%)
妊娠早期	1 565	1 152	413	26.39
妊娠中期	838	585	253	30.19
妊娠晚期	1 395	978	417	29.89
产后 1 周	633	452	181	27.01
产后 6 周	537	347	190	35.38

注:共有 1 210 例患者参与了 1 个以上时期的调查。

$P > 0.05$ )。各时期是否有家族精神病史、妊娠前 1 年是否持续 2 周情绪低落或紧张和末次月经期间是否情绪紧张者的抑郁症状检出率比较,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。各妊娠期及产后 1 周是否有末次月经期间情绪低落者的抑郁症状检出率比较,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。此外,妊娠早期是否计划妊娠者,妊娠中期不同婚姻状态和现居住地者,妊娠晚期和产后 1 周是否有家族高血压、糖尿病、肿瘤史者,产后 6 周是否计划妊娠及不同文化程度、现居住地、产次者抑郁症状检出率比较,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。见表 2。

**表 2 不同时期各指标抑郁症状检出率比较 [例(%)]**

指标	妊娠早期		妊娠中期		妊娠晚期		产后 1 周		产后 6 周	
	n	抑郁症状检出率	n	抑郁症状检出率	n	抑郁症状检出率	n	抑郁症状检出率	n	抑郁症状检出率
<b>年龄(岁)</b>										
<35	1 403	371(26.4)	735	218(29.7)	1 224	375(30.6)	540	159(29.4)	457	161(35.2)
≥35	162	162(25.9)	103	35(34.0)	171	42(24.6)	93	22(23.7)	80	29(36.2)
$\chi^2(P)$	0.020(0.887)		0.800(0.371)		2.643(0.104)		1.302(0.254)		0.031(0.860)	
<b>BMI(kg/m<sup>2</sup>)</b>										
<18	126	35(27.8)	71	24(33.8)	82	23(28.0)	39	12(30.8)	35	13(37.1)
18~<24	1 083	294(27.1)	566	165(29.1)	959	288(30.0)	439	130(29.6)	358	133(37.2)
24~<28	275	58(21.1)	164	54(32.9)	256	77(30.1)	112	29(25.9)	110	33(30.0)
≥28	81	26(32.1)	37	10(27.0)	98	29(29.6)	43	10(23.3)	34	11(32.4)
$\chi^2(P)$	5.778(0.123)		1.488(0.685)		0.150(0.985)		1.314(0.726)		2.067(0.559)	
<b>婚姻状态</b>										
已婚	1 467	383(26.1)	777	225(29.0)	1 351	401(29.7)	618	176(28.5)	529	186(35.2)
单身	98	30(30.6)	61	28(45.9)	44	16(36.4)	15	5(33.3)	8	4(50.0)
$\chi^2(P)$	1.566(0.327)		7.705(0.006)		0.908(0.341)		0.015(0.903)		0.249(0.618)	
<b>是否计划妊娠</b>										
否	387	128(33.1)	247	83(33.6)	392	128(32.7)	209	66(31.6)	170	50(29.4)
是	1 178	285(24.2)	591	170(28.8)	1 003	289(28.8)	424	115(27.1)	367	140(38.1)
$\chi^2(P)$	11.828(<0.001)		1.935(0.164)		1.983(0.159)		1.362(0.243)		3.878(0.049)	
<b>家族精神病史</b>										
否	1 516	388(25.6)	811	236(29.1)	1 363	399(29.3)	619	171(27.6)	513	174(33.9)
是	49	25(51.0)	27	17(63.0)	32	18(56.2)	14	10(71.4)	24	16(66.7)
$\chi^2(P)$	15.798(<0.001)		14.217(<0.001)		10.857(<0.001)		10.809(0.001)*		10.755(0.001)	

(续表)

指标	妊娠早期		妊娠中期		妊娠晚期		产后 1 周		产后 6 周	
	n	抑郁症状 检出率	n	抑郁症状 检出率	n	抑郁症状 检出率	n	抑郁症状 检出率	n	抑郁症状 检出率
家族高血压、糖尿病、肿瘤史										
否	969	248(25.6)	530	163(30.8)	834	223(26.7)	400	97(24.2)	327	106(32.4)
是	596	165(27.7)	308	90(29.2)	561	194(34.6)	233	84(36.1)	210	84(40.0)
$\chi^2(P)$		0.831(0.362)		0.217(0.641)		9.843(0.002)		10.043(0.002)		3.217(0.073)
妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落										
否	1 479	349(23.6)	819	237(28.9)	1 322	362(27.4)	617	170(27.6)	499	164(32.9)
是	86	64(74.4)	19	16(84.2)	73	55(75.3)	16	11(68.7)	38	26(60.0)
$\chi^2(P)$		108.062(<0.001)		26.917(<0.001)		75.929(<0.001)		11.025(<0.001)*		19.525(<0.001)
末次月经期间情绪低落										
否	1 518	377(24.8)	802	223(27.8)	1 361	392(28.8)	617	170(27.6)	527	184(34.9)
是	47	36(76.6)	36	30(83.3)	34	25(73.5)	16	11(68.7)	10	6(60.0)
$\chi^2(P)$		62.875(<0.001)		50.404(<0.001)		31.665(<0.001)		11.025(<0.001)*		1.715(0.190)
妊娠前 1 年持续 2 周情绪紧张										
否	1 480	363(24.5)	790	220(27.8)	1 310	359(27.4)	595	158(26.5)	488	152(31.1)
是	85	50(58.8)	48	33(68.8)	85	58(68.2)	38	23(60.5)	49	38(77.6)
$\chi^2(P)$		48.673(<0.001)		35.919(<0.001)		63.499(<0.001)		20.189(<0.001)		41.938(<0.001)
末次月经期间情绪紧张										
否	1 499	369(24.6)	804	227(28.2)	1 362	395(29.0)	609	163(26.8)	488	152(31.1)
是	66	44(66.7)	34	26(76.5)	33	22(66.7)	24	18(75.0)	49	38(77.6)
$\chi^2(P)$		57.543(<0.001)		36.013(<0.001)		21.811(<0.001)		26.311(<0.001)		41.938(<0.001)
民族										
汉族	1 556	411(26.4)	830	250(30.1)	1 379	414(30.0)	626	179(28.6)	530	188(35.5)
少数民族	9	2(22.2)	8	3(37.5)	16	3(18.8)	7	2(28.6)	7	2(28.6)
$\chi^2(P)$		0.000(1.000)*		0.004(0.948)		0.496(0.481)		0.000(1.000)*		0.000(1.000)*
是否在职										
否	734	207(28.2)	395	125(31.6)	593	187(31.5)	295	92(31.2)	275	87(31.6)
是	831	206(24.8)	443	128(28.9)	802	230(28.7)	338	89(26.3)	262	103(39.3)
$\chi^2(P)$		2.336(0.126)		0.750(0.386)		1.327(0.249)		1.819(0.177)		3.458(0.630)
文化程度										
大专以下	570	163(28.6)	311	100(32.2)	504	145(28.8)	230	68(29.6)	206	58(28.2)
大专及以上	995	250(25.1)	527	153(29.0)	891	272(30.5)	403	113(28.0)	331	132(39.9)
$\chi^2(P)$		2.247(0.134)		0.905(0.342)		0.475(0.491)		0.167(0.683)		7.634(0.006)
现居住地										
市区及县城	1 406	370(26.3)	195	46(23.6)	300	90(30.0)	214	66(30.8)	184	46(25.0)
乡镇	159	43(27.0)	643	207(32.2)	1 095	327(29.9)	419	115(27.4)	353	144(40.8)
$\chi^2(P)$		0.039(0.843)		5.254(0.022)		0.002(0.963)		0.800(0.371)		13.195(<0.001)
孕次(次)										
1	627	150(23.9)	321	87(27.1)	645	190(29.5)	284	82(28.9)	193	78(40.4)
>1	938	263(28.0)	517	166(32.1)	750	227(30.3)	349	99(28.4)	344	112(32.6)
$\chi^2(P)$		3.276(0.070)		2.354(0.125)		0.108(0.742)		0.020(0.888)		3.338(0.068)
产次(次)										
0	969	257(26.5)	524	161(30.7)	936	292(31.2)	391	120(30.7)	305	128(42.0)
≥1	596	156(26.2)	314	92(29.3)	459	125(27.2)	242	61(25.2)	232	62(26.7)
$\chi^2(P)$		0.023(0.880)		0.189(0.663)		2.309(0.129)		2.202(0.138)		13.391(<0.001)

注:\*采用校正卡方检验。

**2.3 围产期抑郁症状的影响因素分析** 将上述差异有统计学意义的因素纳入 Logistic 回归分析,将是否有抑郁症状(否=0,是=1)作为因变量,将婚姻状态(已婚=0,单身=1)、计划妊娠(否=0,是=1)、家族精神病史(否=0,是=1)、家族高血压、糖尿病、肿瘤史(否=0,是=1)、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落(否=0,是=1)、末次月经期间情绪低落(否=0,是=1)、妊娠前 1 年持续 2 周情绪紧张(否=0,是=1)、末次月经期间情绪紧张(否=0,是=1)、文化程度(大专以下=0,大专及以上=1)、现居住地(市区及县城=0,农村=1)、产次(初产=0,经产=1)作为自变量。共线性诊断结果显示各期的回归模型均  $VIF < 10, Tol > 0.1$ , 说明各模型变量间不存在共线性。结果显示,妊娠早期发生抑郁症状的危险因素包括非计划妊娠、有家族精神病史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落及末次月经期间情绪低落或紧张(均  $P < 0.05$ );妊娠中期发生抑郁症状的危险因素包括有家族精神病史、现居农村及妊娠前 1 年持续 2 周及末次月经期间情绪低落或紧张(均  $P < 0.05$ );妊娠晚期发生抑郁症状的危险因素包括有家族高血压、糖尿病、肿瘤史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落或紧张及末次月经期间情绪紧张(均

$P < 0.05$ ); 产后 1 周发生抑郁症状的危险因素包括有家族精神病史、高血压、糖尿病、肿瘤史、妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落及末次月经期间情绪紧张(均  $P < 0.05$ ); 产后 6 周发生抑郁症状的危险因素包括初产妇、现居农村、有家族精神病史和妊娠前 1 年持续 2 周情绪紧张(均  $P < 0.05$ )。见表 3。

### 3 讨论

**3.1 围产期抑郁症状检出率** 南充市作为川东北地区的三线城市,而自贡市位处川南中部,属于五线城市,两地区尽管在一些传统产业方面取得了一定的成就,但仍处于经济欠发达阶段,面临着经济结构相对单一、发展水平不够均衡的挑战。本研究纳入了两地的 4 家医疗机构的 3 696 例孕产妇,结果显示该地区检出率波动在 26.39%~35.38%, 比成都(21.2%~24.0%)<sup>[14]</sup>等经济发达城市稍高,可能受城市经济关联的人均收入、生活环境和医疗水平差距影响,其中妊娠中期及产后 6 周的抑郁症状检出率最高,这与 Bennett 等<sup>[15]</sup>和 Cena 等<sup>[16]</sup>的研究结果一致。这两段时期是激素水平波动的高峰时期,可能对情绪影响较大:妊娠中期孕妇身形逐渐变化,腰背疼痛

表 3 围产期抑郁症状影响因素的 Logistic 回归分析

因素	妊娠早期		妊娠中期		妊娠晚期		产后 1 周		产后 6 周	
	OR(95%CI)	P	OR(95%CI)	P	OR(95%CI)	P	OR(95%CI)	P	OR(95%CI)	P
婚姻状态	-	-	1.688 (0.937~3.043)	0.082	-	-	-	-	-	-
计划妊娠	0.690 (0.530~0.898)	0.006	-	-	-	-	-	-	1.330 (0.861~2.056)	0.199
家族精神病史	2.040 (1.079~3.859)	0.028	2.852 (1.180~6.897)	0.020	1.392 (0.611~3.171)	0.431	6.730 (2.012~22.505)	0.002	3.958 (1.580~9.914)	0.003
家族高血压、糖尿病、肿瘤史	-	-	-	-	1.395 (1.094~1.779)	0.007	1.865 (1.286~2.706)	0.001	-	-
妊娠前 1 年持续 2 周情绪低落	4.828 (2.735~8.523)	<0.001	7.645 (2.006~29.140)	0.003	4.695 (2.541~8.673)	<0.001	3.606 (1.280~10.156)	0.015	1.390 (0.505~3.830)	0.524
末次月经期间情绪低落	2.654 (1.185~5.942)	0.018	8.043 (3.156~20.497)	<0.001	1.700 (0.667~4.332)	0.266	1.681 (0.440~6.416)	0.448	-	-
妊娠前 1 年持续 2 周情绪紧张	1.647 (0.959~2.829)	0.071	3.030 (1.490~6.163)	0.002	2.795 (1.636~4.777)	<0.001	1.855 (0.821~4.194)	0.138	6.405 (2.484~16.519)	<0.001
末次月经期间情绪紧张	3.001 (4.652~5.452)	<0.001	4.834 (2.020~11.568)	<0.001	2.512 (1.081~5.840)	0.032	6.101 (2.193~16.976)	0.001	0.811 (0.245~2.681)	0.731
文化程度	-	-	-	-	-	-	-	-	1.356 (0.876~2.101)	0.172
现居住地	-	-	1.577 (1.051~2.367)	0.028	-	-	-	-	1.671 (1.052~2.655)	0.030
产次	-	-	-	-	-	-	-	-	0.652 (0.432~0.985)	0.042

等生理不适逐渐加剧,孕妇可能对产前筛查结果和胎儿生长情况过度担忧;产后 6 周,产妇会更深刻地体验身份的转换,可能面临缺乏睡眠、社会家庭支持不足等问题,这些负面因素都会增加抑郁的风险。

**3.2 围产期抑郁症状的影响因素分析** ①本研究发现非计划妊娠是妊娠早期发生抑郁症状的危险因素。叶优春等<sup>[17]</sup>在宁波对孕产妇的调查显示,非计划妊娠是整个围产期抑郁的危险因素。本研究结果体现了非计划妊娠对经济欠发达地区孕妇抑郁症状的影响,较经济发达城市人群影响时间短。意外妊娠可能给女性带来与伴侣间巨大的情感冲突,使她们面临经济、社交、职业等方面的变化和不确定,在妊娠早期尚不能很好地迎接母亲角色转变的女性很可能引起抑郁情绪和症状发生,但经济欠发达地区的经济压力和消费水平可能更低,因此意外妊娠带来的冲击可能较快得到缓解。因此围产保健人员对于本地区育龄期女性妊娠前健康教育、帮助这类孕妇调整情绪和协助适应角色的改变显得尤为重要。②本研究发现居住在农村可能与妊娠中期和产后 6 周抑郁症状的高发有关,这与黎凤落等<sup>[18]</sup>的研究结果类似。现居农村者大多社会地位及家庭经济收入相对较低,妊娠中期及产后 6 周常面临着工作压力、经济负担的增加及夫妻关系的调整等,这些均容易导致孕产妇出现抑郁症状,此时应告知患者家属在这段时间给予孕妇更多安慰鼓励与支持。③已证实既往焦虑或抑郁史是产前新发抑郁的最强危险因素<sup>[19]</sup>。但较多既往未诊断抑郁病史的孕妇在产前的不良情绪并未得到重视,且妊娠前情绪对 PND 影响的相关研究较少。本研究结果显示了妊娠前末次月经期间的低落情绪可能与妊娠早中期的心理状态相关;妊娠前长期的低落情绪或许会延续至产后 1 周;而妊娠前的紧张情绪也可能间断贯穿整个围产期。可见一年内或近期经历过负性事件后,导致焦虑抑郁的原因可能会持续存在或难以转化,两种情绪可能高度共存<sup>[20]</sup>,一直延续,从而形成一种负性循环,增加产前抑郁症状发生的风险。专业人员及亲友协助孕妇解决问题,跨越心理障碍,会有助于缓解其抑郁症状<sup>[21]</sup>。④重度抑郁症具有家族聚集性,有重度抑郁直系亲属的人群重症抑郁患病风险比普通人群高 3 倍以上( $OR=3.62, 95\%CI: 2.65\sim 4.97$ )<sup>[22]</sup>,家族遗传可能影响孕产妇对抑郁的易感性和人格特征。国外部分研究已观察到了家族精神病史是孕妇产前抑郁的一个重要危险因素<sup>[23]</sup>,本研究证实,对中国人群来说,家族精神病史对孕产妇几乎整个围产期抑郁症状的

发生风险都存在显著的影响。⑤研究表明,患有慢性疾病的孕产妇发生抑郁的概率会升高<sup>[24]</sup>,家族高血压、糖尿病、肿瘤史可能反映了一定的遗传风险,且妊娠晚期是妊娠合并症与并发症的高发期,这或许会增加孕产妇对继续妊娠、产后恢复及胎儿潜在遗传风险的担忧和压力,从而增加抑郁的风险。建议对高危孕产妇积极管理以及对合并症早发现早治疗,遗传相关风险进行遗传咨询。⑥初产为产后 6 周发生抑郁症状的独立危险因素,这与 Lu 等<sup>[25]</sup>的研究结果一致。这部分女性首次面临母亲角色转变,缺乏育儿经验,面对新的体验和责任,可能存在更大的心理压力,从而更易出现低落情绪。此阶段,可以予以母乳喂养及育儿知识的宣讲,针对性地解决其育儿困难和困惑,缓解焦虑抑郁情绪。

**3.3 本研究的局限性** 本研究只选取了南充和自贡 2 个城市的部分孕产妇,未包含更多的经济欠发达地区及乡镇医疗机构,研究结果的推广性受到限制,仅适用于样本所在地区或周边地区,其他省市的发病情况可能存在地区差异。且部分抑郁高风险孕产妇由于对心理疾病的恐惧、排斥和羞耻感拒绝筛查,可能会影响检出率的准确性,故而存在一定偏倚。此外,本研究为横断面研究,无法纵向监测这些影响因素随时间的变化,还欠缺对于整个围产期抑郁变化趋势及连续心理风险因素的评估。

综上所述,经济欠发达地区孕产妇抑郁症状检出率在妊娠中期和产后 6 周最高,非计划妊娠、现居农村、初产、家族精神病史、高血压、糖尿病、肿瘤史和妊娠前 1 年持续 2 周或末次月经期间有低落或焦虑情绪是围产不同时期的危险因素。建议围产保健者对该地区孕产妇早期筛查,重点关注存在上述高危因素的人群对应高危时期的抑郁症状变化情况,必要时重复筛查评估,对存在 PND 风险的孕产妇更及时地提供心理专科访谈及干预,必要时药物治疗,缓解抑郁症状,使她们有更好的心理状态面对妊娠或分娩带来的冲击和压力。

#### 参 考 文 献

- [1] Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review[J]. Cleve Clin J Med, 2020, 87(5): 273-277. doi: 10.3949/cejm.87a.19054.
- [2] ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression[J]. Obstet Gynecol, 2018, 132(5): e208-e212. doi: 10.1097/AOG.0000000000002927.
- [3] 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.

- [4] Earls MF. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice [J]. *Pediatrics*, 2010, 126(5):1032–1039. doi: 10.1542/peds.2010–2348.
- [5] NICE. National clinical guideline number 192: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [EB/OL]. (2020–02–11)[2023–01–05]. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG192>.
- [6] 王琳蕊,于丁一,李月. 围产期情绪评估及管理对初产妇产后抑郁和分娩结局的影响 [J]. *中国计划生育和妇产科*, 2019, 11(2): 74–76, 96. doi: 10.3969/j.issn.1674–4020.2019.02.19.
- [7] 张英,张梦笑,王红菊,等. 妊娠晚期抑郁与胎儿体重发育的关联研究[J]. *安徽医科大学学报*, 2017, 52(3):388–391. doi: 10.19405/j.cnki.issn1000–1492.2017.03.018.
- [8] Waqas A, Koukab A, Meraj H, et al. Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence[J]. *BMC Psychiatry*, 2022, 22(1): 54. doi: 10.1186/s12888–022–03694–9.
- [9] Fellenzer JL, Cibula DA. Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study[J]. *Matern Child Health J*, 2014, 18(10): 2426–2436. doi: 10.1007/s10995–014–1481–4.
- [10] 2023 年上半年四川各市 GDP 排行榜[EB/OL]. (2023–08–09) [2023–12–25]. <https://www.phb123.com/city/GDP/64088.html>.
- [11] 李洋, 蔡小蓉, 赵斌, 爱丁堡产后抑郁量表在产前抑郁筛查中的应用研究[J]. *中国妇幼保健*, 2019, 34(23):5381–5384. doi: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001–4411.2019.23.19.
- [12] 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: 10.1016/j.jad.2015.06.015.
- [13] 郭秀静, 王玉琼, 陈静. 爱丁堡产后抑郁量表在成都地区产妇中应用的效能研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2009, 25(1):4–6. doi: 10.3760/cma.j.issn.1672–7088.2009.01.002.
- [14] Yang Y, Luo B, Ren J, et al. Marital adjustment and depressive symptoms among Chinese perinatal women: a prospective, longitudinal cross-lagged study[J]. *BMJ Open*, 2023, 13(10):e070234. doi: 10.1136/bmjopen–2022–070234.
- [15] Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review [J]. *Obstet Gynecol*, 2004, 103(4):698–709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f.
- [16] Cena L, Mirabella F, Palumbo G, et al. Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy[J]. *J Affect Disord*, 2021, 279:217–221. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.136.
- [17] 叶优春, 张晶, 陈小珍, 等. 围生期不同阶段抑郁发病状况及影响因素分析[J]. *中国妇幼保健*, 2022, 37(23):4451–4455. doi: 10.19829/j.zgfybj.issn.1001–4411.2022.23.032.
- [18] 黎凤落, 杨茜, 孙瑜, 等. 产前筛查孕产妇抑郁情况及其影响因素 [J]. *中国妇幼卫生杂志*, 2022, 13(3):17–23. doi: 10.19757/j.cnki.issn1674–7763.2022.03.004.
- [19] Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, et al. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings [J]. *J Womens Health (Larchmt)*, 2003, 12(4):373–380. doi: 10.1089/154099903765448880.
- [20] Uguz F, Yakut E, Aydogan S, et al. Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case–control study with a large sample size [J]. *Psychiatry Res*, 2019, 272:316–318. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.129.
- [21] Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. The Connections of Pregnancy–, Delivery–, and Infant–Related Risk Factors and Negative Life Events on Postpartum Depression and Their Role in First and Recurrent Depression [J]. *Depress Res Treat*, 2016, 2016:2514317. doi: 10.1155/2016/2514317.
- [22] Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis[J]. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(10):1552–1562. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552.
- [23] Jeong HG, Lim JS, Lee MS, et al. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2013, 35(4):354–358. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.02.009.
- [24] Orsolini L, Pompili S, Mauro A, et al. Foreign Nationality, Family Psychiatry History and Pregestational Neoplastic Disease as Predictors of Perinatal Depression in a Cohort of Healthy Pregnant and Puerperal Women during the COVID–19 Pandemic [J]. *Healthcare (Basel)*, 2023, 11(3):428. doi: 10.3390/healthcare11030428.
- [25] Lu L, Duan Z, Wang Y, et al. Mental health outcomes among Chinese prenatal and postpartum women after the implementation of universal two–child policy [J]. *J Affect Disord*, 2020, 264:187–192. doi: 10.1016/j.jad.2019.12.011.

(收稿日期:2024–01–03)

[本文编辑 杨晓园]