

爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale村医筛查版 / 含完整临床解读与管理路径

EPDS由Cox、Holden和Sagovsky于1987年编制，是目前全球使用最广泛的产后抑郁筛查工具，已被翻译为超过60种语言，在中国产后抑郁筛查中应用超过20年。本村医版在完整保留原文10道题的基础上增加了逐题解读、评分分级管理路径和转诊建议，适合基层卫生人员在入户访视中使用。

一、EPDS概述与适用范围

EPDS筛查的不是抑郁症诊断（抑郁症诊断需要精神科医师依据DSM-5或ICD-11标准完成），而是筛查存在产后抑郁风险的产妇，以便及早转诊评估和干预。筛查与诊断的关系类似于血压测量与高血压诊断——血压高不等于确诊高血压（还需要复查和评估），但血压高的信号引导我们去进一步检查。同理，EPDS高分引导我们为产妇安排进一步的心理评估。

适用时机：产后任何时间均可使用，推荐在产后6-8周进行常规普筛（结合产后42天复查）。本项目中，村医在第1次入户访视（产后3-7天）使用EPDS做初筛，第2次访视（产后28-30天）复筛。每次完成大约需要5分钟。

注意事项：EPDS评估的是过去7天（最近一周）的感受，而非当天。筛查环境应私下进行——避免丈夫、婆婆或其他家属在场，保证产妇能真实作答。如果产妇识字困难，由村医逐题口头询问并代为勾选，但不可替产妇解释题意或暗示答案。

二、评分标准与分级管理路径

总分范围	风险分级	管理措施	时间要求
0-9分	低风险（正常）	常规产后访视频率，下次访视时再次筛查即可	常规
10-12分	中低风险（建议产妇找信得过的人倾诉；村医每周电话随访1次；告知丈夫或家人支持	2周后复筛	2周内复筛
13-19分	中高风险（转诊至县级及以上精神科/心理咨询门诊；转诊前告知家属不得让产妇独处；村医每3天电话随访1次	建议72小时内就诊	建议72小时内就诊
20-30分	极高风险（24小时内转诊精神科；评估是否需要住院；移除家中危险物品；确保24小时有人陪伴	建议立即（24小时内）就诊	24小时内就诊

第10题（自伤/自杀念头）特殊处理规则：无论总分多少，只要Q10得分 ≥ 1 分（即选择了1、2或3而非0），必须视为高风险，立即评估自杀风险，并通知家属和乡镇卫生院妇幼专干。不得以“总分还没到13分”为由继续观察。研究表明，EPDS第10题单题评分为阳性（ ≥ 1 分）是产后自杀风险的最强预测因子之一。

三、EPDS量表（10题逐题版，含村医解读）

第1题：我能看到事物有趣的一面，并感到开心

- 像以前一样开心（0分）
- 不如以前那么开心（1分）

- 明显不如以前开心 (2分)
- 完全不能感到开心 (3分)

本题评估快感缺失 (Anhedonia) —— 产后抑郁的核心症状之一。产妇无法从过去喜欢的事情中获得快乐，如逗宝宝玩、和丈夫聊天、看手机等。得分 ≥ 2 分提示可能存在临床意义。

第2题：我对未来抱有期待

- 像以前一样期待 (0分)
- 不如以前期待 (1分)
- 明显不如以前期待 (2分)
- 对未来完全没有期待 (3分)

本题评估绝望感 (Hopelessness)，是抑郁障碍的认知三联征之一 (对自我的负面看法、对世界的负面看法、对未来的负面看法)。得分 ≥ 2 分提示认知层面的抑郁改变。

第3题：当事情出错时，我会不必要地责备自己

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估过度自责 (Excessive Guilt) —— 产后妇女常将宝宝哭闹、喂养困难归咎于“自己不是好妈妈”。这种不合理的自责是产后抑郁区别于普通产后情绪低落的关键特征之一。

第4题：我无缘无故地焦虑或担心

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估焦虑水平 (Anxiety)。产后焦虑与产后抑郁常常共存——约三分之二的产后抑郁患者同时存在临床意义的焦虑。焦虑可表现为对婴儿健康的过度担忧 (反复检查呼吸、不敢入睡)、对自身健康的疑病担心等。

第5题：我无缘无故地感到害怕或恐慌

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估惊恐/恐惧症状 (Panic/Fear)。与第4题的区别在于本题更侧重于躯体焦虑——心慌、胸闷、呼吸困难、濒死感等。得分 ≥ 1 分须询问有无惊恐发作 (突然发生持续数分钟到半小时的强烈恐惧伴躯体症状)。

第6题：事情发展到我无法应付的地步

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估应对能力感知 (Coping) —— 产妇是否觉得被母亲角色压垮、无法应对日常事务。这是产后抑郁导致功能损害的指标。得分 ≥ 2 分时须评估产妇的基本生活功能 (是否还能照顾自己和婴儿的日常生活)。

第7题：我因为心情不好而影响睡眠

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)

- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估睡眠障碍 (Sleep

Disturbance)。注意区分：夜间需要喂奶导致的睡眠中断属于正常，但“躺在那里睡不着，脑子里全是乱七八糟的事”、“宝宝睡着了我还是睡不着”则提示抑郁相关性失眠。

第8题：我感到悲伤或痛苦

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题评估抑郁心境 (Depressed

Mood)——抑郁的核心症状。询问产妇是否经常感到心情低落、想哭、内心空虚沉重。得分 ≥ 2 分时须结合其他题目综合评估。

第9题：我因为心情不好而哭泣

- 从不 (0分)
- 很少 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题是与第8题相关联的行为表现——哭泣的频率和触发因素（无原因哭泣因为具体事情哭泣）。自发性、频繁、无法自控的哭泣是严重的警示信号。

VS

第10题：我有过伤害自己的想法

- 从不 (0分)
- 几乎不 (1分)
- 有时 (2分)
- 经常 (3分)

本题是EPDS中最重要、最紧急的单选题。直接评估自伤/自杀意念 (Self-harm/Suicidal

Ideation)。任何得分 ≥ 1 分均视为严重警示——不能认为“得分很低应该没事”。须直接但温和地追问：“您刚才说有时候会伤害自己，您能跟我说是什么样的情况吗？是想到了没有具体计划，还是已经想过怎么做？”——以此评估自杀意念的严重程度（从被动死亡念头到主动自杀计划）。

追问技巧：直接询问自杀想法不会“提示”或“鼓励”自杀——研究表明询问自杀想法不会增加自杀风险，反而通过给予表达机会可能降低风险。

四、筛查后管理流程

4.1 低风险（总分0-9分）

常规访视频率，告知产妇“筛查结果正常”。同时给产妇留下村医联系电话——“如果过几天心情感觉不好了，随时给我打电话”。在产后访视记录表中记录EPDS总分和日期。下次访视时照常复筛。

4.2 中风险（总分10-12分）

告知产妇“最近心情确实受到了些影响，不严重，但咱们留意一下”。约好2周后复筛EPDS。建议产妇找信得过的人（闺蜜、姐妹、关系好的婆婆等）倾诉——“找个人说说，说出来就好了”。村医每周主动电话随访1次（电话里只需问“最近心情怎么样？”不需要重做EPDS）。告知丈夫或指定一名女性亲属（如小姑子）给予额外支持陪伴——但不要以“你老婆有病”的口吻，而应以“刚生完孩子需要更多关心”的方式沟通。

如果2周后复筛EPDS得分仍在10-12分或反而升高至 ≥ 13 分，则升级为高风险管理。

4.3 高风险（总分13-19分）

1. 告知产妇和家人——使用前面沟通话术指南中的话术（见第5章），重点在于“这是身体的化学反应，不是你想多了”。2. 转诊至县级及以上精神科或心理咨询门诊，建议72小时内就诊。村医可以帮助电话预约——降低行动门槛。3.

告知家属（丈夫或其他信任的亲属）：确保产妇最近一段时间内不独处，尤其是在夜间。移除家中可能用作自伤工具的农药、绳子、大量药物等。4. 村医每3天电话随访1次，记录产妇情绪变化和就诊情况。5.

通知乡镇卫生院妇幼专干，将产妇列入重点关注名单，协调精神科转诊通道。

4.4 极高风险（总分20-30分或第10题 \geq 1分）

这是精神科急症。建议24小时内就诊精神科（如果县城没有精神科，则转综合医院急诊科），评估是否需要住院治疗。移除家中所有可能的危险物品——由家属执行，村医当面确认。确保产妇24小时有人陪伴——“就像照顾一个发高烧的病人一样”，安排轮班。村医每日电话随访1次（或上门随访）。联系县精神卫生中心的严重精神障碍管理治疗项目（686项目），看是否可将该产妇纳入社区随访管理。

不要回避直接询问自杀计划——

“您想过怎么做吗？想过了吗？”——这不是诱导自杀，这是在救她的命。有自杀计划但拒绝就医的产妇，联系警察和120联合出车是可以的，也是应该的。保护生命安全高于保护隐私——在中国，对自杀高危人群的强制报告和干预有法律支持。

五、常见问题与误区

5.1 “筛查出高分会引起过度焦虑吗？”

不会。研究表明，EPDS筛查本身不会引起困扰——98%以上的产妇乐于接受筛查。筛查后给予适当的反馈和心理教育，反而可以缓解焦虑——因为产妇终于知道“原来我不是一个人，原来这是有原因的”。真正的伤害不是筛查引起焦虑，而是筛出来不管——所以每个筛查必须有后续管理方案，不能“筛完就完了”。

5.2 “得分高是产妇在装病博关注吗？”

极少数情况。产妇“装抑郁”的动机很弱——产后抑郁在中国农村地区仍带有污名，大多数产妇倾向于隐藏而非显露情绪困扰。所以请默认得分高是真有问题，而非假装。如果怀疑“夸大”（比如每次得分都在13分临界点上下波动），仍应按高风险处理——宁可多管，不可漏管。

5.3 “男性也可以用EPDS吗？”

可以。EPDS的原始编制是为产后妇女设计的，但后续大量研究证实该量表也可用于筛查产后父亲的抑郁（Paternal Postpartum Depression），其发生率约为5-10%。如需评估产后父亲的抑郁，使用相同量表和相同评分标准，但一般建议将分界值降低1-2分。本项目中，如入户访视时发现产妇丈夫表现出情绪异常（沉默寡言、易怒、回避），也建议使用EPDS进行初筛。

附录：自杀风险评估快速三步法

当EPDS第10题得分 \geq 1时，使用以下三步法快速评估严重程度（每次不超过3分钟）：

第一步：询问意念是否存在（30秒）

“您刚才说有时候想伤害自己，您能跟我说说是什么样的想法吗？是偶尔闪过一下‘不想活了’的念头，还是经常有很具体的

想法？”——被动死亡念头（“要是睡过去不醒就好了”）vs主动自杀意念（“我想好了要去死”），两者虽然都需要处理，但后者风险高得多——需立即干预。

第二步：询问是否已有计划（1分钟）

“您想过怎么样吗？具体的？”——无计划（仅停留在“不想活了”的念头）→有计划但无工具（“我想喝药但我不知道去哪里弄”）→有计划且有工具（“我家里有瓶农药，我想好了”。后两者为极高风险，立即启动紧急干预。

第三步：询问保护因素与即刻行动（1分钟）

“什么让您现在还活着？是宝宝吗？还是家人？”——识别保护因素（Protective Factors）。“大姐，为您刚才说的宝宝，咱们现在一起去县医院，我陪您。——我准备好车了，咱们这就走。”——不要让TA一个人独处任何一分钟，TA的生命高于一切。