

[专家论坛]

更年期女性心理健康管理专家共识

中国妇幼保健协会妇女保健专科能力建设专业委员会

[摘要] 随着卵巢功能逐渐衰退,雌激素水平波动性下降,抑郁、焦虑、失眠等精神心理问题严重影响着更年期女性的心身健康状态。更年期女性心理健康管理工作涵盖三级预防层面的心理保健相关服务,包括更年期女性的心理健康教育、及时识别和评估心理问题、有针对性的心理干预服务、更年期心身疾病的处理、严重心理疾病的治疗等。

[关键词] 更年期女性;更年期保健;心理健康;专家共识

Doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2021.08.001

[中图分类号] R173

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-5293(2021)08-01083-07

Professional consensus on mental health management of menopausal women

Capacity Building Committee of Women's Health of China Maternal and Child Health Association

[Abstract] Menopausal women are seriously affected by mental health problems which are mainly characterized by depression, anxiety and insomnia, as gradual decline of ovarian function and fluctuation of estrogen level. Mental health management for menopausal women involves in related mental health care services at tertiary prevention levels, which includes mental health education, timely identification and evaluation of mental health problems, targeted psychological intervention services, treatment of psychosomatic diseases and serious mental illness, etc.

[Key words] menopausal women; menopausal health care; mental health; consensus

伴随着卵巢功能的衰退,更年期女性(40~65岁)常出现多种心身健康问题,其中抑郁、焦虑、失眠等是发生较多且影响较为严重的精神心理问题。关注更年期女性的心理健康状况,提升更年期女性心理保健意识,及时识别和评估心理问题,并提供有针对性的心理保健服务,可以有效地提高更年期女性心理健康水平,减少更年期心身健康问题,改善生活质量,预防严重心理疾病的发生^[1]。

为指导医务人员规范开展更年期女性心理保健三级预防工作,本专家组参考国内外相关循证医学证据,撰写此《更年期女性心理健康管理专家共识》,主要内容包括更年期女性心理健康促进、常见心理问题的筛查与评估、基本处理原则与方法等,提供较为全面、具体、可操作的更年期女性心理保健建议,达到心理问题的早发现、早诊断、早治疗,减少严重

心理疾病发生及愈后复发的目的。本共识可供开展更年期保健服务的医务人员和医疗机构参考使用。

1 全面的更年期女性心理健康促进

通过加强医务人员的沟通技巧、为更年期女性及家人提供心理健康教育、建立健康的生活方式、增加社会支持、提高自我心理保健能力等多途径联合的干预方式,帮助更年期女性达到身体和心理的最优状态,增强对自身和环境挑战的适应能力,减少心理问题的发生。

1.1 加强沟通技巧

从事更年期保健的医务人员应接受必要的医患沟通技巧培训,有助于建立良好医患关系,提高更年期女性对专业建议的依从性^[2]。有效的患者沟通和共同决策策略包括使用开放式问题引出患者的担忧

[收稿日期] 2021-02-26

[基金项目] 中国疾控中心妇幼中心公共卫生突发应急反应机制运行项目(2015FY002)

[执笔人] 梁开如(1968—),女,主任医师,主要从事妇女保健研究;蒋成刚(1980—),男,副主任医师,主要从事心理保健研究,系共同第一执笔人。

[通讯作者] 郑睿敏,研究员。

和偏好、向患者反映听到的内容、以患者可以理解的语言提供有关益处和风险的证据等。

1.2 定期开展健康宣教活动

开展更年期保健服务的医疗机构可定期提供相关健康宣教课程,鼓励开展更年期女性健康沙龙、团体辅导课等形式生动活泼的健康宣教活动。可针对更年期女性生理特点、心理特点、更年期心理保健的重要性、更年期常见的心身健康问题及影响因素、异常心理问题的自我识别和调节方法等内容提供相应知识。

1.3 重视健康生活方式的建立

更年期女性要建立健康的生活方式,根据自身情况坚持进行适度的体育锻炼、保证合理健康的饮食和充足的睡眠。

1.3.1 适度运动

有氧运动能减轻个体的压力、改善情绪,同时能帮助控制更年期体重增加、缓解更年期躯体化症状,延缓卵巢功能耗竭速度。更年期女性运动的最佳方式为每周至少3次,每次30分钟,中等强度(运动心率一般应达到 $170 - \text{减年龄数}$),相当于每日步行6000步以上的身体活动。

1.3.2 合理饮食

更年期女性饮食应以低脂肪、低糖、低热量食物为主,适当增加膳食纤维摄入和维生素补充。研究发现,血清镁和锌较高的绝经后女性抑郁症状相对较轻,通过膳食补充适量的镁和锌可以帮助预防抑郁情绪^[3]。

1.3.3 充足睡眠

良好的睡眠有利于消除疲劳、保护大脑、增强免疫力、延缓衰老、维护心理健康。更年期女性每天适宜的睡眠时间为7~8小时,午睡20~30分钟。睡前不宜剧烈运动,可通过选择遮光效果好的窗帘、保持屋内灯光柔和、睡觉前听舒缓音乐或者做冥想放松训练等方法来提高睡眠质量。

1.4 加强家庭社会支持

良好的家庭支持有利于更年期女性的心身健康和家庭和谐。鼓励更年期女性的主要家庭成员了解

更年期保健相关知识,为更年期女性创造支持和帮助的良好氛围。鼓励更年期女性参加社区、单位组织的活动,使其能更好地融入到社会活动中,提升身心健康水平。

1.5 提供心理保健技术

医疗机构可提供个体或者团体辅导形式的更年期女性心身保健专项课程,如简版认知行为治疗、基于正念的更年期女性心身减压课程、积极心理学课程等,让更年期女性通过学习认知调整、情绪管理、自我心理调适、减压放松等心理保健方法,达到缓解压力、预防抑郁和焦虑等心理问题的保健目的。研究表明,基于正念体系的中国本土化心身减压课程可增强更年期女性的幸福感,缓解焦虑和抑郁情绪^[4]。

2 关注更年期女性心理健康问题的高危因素

更年期女性生理状况显著变化,且可能面临诸多来自个人、社会和家庭等方面的挑战,会给她带来一定心理影响。了解更年期女性心理健康问题的高危因素,有助于及时为其提供心理社会支持和咨询指导,帮助其掌握自我调节技能,预防精神心理问题的发生。

2.1 生理因素

生理因素包括慢性疾病或自我评价健康状况差;既往生殖相关情绪障碍(如产后和/或经前抑郁症状);子宫切除(伴或不伴卵巢切除);卵巢早衰(过早绝经);促卵泡激素和雌二醇等生殖激素水平变化;血管舒缩症状,如潮热、出汗、烦躁等;睡眠障碍;高身体质量指数等^[5-6]。

2.2 心理社会因素

心理社会因素包括精神疾病史及家族史(抑郁症、焦虑症及其他精神病);性格内向、自我评价低、敏感多疑、多思多虑、情绪不稳、反刍思维倾向;未产;赡养老人及抚养子女的双重压力;受教育程度较低;负性生活事件(经济问题、失业、丧失父母等亲人、子女离家、离婚、丧偶等);对衰老和更年期的消极态度;社会支持低等。

3 更年期女性心理健康问题的筛查和评估

更年期女性的心理健康问题常与潮热、出汗等更年期症状合并出现。定期进行心理健康问题的筛查和评估,有助于心理问题的早识别、早诊断、早干预,减少严重心理疾病的发生。更年期女性心理健康问题的筛查和评估应纳入更年期女性综合保健工作中,常规开展定期筛查和评估,动态了解其情绪心理状况。筛查工具以自评量表为主,可由更年期女性自行填写完成。推荐常用量表如下:

3.1 抑郁情绪量表

9 项患者健康问卷(patients health questionnaire-9 items, PHQ-9):属自评量表,可用于评价个体近 2 周的抑郁情绪。量表总分 0~4 分为无抑郁症状,5~9 分为轻度抑郁症状,10~14 分为中度抑郁症状,15 分以上为重度抑郁症状。

抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS):用于评价个体近 1 周抑郁状态的轻重程度及其在治疗中的变化^[7]。量表的分界值为 53 分^[7]。

3.2 焦虑情绪量表

7 项广泛性焦虑障碍量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7):属自评量表,可用于评价个体近 2 周焦虑症状的严重程度。量表总分 0~4 分为不具有临床意义的焦虑症状,5~9 分为轻度焦虑症状,10~14 分为中度焦虑症状,15 分及以上为重度焦虑症状^[7]。

焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS):用于评价个体近 1 周焦虑情绪的主观感受^[7]。量表的分界值为 50 分^[7]。

3.3 自杀风险量表

贝克自杀意念量表(Beck scale for suicide ideation-chinese version, BSI-CV)^[8]:用于量化和评估自杀意念。量表共有 19 个条目。前 5 项为筛选项,评估个体是否有自杀意念,如果第 4 或者第 5 个项目任意 1 个选择答案是“弱”或者“中等到强烈”,则为有自杀意念,需要继续完成后面的 14 个项目,后 14 个条目可用来评估自杀倾向。得分越高,自杀意念越强烈,自杀危险性越大。

3.4 更年期症状量表

改良 Kupperman 评分表:是目前国际上通用的评估更年期症状的工具,能较好地识别绝经相关症状。该量表共 13 个条目,涉及 13 种最常见的围绝经期症状,包括潮热及出汗、感觉障碍、失眠、易激动、抑郁及疑心、眩晕、疲乏、骨关节痛、头痛、心悸、皮肤蚁走感、泌尿系感染和性生活状况。每个条目根据选项得分进行加权后相加得出总分,总分为 0~63 分。参照《中华妇产科学》对受调查者改良 Kupperman 总分进行绝经相关症状严重程度分类:评分 ≤ 6 分为正常,7~15 分为轻度,16~30 分为中度, > 30 分为重度,总分越高代表绝经相关症状越严重^[9]。

绝经期生存质量量表(menopause-specific quality of life, MENQOL):是专门测量更年期女性生存质量的工具,可较为全面的评价更年期女性的生存质量及其变化情况^[10]。量表包括 29 个条目,分为血管舒缩症状、心理社会状态、生理状态、性生活 4 个维度,其中心理社会状态包括感到焦虑或紧张、记忆减退、做事不如以往得心应手、感到抑郁、情绪低落或沮丧、对别人缺乏耐心、总想一个人呆着。更年期女性对过去 4 周内自己有无相应症状进行评价,若有,则进一步对该症状的困扰程度进行评分,0 分表示没有困扰,6 分代表极度困扰。分别计算每个维度下所有条目的平均分,得分越高,生存质量越低。

3.5 睡眠量表

阿森斯失眠量表(Athens insomnia scale, AIS)^[7]:属自评量表,以近 1 个月睡眠的主观感受为主要评定内容,可用于睡眠质量状况调查。量表共 8 个条目,每条从无到严重分为 0、1、2、3 四级评分,总分小于 4 分为无睡眠障碍,4~6 分为可疑失眠,6 分以上为失眠。

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI):该量表适用于睡眠障碍患者、精神障碍患者的睡眠质量评价、疗效观察以及一般人群睡眠质量的调查研究,一般作为睡眠质量与身心健康相关性研究的评定工具^[7]。PSQI 用于评价最近 1 个月的睡眠质量,由 19 个自评和 5 个他评条目构成,

其中第 19 个自评条目和 5 个他评条目不参与计分。参与计分的 18 个自评条目组成 7 个因子,每个因子按 0~3 等级计分,累积各因子得分为 PSQI 总分,总分范围为 0~21,得分越高,表示睡眠质量越差,可把 7 分作为睡眠质量问题的参考界值。

4 更年期女性心理健康问题的应对与干预

对更年期女性出现异常心理健康状况者,应定期监测评估,采取包括非药物与药物等多种方式,充分利用自身和家庭社会资源,适时恰当干预处理,及早识别和应对心理危机状态,改善预后及结局。

4.1 心理健康问题的动态管理

4.1.1 定期监测评估情绪与睡眠状态

筛查评估时发现各类心理问题异常者,应及时转诊至精神心理科,并结合临床表现进一步诊断,及早干预。必要时 2~4 周复评,实行动态监测管理。

4.1.2 适量运动

应鼓励更年期女性根据自身情况,适量进行运动锻炼,帮助调整情绪和睡眠状态。

4.1.3 减压干预

可通过基于正念的团体或者个体干预方法来帮助缓解压力、潮热、出汗等症状,改善睡眠、提升幸福感。

4.1.4 家庭支持

帮助主要家庭成员意识到家庭支持的重要性,并培训其相关的沟通技能,有助于建立良好的家庭支持系统,缓解更年期女性的不良情绪。

4.1.5 远程心理干预

通过网络、电话等远程心理服务模式帮助更年期女性应对焦虑、抑郁情绪或者失眠问题。

4.2 精神心理疾病的处理

根据更年期女性的不同情况,有针对性地制定干预方案,为其提供适宜的心理保健服务。

4.2.1 轻度至中度抑郁/焦虑/失眠

4.2.1.1 心理健康教育

针对焦虑、抑郁、失眠等问题开展健康教育,将其经历正常化是减轻症状的第一步,且尤为重要^[11]。

此外,教授异常心理状态的识别和应对方法,告知求助途径,并鼓励寻求专业帮助。

4.2.1.2 充实生活

鼓励进行适当的运动,多参与感兴趣或让自己感到愉悦的事情。

4.2.1.3 充分利用社会支持系统

建议家人共同参与更年期女性心理保健,给予积极的帮助和陪伴;鼓励更年期女性积极利用支持系统,比如主动找人倾诉、向他人寻求帮助等。

4.2.1.4 心理治疗

应主动为更年期女性提供专业的心理治疗服务,可采用团体或者个体形式,根据患者特征及治疗者专业特长选择认知行为治疗、人际心理治疗、基于正念的认知/减压疗法、心理动力学治疗等技术。

4.2.1.5 互联网远程心理支持

网络、电话等远程形式的心理咨询可作为应对心理问题的辅助方式,并告知其转诊信息。

4.2.1.6 持续监测

动态关注更年期女性的情绪变化,一旦出现较严重的不良情绪,并影响到正常社会功能的时候,应建议其及时寻求专业帮助。

4.2.2 中度至重度抑郁/焦虑/失眠

4.2.2.1 药物治疗

抗抑郁药物是更年期抑郁障碍的一线治疗方法之一^[12-13]。选择性 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)再摄取抑制剂、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂等抗抑郁药,在常规剂量下,对更年期抑郁均具有良好的疗效和耐受性,同时也能改善更年期血管舒缩症状。

中重度的焦虑障碍患者需接受抗焦虑药物治疗。前述抗抑郁药均具有抗焦虑和抑郁的双重作用,因此也被用于焦虑情绪的治疗。另外常用的抗焦虑药物有苯二氮⁺类药物和 5-HT^{1A}受体部分激动剂。苯二氮⁺类药物主要包括劳拉西泮、奥沙西泮、阿普唑仑、氯硝西泮、艾司唑仑等,该类药起效快、抗焦虑作用强,尤其是对于急性焦虑发作疗效较好,但长期使用容易产生耐药性、依赖性,突然停药容易出现戒断反应,故不宜长期单药使用。临床上

常用的5-HT^{1A}受体部分激动剂有丁螺环酮和坦度螺酮。与苯二氮⁺类药物相比,该类药起效慢,但无耐受性和依赖性,停药后也无戒断反应,可长期单药使用,也可联合抗抑郁药或抗精神病药物使用。

改善睡眠药物包括非苯二氮⁺类药物(如唑吡坦、扎来普隆、佐匹克隆、右佐匹克隆),短、中效的苯二氮⁺类药物(如艾司唑仑、阿普唑仑)、褪黑素受体激动剂(如阿戈美拉汀、雷米替胺)、具有镇静作用的抗抑郁药物(如曲唑酮、米氮平、多塞平),后者尤其适用于伴有抑郁和/或焦虑的失眠症患者^[14]。待患者情绪及睡眠好转且稳定,可在医师指导下逐渐进行减药或停药。

绝经激素治疗(menopause hormone therapy, MHT)属于医疗措施,应在有适应证、无禁忌证、患者本人有通过性激素治疗改善生命质量的主观意愿前提下使用。补充雌激素可阻断单胺氧化酶,促进5-HT能神经的传导,使突触间歇5-HT释放量增加^[15],进而对改善情绪发挥具有一定作用。MHT可能有助于改善绝经早期妇女的抑郁和/或焦虑情绪,特别是合并有血管舒缩症状者。但抗抑郁治疗仍然是患有抑郁症更年期妇女的一线治疗,单用性激素治疗更年期抑郁障碍缺乏相关循证医学证据^[13]。

4.2.2.2 心理治疗

心理治疗是更年期女性抑郁、焦虑等心理问题的一线治疗方法之一,可根据患者实际情况与药物治疗联合使用,对于缓解焦虑、抑郁情绪有较好的疗效。可以根据患者特征及治疗者专业特长选择认知行为治疗、人际心理治疗、基于正念的认知/减压疗法、心理动力学治疗等技术。

4.2.2.3 物理治疗

重复经颅磁刺激、脑电生物反馈等物理治疗均证实对焦虑、抑郁、失眠有较好辅助治疗效果。改良电休克治疗可以作为重度抑郁的治疗方法,尤其适用于存在高自杀风险、已经接受足量足疗程的抗抑郁药物治疗仍无明显好转、多次复发或不适宜用药的重度抑郁患者(伴或不伴精神病性症状)^[16]。

4.2.2.4 运动治疗

研究表明运动可以减轻更年期妇女的抑郁症

状,推荐每周运动>3次,可以缓解更年期抑郁情绪,改善血管舒缩症状^[17]。

4.2.2.5 中医药治疗

对更年期女性情绪障碍具有一定疗效。研究表明,中药^[18]、针灸^[19]等中医疗法对更年期女性情绪障碍具有一定改善作用,但是目前缺乏大样本长期随访研究证据。

4.2.3 严重精神疾病

严重精神疾病主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、双相情感障碍等。研究显示激素水平波动与精神病性症状关系密切^[20],雌激素对女性罹患精神分裂症具有保护效应,导致女性相比于男性起病更晚、症状更轻。绝经期雌激素降低,这一保护效应减弱,使得绝经期女性出现发病或病情恶化风险增加。新发精神症状应结合患者基础健康状况,选择相对安全有效的抗精神病药物,如喹硫平、奥氮平、利培酮等^[21];对曾罹患过精神分裂症的患者可根据既往有效抗精神病药物种类及剂量进行选择。除药物治疗外,也可根据情况结合改良电休克治疗等物理治疗控制精神症状^[16]。

4.3 心理危机干预与预防

应关注更年期女性情绪变化,适时评估其自伤、自杀风险。当更年期女性表达有自杀的想法的时候,要继续深入了解其自杀想法的强烈程度、自杀行为的计划以及计划实施的可能性、自杀工具的可得性等。如果更年期女性自杀风险较高,则需要建议其寻求专业帮助,接受进一步的评估、诊断和治疗。

通过进行自杀相关的心理健康教育,让更年期女性及其家人了解和掌握自杀的相关知识和可寻求帮助的途径,密切关注更年期女性情绪的改变,尤其当更年期女性表达有强烈自杀想法的时候,要重视其安全状况,保证身边有人陪伴。

5 更年期女性心理健康服务模式

5.1 服务机构

开设更年期保健门诊和设置精神科/心理科/身心医学科的相关医疗机构等可为更年期女性开展心理保健服务,并与常规更年期保健服务相结合。

5.2 多学科联络会诊机制

鼓励建立及完善多学科联络会诊机制,在不同医疗机构和科室之间形成协作工作体系,为更年期保健门诊提供心理保健服务技术指导和支 持,共同制定更年期女性心理健康管理计划,加强相关科室人员心理危机识别意识,完善转诊网络体系。

5.3 疫情防控常态化下的心理健康服务

应关注更年期女性与疫情有关的心理健康问题,提高更年期女性心理的自我调适能力,帮助其缓解心理不适,摆脱情绪和行为问题的困扰。部分更年期女性经自我调整后仍不能摆脱心理困扰,可能出现焦虑、抑郁、失眠和急性应激反应等情况,给自己的生活和社会功能带来影响,应及时主动为这类人群提供心理干预帮助。随着高科技手段发展以及疫情防控常态化的需求,可采用互联网、人工智能等手段为更年期女性提供远程心理保健服务,逐步扩大心理保健服务覆盖面。

[参考文献]

[1]Jafari F, Hadizadeh M H, Zabihi R, *et al.* Comparison of depression, anxiety, quality of life, vitality and mental health between premenopausal and postmenopausal women[J]. *Climacteric*, 2014, 17(6): 660-665.

[2]Parish S J, Nappi R E, Kingsberg S. Perspectives on counseling patients about menopausal hormone therapy: strategies in a complex data environment [J]. *Menopause*, 2018, 25(8): 937-949.

[3]Stanisławska M, Szkup Jabłońska M, Jurczak A, *et al.* The severity of depressive symptoms vs. serum Mg and Zn levels in postmenopausal women [J]. *Biol Trace Elem Res*, 2014, 157(1): 30-35.

[4]Carmody J, Crawford S, Churchill L. A pilot study of mindfulness-based stress reduction for hotflashes [J]. *Menopause*, 2006, 13(5): 760-769.

[5]Deeks A A, Gibson-Helm M, Teede H, *et al.* Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects[J]. *Climacteric*, 2011, 14(5): 565-572.

[6]Blümel J E, Castelo-Branco C, Cencel M J, *et al.* Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric[J]. *Maturitas*, 2004, 49(3):

205-210.

[7]张明园,何燕玲.精神科评定量表手册[M].湖南科学技术出版社,2015.

[8]李献云,费立鹏,童永胜,等. Beck 自杀意念量表中文版在社区成年人中应用的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2010, 24(4): 250-255.

[9]Tao M, Shao H, Li C, *et al.* Correlation between the modified Kupperman Index and the Menopause Rating Scale in Chinese women[J]. *Patient Prefer Adherence*, 2013, 7: 223-229.

[10]Hilditch J R, Lewis J, Peter A, *et al.* A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties [J]. *Maturitas*, 1996, 24(3): 161-175.

[11]Epstein R M, Duberstein P R, Feldman M D, *et al.* I didn't know what was wrong: how people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress[J]. *J Gen Intern Med*, 2010, 25(9): 954-961.

[12]Joffe H, de Wit A, Coborn J, *et al.* Impact of estradiol variability and progesterone on mood in perimenopausal women with depressive symptoms[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2020, 105(3): e642-650.

[13]Maki P M, Kornstein S G, Joffe H, *et al.* Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations [J]. *J Womens Health (Larchmt)*, 2019, 28(2): 117-134.

[14]中国睡眠研究会.中国失眠症诊断和治疗指南[J]. *中华医学志*, 2017, 97(24): 1844-1856.

[15]Myung W, Lim S W, Woo H I, *et al.* Serum cytokine levels in major depressive disorder and its role in antidepressant response[J]. *Psychiatry Investig*, 2016, 13(6): 644-651.

[16]中国医师协会神经调控专业委员会电休克与神经刺激学组,中国医师协会睡眠专业委员会精神心理学组,中国医师协会麻醉学医师分会.改良电休克治疗专家共识(2019版)[J]. *转化医学杂志* 2019, 8(3): 129-134.

[17]魏双双,黄哲人,何轶然,等.运动对围绝经期症状、抑郁症状的影响[J]. *浙江医学*, 2016, 38(24): 1961-1965.

[18]高志生,倪焯,肖晓,等.补肾柔肝解郁汤治疗围绝经期抑郁症的临床观察[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2017, 23(3): 364-366.

[19]王聪,白艳甫,符文彬,等.针刺奇经四穴治疗围绝经期妇

- 女抑郁状态的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35 (12): 3390-3392.
- [20] Friedman S H, Prakash C, Moller-Olsen C. Psychiatric considerations in menopause[J]. Current Psychiatry, 2018, 17(10): 11-16.
- [21] 舒良. 精神分裂症防治指南[M]. 北京: 北京大学出版社, 2007.
- [专业责任编辑: 杨文方]

专家组成员(排名不分先后, 按姓氏拼音排列)

安 静	北京回龙观医院	王 刚	四川省妇幼保健院
白文佩	首都医科大学附属北京世纪坛医院	王世宣	华中科技大学同济医学院附属同济医院
白 云	山西省妇幼保健院	王亚平	北京协和医院
陈 艳	济南市妇幼保健院	吴江平	南京市妇幼保健院
陈 瑛	首都医科大学附属北京天坛医院	杨 丽	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心
但 阳	重庆市妇幼保健院	姚吉龙	深圳市妇幼保健院
方 新	北京大学心理咨询与治疗中心	郁 琦	北京协和医院
顾 蓓	首都医科大学附属北京世纪坛医院	张治芬	杭州市妇幼保健院
韩历丽	首都医科大学附属北京妇产医院	张达明	山西省妇幼保健院
胡 华	重庆医科大学附属第一医院	郑睿敏	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心
姜思思	北京大学第六医院	钟赋真	北京市海淀区妇幼保健院
蒋成刚	重庆市妇幼保健院	周坚红	浙江大学医学院附属妇产科医院
梁开如	四川省妇幼保健院		
孙爱军	北京协和医院		

起草组成员(排名不分先后, 按姓氏拼音排列)

安 静	北京回龙观医院	梁开如	四川省妇幼保健院
姜思思	北京大学第六医院	杨 丽	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心
蒋成刚	重庆市妇幼保健院	郑睿敏	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心