

在心血管科就诊患者的心理处方 中国专家共识

中国康复学会心血管病专业委员会

中国老年学学会心脑血管病专业委员会

来源：中华心血管病杂志 2014 年 1 月第 42 卷第 1 期

通信作者：胡大一，Email: dayi.hu@medmail.com.cn

为心血管科患者制定心理处方的目的是将“双心医学”做为“心脏整体防治体系”的组成部分，立足于心血管疾病的学科体系，对心血管疾病受到来自精神心理因素的干扰或表现为类似心脏症状的单纯精神心理问题，进行必要、恰当的识别和干预。

心内科就诊的患者中大量存在有或同时有精神心理问题，由于传统的单纯医学模式，常忽视精神心理因素，使患者的治疗依从性、临床预后和生活质量明显降低，成为目前心血管医生在临床工作中必须面对又迫切需解决的问题。我国临床医生对精神心理卫生知识的了解远不能满足临床需要，临床中遇到的此类问题难以运用有效的手段进行干预。为进一步改善心血管疾病患者的生活质量及预后，实现心血管和精神心理的“双心”康复，中国康复学会心血管病专业委员会和中国老年学学会心脑血管病专业委员会组织心血管内科和精神疾病科相关专家，共同撰写在心血管科就诊患者心理处

方中国专家共识,旨在为广大心血管医师在临床工作中提供有益的、可供借鉴的参考与指导。

为使共识更具操作性,本共识中精神心理障碍包括心境恶劣、轻中度焦虑和(或)抑郁(定义为超出患者所能承受或自我调整能力,对其生活和社会功能造成一定影响,但严重程度没有达到或符合精神疾病的具体诊断标准)、惊恐发作和谵妄。

一、我国心血管病患者精神心理问题现状

1.心脏科就诊患者中常伴有精神症状: 2005 年在北京 10 家二、三级医院的心血管内科门诊,对连续就诊的 3 260 例患者的调查显示,焦虑检出率 42.5%, 抑郁检出率 7.1%, 其中在冠心病患者中抑郁和焦虑检出率分别为 9.2%和 45.8%, 高血压患者中分别为 4.9%和 47.2%; 研究还显示,在心血管科就诊患者中, 12.7%无法诊断心血管疾病,而精神症状明显; 27.7%为心血管病患者合并存在精神症状。

2.无论有无器质性心脏疾病，均可伴有精神症状：有部分在心脏科就诊的患者，没有明确躯体疾病，但精神症状明显。同时，也有相当部分心血管病患者存在焦虑抑郁症状。在对 1083 例经冠状动脉造影诊断为冠心病的住院患者的调查显示，抑郁检出率 7.9%，焦虑检出率 28.3%，同时符合焦虑抑郁状态的为 14.3%。在因胸痛而行冠状动脉造影检查的患者中，冠状动脉正常或接近正常的患者占 10%~40%，其中大部分患者的心脏主诉也难以用其他器质性疾病解释，而这些患者中 15%最终诊断为惊恐障碍，27%诊断为抑郁症。

3.患者的心理问题呈现异质性：在患者患病和就诊求助的过程中，无论患者的主诉是否已得到合理解释和有效处理，都会有相应的心理活动，焦虑抑郁只是其中部分表现，患者背后的心理问题呈现异质性。部分患者回避疾病，否认其严重性，也不坚持医疗指导；部分患者变得过分在意身体，呈典

型的患病状态,即使经有效治疗,仍反复躯体不适;部分患者原有长期适应不良的心理状况,如神经症或亚临床神经症,有的出现发作性心理疾病如抑郁发作、惊恐发作等;同时,患者心脏疾病的严重程度直接影响其精神状态,如心脏疾病严重时出现大脑并发症——谵妄,或患病后表现出心理适应障碍等;此外,心理-生理交互作用导致躯体疾病,如慢性焦虑症患者发生高血压、暴怒后发生应激性心肌病、急性心肌梗死等。了解患者患病后的心理变化,有助于患者的整体治疗和康复。

二、如何识别精神心理问题

1.筛查:心脏科的临床诊疗节奏快,对患者的情绪体验难以逐一澄清。心理问题筛查尤为重要。可在诊疗同时,采用简短的三问法,初步筛出可能有问题的患者。3个问题是:(1)是否有睡眠不好,已经明显影响白天的精神状态或需要用药?(2)是否有心烦不安,对以前感兴趣的事情失去兴趣?(3)

是否有明显身体不适,但多次检查都没有发现能够解释的原因。3个问题中如果有2个回答是,符合精神障碍的可能性80%左右。也可在患者等待就诊时,采用评价情绪状态的量表筛查。推荐《躯体化症状自评量表》、《患者健康问卷-9项(PHQ-9)》、《广泛焦虑问卷7项(GAD-7)》、《综合医院焦虑抑郁量表(HAD)》等。

针对谵妄的评估工具有10多种,在综合医院使用最多的是“意识模糊评定法”(confusion assessment method, CAM)的简本(4个条目),其全版本有11个条目。同时CAM还拓展了专门用于重症监护病房(ICU)的CAM-ICU,特别便于连续评定术后或病情严重的ICU患者。已有中国研究人员采用CAM-ICU对冠状动脉旁路移植术(CABG)后患者的谵妄进行研究。另外,还有护士用的谵妄评定工具,其中精神科医师翻译并进行过效度检验的是护理用谵妄筛查。

2.常用量表的作用与局限：量表作为开发的标准化评估工具，有着各自的用法和适用范围。有的量表需培训过才能有评价一致性，如《汉密尔顿抑郁量表》，是由受训合格的专业人员施测的，不能由患者自填。有的量表用于筛查，灵敏度和特异度都合格，但作为考察病情变化的指标过于简单。大部分自评问卷属于症状评定，不能据此直接得出精神科诊断，因为患者自己显然不具备对不良情绪进行鉴别诊断和按专业分类归类的能力。而且，不同精神科诊断的症状谱存在交叉，不能根据抑郁或焦虑自评评分高，诊断抑郁症或焦虑症。由此可见，了解不同评估工具的具体用法和适用范围尤其重要，是避免基本错误的保证。

3.精神科诊断与简易诊断(ICD-10 普及版)：对心脏科患者进行精神科诊断，精神科医生应采用国内精神病学学会公布的诊断标准。由心内科医生初步预诊断和处理，可参照 ICD-10 的普及保健版本。

其中:不仅有经过世界卫生组织推荐的简化诊断标准,而且有如何向患者和家属交代病情,如何初步处理的建议。

三、心血管科精神心理问题患者的临床处理

心脏科就诊患者的精神心理问题临床处理跨度大,从普通人的患病反应,到患病行为异常及适应障碍,到慢性神经症患者的特殊应对方式,到药物不良反应造成的精神症状以及心脏疾病严重时出现的脑病表现。很难用一个模式应对所有情况。共识列出心脏科医生起到难以替代作用的几种处理方法。因为第一线接触患者的是心脏科医生,而很多患者会拒绝转诊至精神科,同时心血管疾病是致命性疾病,而心脏科患者存在的精神心理问题通常是亚临床或轻中度焦虑抑郁,没有达到精神疾病的诊断标准,这部分患者由心脏科医生处理更安全方便。

(一)支持性心理帮助

认知因素在决定患者的心理反应中是关键性因素，包括对病因和疾病结果的态度，对治疗预期作用的态度等。患者在获得诊断和治疗决策阶段，以及后续治疗和康复阶段，可能经历多种心理变化，作为心脏科医生主要的帮助手段是认知行为治疗和运动指导。

1.一般患病反应的处理：认知行为治疗

(1)健康教育：心血管科患者常因对疾病不了解、误解和担忧导致情绪障碍，需要从心理上帮助患者重新认识疾病，合理解释患者心脏疾病转归和预后，纠正患者不合理的负性认知，恢复患者的自信心，可使很多患者的焦虑抑郁情绪得到有效缓解。健康教育可通过定期讲课形式或一对一咨询方式进行。内容包括冠心病、高血压、心律失常、心力衰竭等疾病的防治课程，让患者了解疾病的发生和预后，减少误解和不了解造成的心理障碍。同时让患者了解精神心理障碍对心脏疾病发生的影响，使得患者

重视精神心理障碍的治疗。

(2)心理支持：有精神障碍的患者往往有大量主诉，在漫长的就医过程中，做了许多检查，用了许多药物治疗，但患者病情仍然得不到很好缓解，同时患者常会感到自己的病症得不到医生的重视和家人理解，使患者心生怨言；这时，医生要对患者病情表示理解和同情，耐心倾听和接受患者对疾病的描述，在患者阐述病情时，除了心血管病症状，要尽可能详细询问患者有无其他不适主述，如睡眠问题、有无紧张和担心害怕、有无乏力和情绪不佳；讨论症状出现时的心理情绪问题，要了解患者对本身心脏疾病的认识，有无随时感到疾病会对自己造成重大威胁，或对疾病的治疗和恢复失去信心；要了解患者发病之初有无负性生活事件，如亲人病故、病重以及其他重大精神创伤和压力。有时患者虽然有强烈求治愿望，但因屡治不好，也会对医生失去信赖。通过上述与患者的充分交流沟通，可重新取

得患者信任，在对患者病情充分了解的情况下，结合本专业知识，对患者进行合情合理的安慰，给其适当的健康保证，打消其顾虑，恢复战胜疾病的勇气和信心。心理障碍患者固有的心理防御机制使他们倾向于隐瞒自己的抑郁焦虑情绪，同时也担心医生考虑精神因素时，会耽误对心脏疾病的诊断和治疗。此时需帮助患者认识到其目前的病情与精神心理障碍可能有关，抑郁焦虑同样会导致患者有躯体不适，同时帮助患者正确判断其心血管疾病的严重程度，客观评价患者临床症状与心血管疾病之间的关系，让患者自己认识到夸大的疾病和症状。要详细解释精神心理障碍的治疗必要性，解释药物使用过程中的特点和注意事项，以取得患者对疾病诊断的充分理解和对治疗的积极配合。

(3)提高治疗依从性：研究显示，合并有精神障碍的患者治疗依从性差，表现为对抗焦虑抑郁治疗的不依从，以及对心血管康复/二级预防的不坚

持。因此，提高患者的治疗依从性对改善患者预后非常重要。可从以下方面予以注意。

①加强治疗指导。以患者能够理解的方式进行，使用亲切的语言使患者感到宽慰，根据患者医疗需求和受教育程度提供浅显易懂的口头和书面信息，如为什么需要治疗，怎样治疗，治疗的益处，各个药物的用法用量、注意事项，和可能产生的不良反应，用药方案尽量适应患者的生活工作习惯，通过对患者健康教育过程提高患者对自身疾病的认识，正确理解治疗方案，促使患者家属积极配合，支持和监督患者接受治疗。

②调动支持系统。支持系统作为一种社会心理刺激因素会影响患者的身心健康，通过提供正确、合理的家庭社会支持，改善家庭和社会环境，是提高治疗依从性的重要措施。家庭、社会的支持对患者精神健康有直接促进作用，能够让患者在遇到应激事件时，更好应对困难、渡过难关，降低应激事件对身心健康产生的消极影响，减少心理障碍的诱发因

素，降低发病率。而且良好的家庭、社会支持，可对疾病康复起到促进作用的同时减少复发；反之，缺乏家庭、社会有效支持的患者得不到良好康复，会增加复发机会。鼓励患者家属和患者之间的感情互动，可促进患者恢复，同时要对患者家属进行适当健康教育，提醒患者家属避免过度紧张给患者造成更大精神压力。

(4)随访：有利于定期了解患者病情变化和指导患者进一步治疗，可提高治疗依从性，提高患者对治疗的信心。随访从患者接受治疗开始，1~2 周 1 次，之后适当延长随访时间，随访中，医生主要观察患者治疗的效果及药物反应，并根据随访情况调整用药及支持性治疗内容；治疗早期随访非常重要，根据不良反应情况尽量把药物剂量加到有效值，同时鼓励患者治疗达到足够疗程，减少复发。远期随访可获得长期效果，随访过程对患者具有持续心理支持作用。随访方式可通过门诊咨询、电话或信

件等方式进行。

随访过程中,如反复出现治疗依从性不好,患病行为异常(如陷入疑病状态不能自拔)或出现报警信号(缺乏依据的投诉医生或有自我伤害行为),应请精神科或临床心理科会诊,缓冲患者负面情绪造成的压力,避免与患者陷入纠缠乃至对立的医患关系中。

2.运动疗法

运动治疗对冠心病的益处已经是医学界的共识,大量研究也证明运动改善冠心病患者的生存率的同时能够改善患者的焦虑、抑郁症状。Lavie 和 Milani 进行的随机对照研究显示运动训练可改善冠心病患者的焦虑和抑郁症状,并且不论患者是年轻人还是老年人都有效。Milani 和 Lavie 对 522 例冠心病患者追踪观察平均长达 4 年,结果显示运动治疗能使合并抑郁障碍的冠心病患者病死率降低 73%,同时该研究结果还提示只需较小程度地改善

患者的心肺功能,即可降低抑郁障碍的发病率以及冠心病患者的死亡率。国内学者研究同样得出相似结论:3个月的运动治疗显著改善心血管神经症患者的焦虑、抑郁负性心理障碍,进一步提示运动治疗对心血管疾病和负性心理应激两方面都有肯定疗效。

运动治疗前,须对患者综合评估,包括:(1)确认患者有无器质性病变及程度;(2)患者焦虑、抑郁情况及程度,既往治疗情况,有无复发史等;(3)心肺功能及运动能力。如果有条件建议患者进行运动评估,并结合患者的兴趣、需要及健康状态来制定运动处方,并遵循个体化的运动处方进行运动治疗。如果条件受限不能进行运动评估,或者患者未合并器质性心脏病,也可以根据年龄、运动习惯等因素给予合适的运动指导。运动处方包括运动频率、强度、时间和方式。根据运动试验结果(如静息心率、最大心率、血压和心电图改变)、病变

程度、左心功能状况和症状来确定运动强度,运动强度以 50%~70%最大摄氧量或靶心率(运动需达到的心率为 60%~80%的最大心率),靶心率根据运动试验结果或者公式算出,对于有些患者也可根据自觉劳累度分级(RPE)达 13(略感用力)来调整运动强度。根据运动训练实施过程中患者对训练的反应,以及再评定的结果,不断对运动处方进行修订。对所有患者,医生应鼓励其进行每周 3~5 天,最好每天,每次 30~60min 中等强度(如上所述)有氧锻炼,辅以日常活动如散步、园艺、家务,2 次的抗阻训练,包括哑铃、弹力带等应用。

运动治疗应遵循一般原则,并注意:(1)建议高危患者在有心电和血压监护下运动。一方面可以观察患者在运动中的心血管反应,及时调整运动处方;另一方面可消除患者的运动恐惧心理,让患者在放松状态下运动。低危患者可以选择在康复中心或者家中进行运动训练,建议在运动过程中播放舒

缓的音乐，营造放松的运动环境。(2)低危冠心病患者或心血管神经症患者有氧运动强度可偏大，建议达到最大运动量的 70%~80%；高危冠心病患者则从中低强度开始，循序渐进。在每次运动前后给予柔韧性运动方式进行热身和放松，有助于预防运动损伤。中老年患者可进行平衡训练降低运动中跌倒的风险。在运动治疗一段时间后应适当增加抗阻训练，以增强肌力和肌耐力，改善患者的生活质量。(3)治疗过程中多和患者及家属交流，及时解答患者的困惑。多给予鼓励，尤其是在患者有进步时，心理支持应贯穿治疗的始终，包括家属。

(二)药物治疗

1.有影响力的药物临床试验：对于合并心理适应问题或精神障碍的心脏疾病患者，对症处理可改善患者的精神症状，提高生活质量；但何种药物处理能够对心脏疾病有益，仍存争议。

目前药物治疗主要有以下研究：(1)选择性 5.

羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(serotonin reuptake inhibitors, SSRI)药物干预：对冠心病患者合并抑郁干预治疗的 3 个重要临床试验分别是 SADHART、ENRICHD、CREATE 试验。SADHART 研究评价舍曲林治疗急性心肌梗死或不稳定性心绞痛合并抑郁的效果和安全性，研究纳入 369 例符合纳入标准的重症抑郁患者，结果表明舍曲林治疗心肌梗死或者不稳定性心绞痛合并抑郁有效安全。ENRICHD 研究纳入 2481 例心肌梗死合并抑郁患者，干预措施包括使用舍曲林的常规治疗和认知行为治疗，6 个月随访发现 2 种干预措施可改善抑郁的症状，但是 29 个月之后的随访结果发现 2 组的无心血管危险事件生存率差异无统计学意义。ENRICHD 的延伸研究发现，药物和认知治疗虽然不能降低患者远期的死亡率，但经干预后抑郁症状没有改善的患者预后差。CREATE 研究是随机、对照、2×2 因子的队列研究，对 284 例冠心病合并

抑郁患者进行干预。干预措施为使用药物西酞普兰、人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)、临床处理(clinic management, CM), 分成 4 组: IPT+CM+西酞普兰, IPT+CM+安慰剂, CM+西酞普兰, CM+安慰剂。预后指标使用 HAM-D 和 BDI 量表检测抑郁的程度, 随访 12 周的结果表明西酞普兰明显减轻抑郁程度, 而 IPT 治疗效果不优于 CM。(2)去甲肾上腺素能和特异的 5-HT 能抗抑郁剂 (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant, NaSSA)药物干预: MIND-IT 研究是随机双盲安慰剂对照、前瞻性多中心的临床试验, 对 2177 例心肌梗死患者进行抑郁评估, 91 例患者符合 DSM-IV 的抑郁诊断标准。使用 17 项的汉密尔顿抑郁量表(Ham-D), BECK 抑郁量表(BDI)、临床疗效总评量表(clinical global impression, CGI)和症状自评量表(SCL-90)来评估抑郁症状。40 例患者使用米氮平(mirtazapine)治疗, 51 例患者使用

安慰剂。24 周随访发现，米氮平治疗急性心肌梗死后抑郁效果优于安慰剂。但该类药物对于心血管疾病患者的远期预后仍需进一步研究。氟哌噻吨美利曲辛用于心血管病患者的安全性和有效性目前缺乏国际多中心研究数据，国内有大量小规模单中心研究显示该药用于心血管病患者安全有效。

2.药物治疗注意事项：(1)治疗目标要确切，如针对明显焦虑症状或抑郁症状。(2)全面考虑患者的症状谱特点(如是否伴有失眠)、年龄、躯体疾病状况、有无合并症、药物的耐受性等，尽量做到个体化用药。(3)剂量逐步递增，采用最低有效量，使出现不良反应的可能性降到最低。与患者有效沟通治疗方法、药物的性质、作用、可能的不良反应及对策，增加患者治疗的依从性。(4)新型抗抑郁药物一般在治疗 2 周左右开始起效，治疗的有效率与用药持续时间存在函数关系，如果足量治疗 6~8 周无效，应重新评估病情(咨询精神科)，若考虑

换药，首先考虑换用作用机制不同的药物。(5)治疗持续时间一般在 3 个月以上，具体疗程目前缺乏研究证据，需根据具体病情决定后续康复措施和药物治疗角色。

3.心血管科患者抗抑郁焦虑药物选择：抗抑郁焦虑药物按作用机制包括如下 8 类：单胺氧化酶抑制剂，三环类抗抑郁药和四环类抗抑郁剂，SSRI，5-HT 受体拮抗和再摄取抑制剂(SARI)，5-HT 和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)，NaSSA，多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂，氟哌噻吨美利曲辛复合制剂。

有安全性证据用于心血管病患者的抗抑郁焦虑药物包括以下几种。

(1)SSRI：是当今治疗焦虑、抑郁障碍的一线用药，由于一般 2 周以上起效，适用于达到适应障碍或更慢性的焦虑和抑郁情况。研究认为该类药物用于心血管疾病患者相对安全。适应证：各种类型

和各种不同程度的抑郁障碍：焦虑症、疑病症、恐惧症、强迫症、惊恐障碍、创伤后应激障碍等。禁忌证：对 SSRI 类过敏者；禁止与单胺氧化酶抑制剂、氯米帕明、色氨酸联用。用法：SSRI 类药物镇静作用较轻，可白天服用；若患者出现困倦乏力可晚上服用。为减轻胃肠道刺激，通常餐后服药(表 1)。建议心血管病患者从最低剂量的半量开始，老年体弱者从 1/4 量开始，每 5~7 天缓慢加量至最低有效剂量。

表 1 常用 SSRI 剂量和用法

药名	半衰期	常用治疗量 (mg/d)	最高剂量 (mg/d)	用法
氟西汀	4 ~ 6 d	20 ~ 40	60	1 次/d
帕罗西汀	24 h	20 ~ 40	60	1 次/d
舍曲林	22 ~ 36 h	50 ~ 100	200	1 次/d 或分次口服
西酞普兰	35 h	20 ~ 40	60	1 次/d

(2)苯二氮革类：用于焦虑症和失眠的治疗。特点是抗焦虑作用起效快。根据半衰期可分为半衰期长和短两类。常用的长半衰期药物有：地西洋、

艾司唑仑、氯硝西泮等；常用的短半衰期者有：劳拉西泮、阿普唑仑、咪达唑仑、奥沙西泮等。长半衰期的药物，更适合用于伴有失眠的情况，睡眠时用药，由于老年患者代谢慢，第2天上午往往也有抗焦虑效果，但应注意其肌松作用，老年人要防止跌倒、体位性低血压，重症患者注意呼吸抑制。由于有一定成瘾性，现在临床一般作为抗焦虑初期的辅助用药，较少单独使用控制慢性焦虑。鉴于中老年患者个性往往已定型，加量也很慎重，在医生指导下用药，即使是短半衰期的药物，出现病理性成瘾(剂量不断增加)也很少见。注意事项：有呼吸系统疾病者要慎用，易引起呼吸抑制，导致呼吸困难。长期使用会产生药物依赖，突然停药可引起戒断反应。建议连续应用不超过4周，逐渐减量停药。

唑吡坦和佐匹克隆是在苯二氮革类基础上开发的新型助眠药物，没有肌松作用和成瘾性。特点是对入睡困难效果好，晨起没有宿醉反应。但相应

缺乏改善中段失眠的作用，也不能改善早醒。没有抗焦虑作用。部分老年患者用唑吡坦后，可能出现入睡前幻觉(视幻觉为主)。

(3)氟哌噻吨美利曲辛：该药是一个复合制剂，含有神经松弛剂(氟哌噻吨)和抗抑郁剂(美利曲辛)，其中美利曲辛含量为单用剂量的 $1/10 \sim 1/5$ ，降低了不良反应，并协同调整中枢神经系统功能、抗抑郁、抗焦虑和兴奋特性。适应证：轻中度焦虑抑郁、神经衰弱、心因性抑郁、抑郁性神经官能症、隐匿性抑郁、心身疾病伴焦虑和情感淡漠、更年期抑郁、嗜酒及药瘾者的焦躁不安及抑郁。禁忌证：心肌梗死急性期、循环衰竭、房室传导阻滞、未经治疗的闭角性青光眼、急性酒精、巴比妥类药物及鸦片中毒。禁与单胺氧化酶抑制剂同服。用法：成人：通常 2 片/d，早晨及中午各 1 片；严重病例早晨剂量可加至 2 片。老年患者：早晨服 1 片即可。维持量：通常 1 片/d，早晨口服。对失眠或严重不安的病例，

建议在急性期加服镇静剂。老人或此前未接受过精神科治疗的患者，有时半片也能达到效果。

目前尚无安全性证据用于心血管病患者的抗抑郁焦虑药物：**SARI** 代表药物曲唑酮，主要用于有轻中度抑郁或焦虑合并失眠的患者，该类药物可引起体位性低血压，建议夜间使用。**SNRI** 类药物文拉法辛、度洛西汀和 **NaSSA** 类药物米氮平：这两类药物抗焦虑抑郁效果较好，但 **SNRI** 类药物有升高血压风险，**NaSSA** 类药物有促进食欲、增加体质量和糖代谢紊乱风险，目前临床上用于心血管病患者的安全性还不明确。单胺氧化酶抑制剂临床很少用。多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂丁螺环酮、坦度螺酮，具有抗焦虑作用，可作为高血压伴焦虑患者的用药，对其他心血管疾病的安全性不明确。

三环类和四环类抗抑郁药：因不良反应多，药物相互作用复杂，目前已不用于抗抑郁和抗焦虑的

一线用药。但小剂量用药，有一定优势，如小剂量氯米帕明(每晚 50mg)，对不典型疼痛有效(不依赖其抗焦虑作用)；小剂量阿米替林或多虑平夜间用，有催眠作用，而没有肌松作用或剂量耐受性。该类药物有导致 QT 间期延长和恶性心律失常风险，不建议用于心血管病患者，禁用于心肌梗死急性期、有严重房室传导阻滞和心电节律不稳定的患者。

(三)放松训练与生物反馈技术

放松训练可减少心血管事件及再发，促进病情恢复。接受简单放松训练的手术患者表现出术后谵妄减少，并发症减少，住院时间缩短。包括运用腹式呼吸和集中注意力的想象进行渐进性肌肉放松、自我催眠、沉思、冥想及生物反馈训练。

生物反馈治疗倾向用于那些喜爱器械及对“谈话治疗”持怀疑态度的患者。通过传感器将采集到的内脏活动的信息加以处理和放大，及时并准确地用人们所熟悉的视觉信号或听觉信号加以显示，相

当于让人们听到或看到自己内脏器官的活动情况。通过学习和训练,人们就能在一定范围内做到对内脏器官活动的随意性控制,对偏离正常范围的内脏器官活动加以纠正,恢复内环境的稳态,从而达到防治疾病的目的。

(四)特殊疾病的处理

1. 谵妄: 在 20 世纪 90 年代中期对于谵妄的处理就有很详细的总结, 提出针对外科 ICU 的重症患者的一些经验。谵妄的治疗与焦虑抑郁的治疗原则不同。对于已经插管人工通气的患者, 如出现躁动, 咪达唑仑起效代谢快, 可供选择。对于没有进行人工通气的患者, 出现躁动不是插管的指征。如没有人工通气指征, 抗焦虑和适当约束患者是更好的选择, 同时应注意抗焦虑药物的肌松作用, 检测血氧含量, 除外低氧血症加重谵妄。值得注意的是, 苯二氮革类药物, 特别是高效价药物大量使用, 可加重和延长意识障碍, 应和抗精神病药物联合使用。

使用抗精神病药物，首要原则是分型处理，对于激越型患者，在 1~2d 内达到和维持强力镇静只适用严重病例，同时注意重建患者的昼夜节律；对于淡漠型患者，目的是帮助调节昼夜节律，以期辅助患者意识的恢复。没有哪种药物能让患者很快恢复意识，抗精神病药物的作用是镇静。

在药物选择上，氟哌啶醇是传统的经典药物，对激越型有效，但对睡眠效果不大。虽然对胆碱能系统影响小，一般不加重意识浑浊，但缺点是可能造成 QT 间期延长，对于有室性心律失常的患者，不建议应用。最近有个案报道和开放性研究提示，新型抗精神病药物，如奥氮平，在老年患者的谵妄处理中有一定优势。

除用药外，护理方面的照顾也是患者恢复的基本要素。恰当地强调时间、人物、地点定向，与固定陪护人员的合作等，可很大程度上降低谵妄患者受伤和出现激越的风险。

精神科会诊医生的作用在于：(1)利用自己的经验，帮助内科医生一起寻找病因；(2)对患者及家属进行安慰，对陪护人进行健康教育；(3)提醒和协助处理谵妄患者相关的医疗决策等伦理和法律问题。

对于重症患者的谵妄，预防更重要。在风险因素中，除了不可改变的因素，有些诱因如减少多药并用、少用芬太尼镇痛、早期纠正睡眠障碍等是可改变的因素。患者入 CCU 后，监测皮质醇水平、肌酐水平，有助于预测谵妄的出现。另外，已有医疗团队开发了脑血氧监测系统，经对症处理，减少术后谵妄的发生。

2. 惊恐发作：惊恐发作是急性焦虑发作，常常表现为突发心悸、胸闷、窒息、恐惧以及濒死感，伴有出汗、颤抖、无力、心率增快、血压升高等交感兴奋表现，强烈发作一般持续 10~20min，可自行缓解。由于和心肌梗死的临床症状相似，常在综

合医院急诊科或心内科就诊，常被误诊为冠心病，因治疗无效患者常反复就诊、住院和重复检查。

心脏疾病或其他躯体疾病(如低血糖、哮喘发作)可诱发惊恐发作，酒精、药物或毒品可以导致易感个体出现惊恐发作。也可是单纯惊恐发作，无法找到可以解释症状的病因或精神应激诱发因素。

有器质性疾病基础的惊恐发作，转归往往随原发病病程而改变，但有时控制了原发疾病，惊恐发作仍可反复出现；无器质性疾病基础的惊恐发作，往往自然缓解，但过后有的患者有明显疲乏感，持续数小时甚至 1~2d；也有的年轻患者发作后一切如常，但同样容易反复发作。

处理原则：(1)对惊恐发作的识别和处理应当前移到急救车或急诊阶段。(2)鉴别诊断和对症处理同步进行。(3)对症处理上，首选迅速起效、半衰期短的苯二氮革类药物，如咪达唑仑、阿普唑仑、劳拉西泮等，必要时静脉给药。注意患者原发疾病

的影响,如对心肺功能差的患者应注意药物的呼吸抑制作用,有插管和通气支持条件下使用安全更有保障。(4)对于无器质性疾病或酒药毒品线索的惊恐发作,对症处理后,应及时进行健康教育,告知患者发作的性质,告知应对方法(放松训练或药物处理);对于反复发作的患者,建议转诊精神科。

一旦发现患者属于反复惊恐发作,而且没有医学疾病或酒药毒品的作用,或者这些因素得到控制,惊恐发作仍反复出现,应注意它容易导致患者疑病和在内科各亚专科反复就诊。转诊精神科时,如果患者坚持留在内科系统内接受帮助,应考虑发作处理以外的中长期治疗。

鉴于苯二氮革类药物长期治疗可能效果下降,间断用药不能防止复发,持续用药又容易产生依赖,建议选用有治疗适应证的药物。美国 FDA 批准的治疗惊恐障碍的药物有:帕罗西汀、氟西汀、舍曲林、文拉法辛、艾司西酞普兰、阿普唑仑、氯硝西

泮；国家食品药品监督管理局批准的药物有：帕罗西汀、艾司西酞普兰和氯米帕明。临床实践中，医生可根据实际需要选择未在中国批准其适应证的抗抑郁药物，但需告知患者。

药物治疗过程中患者可能将一些不良反应，如心动过速、头晕、口干等误认为是疾病的表现。而且，有的患者在药物治疗早期不耐受 5-HT 激动作用，症状会加重(药物的不良反应多发生在开始治疗的第 1 周)，治疗前向患者告知药物不良反应的特点、可能的应对方式，提高患者依从性，避免过早停药而延误治疗。在治疗早期，建议合用具有抗焦虑作用的苯二氮革类药物如劳拉西泮(根据个体差异，每日用量 0.5~2.0mg，分次服用)，缓解焦虑，增加患者对药物不良反应的耐受性，提高治疗的依从性。另外，抗抑郁药物从小剂量开始应用，一般从半量开始(如帕罗西汀 10mg、1 次/d，舍曲林 25mg、1 次/d 等)，根据患者的耐受性，逐渐增

加到治疗的有效剂量。治疗遵循足量、足疗程原则，一般持续 12 周，控制症状；维持期治疗一般 1 年左右，根据患者的临床特点考虑逐渐减药。

药物治疗的目标是控制症状，一般在治疗 2~3 个月后可以做到。如果遇到困难(如治疗依从性差)，应当转诊精神科或请精神科会诊。即使 2~3 个月药物治疗能够达到控制症状的目标，除了提醒患者还需维持治疗外，心理线索梳理和心理康复工作这时显得更为重要，这往往需要临床心理师或兼有心理治疗特长的精神科医生的帮助。

(五)分工、转诊以及与精神科合作

对心理问题和精神障碍的处理，心脏科医生有医学基础的优势，对心脏情况把握的专长，弱势在于临床心理学和精神病学专业知识薄弱。但凭借医患交流的一般经验和对人的敏感性，完全有能力识别心理问题、处理心理反应和一般适应不良问题；尤其对急性焦虑发作的鉴别诊断与一线处理，其作

用精神专科医生无法替代。

对生物医学模式可以很好解释的脑病问题(重症患者的谵妄), 心脏科医生经培训也不难掌握。由于谵妄经常出现在重症监护等场合, 精神科医生不可能随时在场, 能否及时发现和处理对躯体疾病的预后又有肯定的影响, 因此识别和处理谵妄也是心脏科医生为主, 精神科医生协助。

精神科医生的长处在于与特殊服务对象打交道, 与各种长期陷于精神痛苦、反应方式特殊的患者打交道。精神科医生熟悉和精于处理各种精神症状、特别是重症现象(如迟滞性抑郁), 能够辨析精神症状背后的精神病理意义, 组织和采取相应的应对措施。在分工方面, 凡是经过培训的心脏科医生处理起来困难的病例, 原则应请精神科会诊。精神科医生可帮助明确精神科诊断(包括潜在的心理动力特点分析和个性发展问题呈递), 明确处理的目标和预期效果。同时, 也是帮助内科同行丰富相关

专业知识和改善自己的心理应对。

具体需要会诊和转诊情况包括：(1)难治性病例，即经过一次调整治疗仍不能耐受不良反应或仍无改善的病例。(2)依从性不好的病例，在医生恰如其分地交代病情和处理必要性、注意事项前提下，仍反复中断治疗，导致病情波动的。(3)重症病例，伴有明显迟滞、激越、幻觉，或转为兴奋、敌对的。(4)危险病例，有自伤或自杀危险，或有伤人危险的。(5)投诉病例，抱怨不同医生处理不当，理据并不充分的。

四、心内科医生处理心理问题患者时应注意的问题及可以采用的流程

在心脏科就诊的患者，主要是来解决心脏主诉，即使伴有情绪问题，也未必主动叙述情绪症状；而是诉说睡眠不好、乏力、心悸、胸闷、胸痛、头晕、背痛等躯体症状；相当部分患者，精神症状没有典型精神障碍者严重，潜在的心理问题是异质性的，

有的仅仅是一般心理适应问题。

需特别指出，的确符合精神障碍，特别是神经症患者中，约有 20%不能认可精神障碍的诊断，此时不能强求患者接受。不要强调焦虑、抑郁状态的临床诊断，可给予心脏神经症、植物神经功能失调或其他患者可以接受的解释，而重在保证临床处理能够进行。

在门诊面对患者时，建议采用以下流程：(1) 详细询问病史。在常规询问患者的现病史、既往病史及用药情况同时，也就了解患者是否有躯体症状反复就诊而没有合理的病因(三问筛查中的一问)，另外，询问一般生活中的普通症状，如食欲、进食、二便、睡眠问题等，也有提示情绪问题的意义(其中睡眠也是三问中的一问)；在患者发现医生重视其生活中的困扰、关心他的生活情况下，适当问及情绪困扰(如遇事紧张或难以平复、兴趣活动缩窄等)，也就弄清了症状发生与情绪背景，给患者提

供机会梳理各种症状与情绪波动有无相关性,对帮助患者认识某些躯体症状与情绪的关系有帮助。(2)做必要的相关心血管病检查,使对患者躯体疾病或生理功能紊乱的判断更有依据,主诉中哪些可用心血管疾病解释,哪些不能;针对心血管疾病的性质和程度,应有什么处理等。(3)如果患者三问筛查中有2个以上给予肯定回答,或发现其他心理问题线索,可有针对性进行《躯体症状自评量表》、PHQ-9、GAD-7或HAD量表评估。(4)如果精神症状存在已较长时间(1个月以上)或症状明显造成生活紊乱,在心理支持和征得患者认同情况下,及时给予抗抑郁焦虑药物治疗。(5)治疗过程中可以量表评分,根据量表分值变化观察药物治疗是否有效、是否需加药或换药。

五、双心培训模式

(一)知识模块讲座

知识模块培训可分为3个阶段。第一阶段,普

及讲座。由医院组织心血管科全体医护人员开展双心知识模块动员培训,通过典型案例来激发医护人员对开展双心工作的理解和兴趣,培训前后要发放调查问卷,通过调查问卷筛选出感兴趣的医生和护士,并引导感兴趣的医护人员自由报名参加下一阶段的培训。第二阶段,属于高阶段培训,约需要为期 2 d 的封闭式知识技能培训。主要培训模块包括对患有抑郁症、焦虑症和其他常见的精神疾病(躯体障碍、睡眠障碍、药物依赖等)的心血管疾病患者的识别和干预,医生(健康服务提供者)患者间有效的沟通技巧,基于应对压力管理的认知行为疗法和行为激活,躯体疾病伴发精神疾病患者的精神药物的使用等。第三阶段,与精神科一起开展双心联合会诊工作,将一些疑难的病例定期与开展双心工作的心血管科相关医生一起联合诊治,以提高双心医生的综合诊疗技能。

(二)临床操作演示与实习

仅有部分专业知识对于临床处理显然不够。应针对临床常见心理问题和精神障碍,进行专案培训。复习相关知识基础上,进行案例示教、角色扮演,并定期组织跨学科查房讨论,强化所学技能。具体内容可包括:(1)交代病情的医患沟通;(2)介入检查 and 治疗的术前谈话;(3)焦虑综合症的识别与处理;(4)抑郁症的识别与处理;(5)急性应激障碍的识别与处理;(6)谵妄的识别与处理;(7)慢性心力衰竭患者的心理支持;(8)临终关怀与相关伦理问题。

(三)培训效果评估

培训效果评估是指针对特定的培训计划及实施过程,系统收集、评价资料,作为筛选、修改培训计划等决策判断的基础。通过培训效果评估,能够反映出受训医护人员及相关单位从培训当中所获得的收益。而对于患者,可改善伴发心理问题的心血管疾病患者医疗服务的持续性、满意度、生命

质量和预后。同时，通过培训效果评估，可获得培训项目的改进信息。

撰写组成员(按拼音字母顺序): 丁荣晶 耿庆山 郭兰 刘遂心 毛家亮 胜利 杨菊贤

专家组成员(按拼音字母顺序):

陈步兴 陈绮玲 陈大春 崔炜 董吁钢
丁荣晶 范志清 耿庆山 郭兰 郭艺芳
郭涛 关怀敏 胡大一 洪华山 黄振文
孔泳梅 刘遂心 李宏伟 李向平 李淑梅
李为民 廖新学 刘梅颜 毛家亮 马淑梅
浦晓东 胜利 杨菊贤 杨萍 王及华
赵文淑 朱宁 张健
参考文献 (略)

附件 1 广泛焦虑问卷-7 项(GAD-7)量表

在过去 2 周,有多少时间您受以下任何问题困扰?(在选择下打√)

项目	0 = 完全不会	1 = 几天	2 = 一半以上的日子	3 = 几乎每天
1. 感觉紧张、焦虑或者急				
2. 不能停止担忧或自我控制担忧				
3. 对各种各样的事情担忧过多				
4. 很难放松下来				
5. 由于不安而无法静坐				
6. 变得容易烦恼或急躁				
7. 感到似乎将有可怕的事情发生而害怕				

注:轻度患者:5~9分,中度患者:10~19分,重度患者:>20分

附件2 患者健康问卷-9项(PHQ-9)量表

在过去2周,您是否有过以下9种问题困扰,请选择并在相应的位置打上“√”。

项目	0 = 从来没有	1 = 偶尔几天有	2 = 经常有 (过去2周里, 多于1周有)	3 = 几乎每天有
1. 做事缺乏兴趣				
2. 感到沮丧、失落、绝望				
3. 睡眠不好,睡眠不深或睡眠不足				
4. 感觉疲惫				
5. 食欲不好,或者暴饮暴食				
6. 感觉自己失败,或感觉给你自己或者家庭带来失败				
7. 阅读或者看电视时不能集中注意力				
8. 他人可以察觉到你说话或者移动速度变慢了,或者跟往常比因为烦躁不安而走动增多				
9. 有自杀的念头或者想用某种方式伤害自己				

注:轻度患者:5~9分,中度患者:10~19分,重度患者:>20分

附件3 综合医院焦虑抑郁(HAD)量表

情绪对大多数疾病的发生、发展起着重要作用,如果医生了解你的情绪变化,他们就可以更加全面

地了解你的病情，从而给你更多的帮助。请您根据近 1 个月的感受回答如下问题。

综合医院焦虑情绪测定题(分)

1.我感到紧张(或痛苦)(3→0 分)

a.几乎所有时候； b.大多数时候； c.有时； d.根本没有

2.我感到有点害怕，好像预感到有什么可怕的事情要发生(3→0 分)

a.非常肯定和十分严重； b.是的，但并不严重； c.有一点，但并不使我苦恼； d.根本没有

3.我的心中充满烦恼(3→0 分)

a.大多数时间； b.常常如此； c.时时，但并不经常； d.偶然如此

4.我能够安闲而轻松地坐着(0→3 分)

a.肯定； b.经常； c.并不经常； d.根本没有

5.感到一种令人发抖的恐惧(0→3 分)

a.根本没有； b.有时； c.很经常； d.非常经常

6.我有点坐立不安，好像感到非要活动不可
(3→0 分)

a.确实非常多；b.是不少；c.并不很多；d.根本没有

7.我突然有恐慌感(3→0 分)

a.确实很经常；b.时常；C.并非经常；d.根本没有

综合医院抑郁情绪测定题(分)

1.我对以往感兴趣的事情还是有兴趣(0→3 分)

a.肯定一样；b.不像以前那样多；c.只有一点点儿；d.基本上没有了

2.我能够哈哈大笑，并看到事物有趣的一面
(0→3 分)

a.我经常这样；b.现在已经不大这样了；c.现在肯定是不太多了；d.根本没有

3.感到愉快(3→0 分)

a.根本没有； b.并不经常； c.有时； d.大多数时间

4.我好像感到人变迟钝了(3→0 分)

a.几乎所有时间； b.经常； e.有时； d.根本没有

5.我对自己的外表(打扮自己)失去兴趣(3→0 分)

a.肯定； b.经常； c.并不经常； d.根本没有

6.我怀着愉快的心情憧憬未来(0→3 分)

a.差不多是这样做的； b.并不完全是这样做的；
c.很少这样做； d.几乎从来不这样做

7.我能欣赏一本好书或一段好的广播或电视节目(0→3 分)

a.常常； b.有时； C.并非经常； d.根本没有

HAD 量表给出了 2 套测定题，可分别评定焦虑和抑郁的状况，每个项目分 4 级评分。将 2 套项目分别叠加即得出各自的总分。总分 0~7 分代表正常，8~10 分表示轻度抑郁和(或)焦虑，11~14

分表示中度抑郁和(或)焦虑，总分 15~21 分表示严重抑郁和(或)焦虑。