



《心血管疾病防治指南和共识2014》分册版

PCI手术前后抑郁和（或）焦虑中医诊疗 中国专家共识



中华中医药学会介入心脏病学专家委员会
海峡两岸医药卫生交流协会中西医结合专业委员会
中国老年学学会心脑血管专业委员会
北京中医药大学心血管病研究所

2014年10月

序

健康是尊严，是幸福，是成功人生的基础。健康是生产力。

医生是健康的守护神，医生高尚的执业操守、上乘的诊疗技术与先进的防病治病理念是维护人类健康的重要保障。高举“公益、规范、预防、创新”四面旗帜，加强医务工作者的社会人文教育与专业技能培训，对于提高医疗水平、更好地为人类健康服务具有重要意义。在这四面旗帜中，“公益”是医学事业的基本属性，“预防”是维护健康的主旨，“创新”是医学发展的源泉动力，而“规范”则是为患者提供最先进的医疗技术的前提。在继续强调公益、预防、创新的同时，着力规范广大医务工作者的临床实践行为，将对医学事业的健康有序发展起到有力的促进作用。

近数十年来，伴随着循证医学模式的逐渐创立与发展，针对临床常见心血管疾病及其治疗药物的随机化临床研究结果不断问世，为相关指南文件的制定创造了条件。在此背景下，国内外学术机构不断推出针对各种心血管疾病（如高血压、心肌梗死、心力衰竭、血脂异常等）的防治指南。这些指南文件的推广应用，大大推动了心血管疾病的规范化防治。然而，相对于心血管疾病的多样性与复杂性而言，我们迄今所拥有的研究证据仍非常有

限，很多病种、药物、诊疗技术的研究资料尚不能满足制定指南文件的需要。在此情况下，通过制定专家共识的形式规范相关医疗实践行为无疑成为一种切合实际且行之有效的举措。近年来中华医学会心血管病学分会、中国医师协会心血管内科医师分会、中国医师协会循证医学专业委员会以及中国老年学学会心脑血管病专业委员会等学术机构一直致力于此项工作，针对临床上最受关注的各类疾病或诊疗技术先后制定并颁布了一系列中国专家共识。专家共识凝聚了众多知名专家的智慧，基于现有的有限研究证据，为临床工作提供了最为合理、可行的推荐建议。作为相关指南文件的补充与延伸，这些共识文件受到了广大临床医务工作者的欢迎，对于提高心血管疾病的规范化防治水平起到了积极促进作用。

与完整的指南文件相比，专家共识更加注重实用性，力求精炼、简明、贴近临床，使得临床医生能够在较短的时间内快速阅读并获取较多有价值的信息。与此同时，在今后工作中还应加强对共识文件的推广、宣传与普及工作。制定这些共识文件是为了指导临床实践，只有通过专业期刊、网络媒体、印刷发行单行本等多种形式广泛发布这些文件，才能充分发挥其应有的作用，为临床医生服务。

值此第25届长城国际心脏病学大会期间，我们再次汇集整理在过去一年中各学术机构所制定的中国专

家共识并正式发行，希望这些文件继续对规范临床实践行为产生有益影响。这项工作我们还将继续，并且希望有更多的专家乃至基层医务工作者积极参与此项工作。只有这样，才能更为充分的发挥其实际作用。

中国老年学学会心脑血管病专业委员会主任委员

胡大一

2014年10月

经皮冠状动脉介入治疗（PCI）
手术前后抑郁和（或）焦虑中医诊疗
中国专家共识

共识制订核心专家：（按姓氏汉语拼音排序）

陈可冀	邓铁涛	范维琥	葛均波	胡大一
霍 勇	刘国正	刘红旭	刘梅颜	毛静远
秦 竹	商洪才	史大卓	施海明	王 阶
王 显	王 勇	王永炎	吴 伟	吴宗贵
张伯礼	张 明	张敏州	赵志付	朱明军

目 录

Contents

一、 前言	1
二、 临床特征	2
三、 诊断标准	5
四、 治疗	9
五、 中成药的循证医学评价与建议	17
六、 针灸治疗焦虑和（或）抑郁的循证医学评价	19
七、 结语	20

1 前言

经皮冠状动脉介入治疗（percutaneous coronary intervention, PCI）作为冠心病治疗的主要方法之一，美国约有每年100万、欧洲约有每年80万患者接受PCI，目前我国PCI手术量已超过每年50万，成功率高达91%~97%，其适应证还在不断扩大^[1]。然而，PCI手术前后患者出现的抑郁、焦虑等心理障碍日益引起临床关注。小样本研究表明，PCI术前患者的焦虑程度高于正常人的14%，PCI术前既存在焦虑，又有抑郁，存在肯定焦虑者占70%，存在肯定抑郁者占38%^[2-4]。说明患者经历手术和基础疾病的双重心理应激，焦虑和抑郁发生率增加，这种不良心理反应会直接影响手术过程和术后恢复，最终成为PCI术后心血管不良事件的独立危险因素。临床上，可使用汉密尔顿焦虑和抑郁自评量表、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）、SCL-90症状自评量表以及Zung焦虑抑郁自评量表等，结合医生的临床经验，对PCI手术前后出现的焦虑、抑郁等心理障碍进行临床识别。

近年，PCI术后服用中药的患者比例逐年增加，尤其是部分患者经过中医药治疗后取得较好疗效。PCI手术前后出现的抑郁和（或）焦虑症，属于中医“郁证”

范畴，治疗郁证的相关方药适用于PCI手术前后抑郁和（或）焦虑症的辨证治疗。郁证是由于情志不舒、气机郁滞所致，以精神抑郁、兴趣索然、烦躁、思维迟缓、疲乏无力、失眠、善忘、性欲减退、食欲下降等为主要临床表现的一类疾病。相当于西医的抑郁发作、焦虑发作、抑郁伴焦虑发作等疾病。为了提高PCI手术前后焦虑和（或）抑郁的中医临床诊疗水平，中华中医药学会介入心脏病学专家委员会组织相关专家，以中医学基本证候和相应方药为基本点，结合现代临床研究进展和专家临床经验，制订PCI术后抑郁和（或）焦虑中医诊疗专家共识，以提高临床疗效，促进学术交流。

2 临床特征

中医关于PCI手术前后抑郁和（或）焦虑的临床特征，目前采用与西医相类似的术语进行描述。

2.1 病史

本类病证常有郁怒、多虑、悲哀、忧愁等情志所伤病史。PCI手术本身就是复杂的心理、生理过程，接受PCI的患者易产生心理障碍。对于接受PCI的患者出现焦虑或者抑郁，要仔细询问病史，认真识别产生这些心理障碍的原因，常见的原因包括：（1）患者担忧在清醒状态下接受介入治疗会造成躯体痛苦，担忧甚至怀疑术者的操作水平，忧虑手术能否成功以及是否会出现并发

症等；（2）对于突发冠心病的年轻患者，认为“病来如山倒”，再加上身体内置入“支架异物”，担忧能否真正回归社会，是否会影响工作稳定或职务升迁等；（3）PCI及其术后治疗相关的费用较为昂贵，对多数普通收入家庭造成相当经济压力，进而影响患者的心理状态出现焦虑和（或）抑郁；（4）PCI术后长期服用抗血小板、降血脂药物，引发患者对药物不良反应的过度担忧。因此需要根据患者可能产生心理障碍的具体原因，进行术前心理疏导，必要时及早进行干预。

2.2 症状

2.2.1 情绪低落

患者表现为心情郁闷，有压抑和委屈感，对过去、当前、未来产生自责、无助、无望感，常悲伤欲哭等，生活态度消极，甚则产生自杀念头等。

2.2.2 兴趣减退或丧失

对曾经的爱好或者感兴趣的事物丧失了兴趣和热情，难以体会生活中的乐趣，生活态度消极。

2.2.3 精力不足和（或）注意力下降

对事情缺乏热情和主动性，常觉疲乏且难以恢复，注意力不集中，记忆力明显减退，反应迟钝。

2.2.4 其他

睡眠障碍，易于激惹，自主神经功能紊乱，部分病

人表现为体重减轻，腹泻或便秘，性欲减退，阳痿，或月经紊乱，甚至闭经等。

中医认为，本病以忧郁不畅、情绪不宁、胸闷胁胀、善太息、或不思饮食、失眠多梦、悲伤欲哭、或咽中有异物感为主症，可伴见嘈杂吞酸、口干口苦、头晕头痛、目赤耳鸣、气急汗出、小便频急、大便秘结、呕恶神疲、心悸胆怯、烦躁健忘等表现。本病证候变化多端，病情复杂，若失治误治则缠绵难愈。

2.3 体征

2.3.1 常见体征

PCI手术前后焦虑和（或）抑郁患者，部分可出现心率和血压变化。常常伴有汗出、表情淡漠或烦躁易出现激惹动作等。少数严重患者可出现肢体麻木，感觉异常，知觉障碍，幻觉，幻视，幻听等。

2.3.2 舌象

舌形：以齿痕舌、胖大舌、点刺及娇嫩舌多见；

舌质：可见淡红、淡白、红绛、青紫，或有瘀斑瘀点等；

舌苔：可见白、黄、红等；苔质可见少苔、薄苔、厚苔、腻苔等。

2.3.3 脉象

脉弦、数、滑、沉、细弱，甚至结代等。

2.4 理化检查

对怀疑为抑郁、焦虑障碍的患者均应做全面的体格检查（包括神经系统检查），实验室检查主要是地塞米松抑制试验（DST）和促甲状腺素释放激素抑制试验（TRHST），血尿便常规、血脂、血糖、离子、甲状腺功能，其余检查包括心电图、超声心动图等，以及相关心理测评量表如汉密尔顿焦虑、抑郁量表等，具体参照西医相关指南进行。

3 诊断标准

3.1 中医诊断标准

参照中华中医药学会制定的《中医内科常见病诊疗指南—中医病证部分》，第一诊断为郁证（TCD 编码：BNX020）^[5]。

3.2 中医辨证标准

3.2.1 以虚实为纲的辨证标准

PCI 手术前后患者出现抑郁和（或）焦虑，可参考中医“郁证”进行辨证论治，郁证初多病实，以六郁见证为主。病久则由实转虚，引起心、脾、肝气血阴精的亏虚，出现虚证或者虚实夹杂之证。尽管 PCI 手术前后患者出现的焦虑和（或）抑郁临床表现为多样化，但基本上可以从其虚证和实证的排列组合加以概括，因此，PCI 手术前后抑郁和（或）焦虑的中医诊断应以虚实为纲进行辨证分型（见表 1）。

应该强调，郁证主要因为七情所伤，情志不遂，或

表1 PCI 手术前后抑郁和(或)焦虑的中医辨证标准

实证	(1) 气郁: 胸胁满闷胀痛, 痛无定处, 苔薄腻, 脉弦。 (2) 痰郁: 胸中痞闷, 咽中如物梗塞, 苔腻, 脉滑。 ①偏寒: 苔白厚腻。 ②偏热: 苔黄厚腻, 脉滑数。 (3) 血郁: 胸胁刺痛, 舌质紫暗, 或有瘀点、瘀斑, 脉弦或涩。 (4) 食郁: 胸腹胀满, 嗝气酸腐, 不思饮食, 苔腻, 脉滑。 (5) 火郁: 胸胁胀满, 性情急躁易怒, 口干而苦, 舌质红, 苔黄, 脉弦数。 (6) 湿郁: 胸脘痞闷, 头身困重, 便溏腹泻, 苔厚腻, 脉濡。
虚证	(1) 气虚: 其共性的表现为病体虚弱, 以倦怠乏力、面色萎黄、声低息短、脉弱为主要表现。 ①心气虚: 气虚兼有心悸自汗、少寐健忘。 ②脾气虚: 气虚兼有食少便溏。 (2) 血虚: 其共性的表现为病体虚弱, 以面、脸、唇、舌、爪甲的颜色淡白, 脉细为主要表现。 ①心血虚: 血虚兼有心悸胆怯、少寐健忘。 ②肝血虚: 血虚兼有头晕目眩, 妇女月经不调。 (3) 阴虚: 其共性表现为舌红少苔或无苔、或五心烦热、口干、脉细数。 ①心阴虚: 阴虚兼有心悸健忘, 失眠多梦。 ②肾阴虚: 阴虚兼有头晕目眩、耳鸣腰膝。 (4) 阳虚: 其共性表现为畏寒喜暖、脉沉细无力。 ①肾阳虚: 阳虚兼有忧郁寡欢、头晕耳鸣、腰膝酸软。 ②脾阳虚: 阳虚兼有食少便溏。

说明: (1) 上述各证候皆可见情志抑郁或焦虑烦躁等; (2) 病程中病情如有变化, 应按照演变情况进一步作出辨证诊断; (3) 如患者病情用本辨证标准未能概括, 可另行辨证诊断。

郁怒伤肝, 导致肝郁气滞而为病, 病位主要在肝, 但与心、脾、肾密切相关。经医家多年来的深入研究, 郁证的分型及相应的治疗几度更改, 但肝郁气滞证始终是病证基础, 肝郁气滞是郁证的基本证型, 其诊断条件如下: (1) 主症: 精神抑郁, 情绪不宁; (2) 次症: 胸胁

胀痛，痛无定处，脘痞暖气，不思饮食，善太息，夜寐不安，月经不调；（3）舌象：舌质淡，苔薄白或薄腻；（4）脉象：脉弦。

3.2.2 复合证型

本共识参考多家学会或者工作组制订的诊断标准，结合专家经验，辨证分为7种复合证型^[6-15]。

（1）气郁化火

主症：急躁易怒，胸闷胁胀。

次症：头痛，目赤，耳鸣，嘈杂吞酸，口干口苦，大便秘结。

舌象：舌质淡红，苔黄。

脉象：脉弦数。

（2）气滞痰郁

主症：精神抑郁，咽中异物感。

次症：胸闷如窒，胁痛，呕恶，口苦，咽中如有物阻，咯之不出，咽之不下。

舌象：舌质淡红，苔白腻或黄腻。

脉象：脉弦滑。

（3）气滞血瘀

主症：恼怒多言，胸胁胀闷。

次症：胁下痞块，刺痛拒按，躁扰不安，心悸头痛，呆滞妄想，唇甲紫暗，经期疼痛，经血紫暗。

舌象：舌质紫暗，有瘀斑，苔薄白或薄黄。

脉象：脉沉弦，或细弦而迟。

(4) 肝胆湿热

主症：烦躁易怒，胸胁胀满。

次症：头晕多梦，耳中轰鸣，头胀，恶心，腹胀，口苦，咽有异物感，小便短赤。

舌象：舌质红，苔黄腻。

脉象：脉弦数或滑数。

(5) 心脾两虚

主症：多思善疑，头晕神疲。

次症：心悸多梦，面色萎黄，少寐健忘，少气懒言，自汗，纳差，食后腹胀，大便溏薄，月经不调。

舌象：舌淡嫩，苔薄白。

脉象：细弱。

(6) 心胆气虚

主症：善惊易恐，稍惊即发，自卑绝望。

次症：悲伤欲哭，面色晄白，难以决断，心悸不宁，劳则加重，胸闷气短，坐卧不安，恶闻声响，失眠多梦。

舌象：舌质淡或暗，苔薄白。

脉象：脉细弦而动数，或沉细，或细而无力。

(7) 阴虚肝郁

主症：心烦易怒，胁肋胀痛，口干目涩。

次症：潮热汗出，失眠多梦，腰膝酸软，善太息，心悸，头晕耳鸣，肢体麻木。

舌象：舌质红或红绛，苔白或薄白。

脉象：脉沉细弦，或沉弦而细数。

PCI 改变急性心肌梗死患者焦虑、抑郁情绪的初步研究结果显示，PCI 术后当日汉密尔顿焦虑量表（HAMA）和抑郁量表（HAMD）评分与术后 1 月比较，没有显著性差异（ $P > 0.01$ ）；术后当日焦虑、抑郁的发生率与术后 1 月比较也未见显著性差异（ $P > 0.01$ ），提示 PCI 本身未能短期内改善急性心肌梗死患者的焦虑和（或）抑郁情绪障碍^[16]。因此，PCI 术后需要根据患者的中医证型采用扶正固本或祛邪治标之法进行长期调理治疗。

4 治疗

中医治疗郁证的理法方药，一般适用于 PCI 手术前后焦虑和（或）抑郁的治疗。理气开郁、调畅气机、怡情易性是治疗郁证的基本原则，对于实证，首应理气开郁，并根据是否兼有血瘀、火郁、痰结、湿滞、食积等而分别采用活血、降火、祛痰、化湿、消食等法，虚证或养心安神，或补益心脾，或滋养肝肾；虚实夹杂者，则又当视虚实的偏重而虚实兼顾。

4.1 辨证分型治疗

4.1.1 以虚实为纲的治疗

本建议以虚实为纲，在现有文献的基础上，结合专家经验，制定治法和对应方药，主要选择经典古方（见表 2）。

4.1.2 复合证型辨证治疗

表 2. 郁证虚实为纲的分型治疗

实证	(1) 气郁：疏肝解郁：《医学统旨》柴胡舒肝散加减。 (2) 痰郁：化痰解郁：《金匱要略》半夏厚朴汤。 ①偏寒：温化痰浊：《金匱要略》瓜蒌薤白半夏汤加减。 ②偏热：清热化痰：《三因极一病证方论》温胆汤加减。 (3) 血郁：活血化癥解郁：《医林改错》血府逐瘀汤加减。 (4) 食郁：消食解郁：《丹溪心法》保和丸加减。 (5) 火郁：泻火解郁：《内科摘要》丹栀逍遥散加减。 (6) 湿郁：化湿解郁：《简要济众方》平胃散加减。	虚证	(1) 气虚：补气 ①心气虚：补气养心：《金匱要略》甘麦大枣汤加减。 ②脾气虚：补中益气：《脾胃论》补中益气汤加减。 (2) 血虚：补血 ①心血虚：补血养心：《正体类要》归脾汤加减。 ②肝血虚：补血养肝：《仙授理伤续断秘方》四物汤加减。 (3) 阴虚：滋阴 ①心阴虚：滋阴养血：《校注妇人良方》天王补心丹加减。 ②肾阴虚：滋阴益肾：《小儿药证直诀》六味地黄丸加减。 (4) 阳虚：温阳 ①肾阳虚：温肾助阳：《金匱要略》肾气丸加减。 ②脾阳虚：温中健脾：《伤寒论》理中丸加减。
----	--	----	---

(1) 气郁化火证

治法：清肝泻火，疏肝解郁。

方药：《内科摘要》的丹栀逍遥散合《丹溪心法》的左金丸加减，基本方：白术、柴胡、当归、茯苓、甘草、牡丹皮、山栀、芍药、姜黄连、吴茱萸。

加减：若热势盛，口苦、苔黄、便秘者，可加大黄、龙胆草以泻火通便。

(2) 气滞痰郁证

治法：利气散结，化痰解郁。

方药：《金匱要略》半夏厚朴汤，基本方：半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜。

加减：气机郁滞、气逆不降明显者，酌加佛手、香附、旋覆花、枳壳、代赭石等增强理气开郁、化痰降逆之效；若痰郁化热、痰火扰心者，见口苦心烦，苔黄而腻，可合用柴芩温胆汤，以化痰清热，疏利气机。

（3）气滞血瘀证

治法：活血化瘀，行气解郁。

方药：《医林改错》血府逐瘀汤加减，基本方：桃仁、红花、当归、川芎、生地、赤芍、柴胡、桔梗、川牛膝、香附、檀香、甘草。

加减：血瘀蕴热者，加栀子、黄芩；寒甚则加干姜、附子以温阳散寒。

（4）肝胆湿热证

治法：清利肝胆，利湿泄热。

方药：《医方集解》龙胆泻肝汤加减，基本方如下：龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地、柴胡、甘草。

加减：肝胆实火较盛，可去木通、车前子，加黄连以助泻火之力；若湿盛热轻者，可去黄芩、生地，加滑石、薏苡仁以增强利湿之功；肝郁胁痛明显者，加郁金、川楝子、元胡以理气止痛；小便黄赤、大便秘结者，加

大黄、黄柏泻火通便、清热祛湿。

(5) 心脾两虚证

治法：补益气血，健脾养心。

方药：《正体类要》归脾汤加减，基本方如下：白术、当归、白茯苓、黄芪、龙眼肉、远志、酸枣仁（炒）、木香、甘草（炙）、人参、生姜、大枣。

加减：肝郁明显，兼有烦躁失眠者，可加郁金、合欢花解郁安神。

(6) 心胆气虚证

治法：镇惊养心，安神定志。

方药：《医学心悟》安神定志丸加减，基本方如下：茯苓、茯神、人参、远志、石菖蒲、龙齿。

加减：兼见心阳不振者，加附子、桂枝；心气涣散者，加五味子、酸枣仁、柏子仁收敛心气；胁肋胀痛、情志抑郁明显者，加柴胡、郁金、绿萼梅、佛手加强疏肝解郁作用。

(7) 阴虚肝郁证

治法：补肾育阴，疏肝理气。

方药：《医学统旨》柴胡疏肝散合《景岳全书》左归饮加减，基本方：柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、芍药、炙甘草、熟地、山药、枸杞子、炙甘草、茯苓、山茱萸。

加减：若失眠严重者，可加炒枣仁、夜交藤、合欢

花养心安神；本证型亦可用滋水清肝饮去栀子、泽泻、丹皮，加枳壳、青皮。

4.2 中成药

近年国内研发上市了几种治疗郁证的中成药，一些临床研究证明其中部分药物对抑郁症或焦虑症有较好治疗效果。但由于大部分中成药临床研究缺乏终点指标，远期疗效和安全性尚有待进一步评价。本共识强调，在临床上应辨证选用中成药，临床常用的中成药见表3。

表3 治疗郁证常用的中成药

组成与制剂	功能与主治	用法与用量
舒肝颗粒：当归、白芍、白术、香附、柴胡、茯苓、薄荷、栀子、牡丹皮、甘草。	舒肝理气，泻火解郁。用于肝气不舒的两胁疼痛，胸腹胀闷，头痛目眩，心烦意乱，口苦咽干。	口服，治疗剂量：一次1袋，一日2次；用温开水或姜汤送服。
疏肝解郁胶囊：贯叶金丝桃、刺五加。	舒肝解郁，健脾安神。适用于轻、中度单相抑郁症属肝郁脾虚证者，临床以情绪低落、兴趣下降、反应迟滞为主要表现。	口服，一次2粒，一日2次，早晚各一次，疗程为6周。

舒肝胶囊：柴胡、郁金、白芍、生地、淮山药、茯苓。	滋阴养血，舒肝解郁。主治肝气郁结型郁证表现为失眠多梦、急躁易怒者。	口服，每次4粒，每天3次。
心可舒片：丹参、三七、葛根、木香、山楂等。	活血化瘀，行气止痛。用于气滞血瘀型冠心病引起的胸中憋闷、心绞痛、高血压、头晕头痛等。	口服，每次4片，每天3次。
冠心静胶囊：由人参、丹参、赤芍、红花、三七、玉竹、苏合香、冰片组成。	活血化瘀，益气通脉。用于气虚血瘀引起的胸痹，胸痛，气短心悸及冠心病见上述症状。	口服，一次4粒，一日3次。
乌灵胶囊：乌灵参分离出的菌种，含乌灵菌干粉0.33g/粒。	除湿镇惊，利小便，补心肾。用于治疗失眠、心悸、吐血、产后和术后失血等，能明显改善各种记忆障碍，具有益智健脑功效。	口服，一次3粒，一日3次。
精乌胶囊：制何首乌、制黄精、酒蒸女贞子、墨旱莲。	补肝肾，益精血，壮筋骨。用于肝肾亏虚，精血不足引起的以失眠多梦、耳鸣健忘、须发早白为特点的一类郁证。	口服，一次6粒，一日3次。

4.3 针灸

临床上针灸治疗抑郁症取得一定疗效，常用穴位有百会、神门、内关、章门、三阴交、太冲、印堂、阳陵泉、太溪、肝俞、肾俞、心俞、足三里、神庭、本神、四神聪等，可选的治疗方法包括电针、单纯体针、穴位注射、耳针、埋线、离子透入等。有研究结果显示，电针治疗抑郁症取得更好疗效^[17-19]。

4.4 预防与调摄

4.4.1 采用“双心”医疗模式

在现代“生物—心理—社会”医学模式的前提下，精神心理因素致病已成为威胁人们健康的首要问题，随着医学模式的改变，人们逐渐认识到社会、心理因素的重要地位。本共识建议对PCI手术前后出现抑郁和（或）焦虑症的患者采用“双心”医疗模式，即通过开设“双心”门诊、执行“双心”查房制度等手段，关心进行PCI患者的心理问题，提供心理与心血管疾病同治的“双心”服务，及时识别PCI患者出现的焦虑和（或）抑郁情绪，尽可能用最低成本解决病痛，达到身心双康的目的。研究表明^[20]，采用心理护理配合药物治疗PCI术后抑郁的患者，其疗效明显优于单独使用药物治疗。因此，本共识强烈建议对PCI手术前后合并焦虑和（或）抑郁的患者，采用“双心”医疗模式。

4.4.2 加强心理疏导，指导自我放松

让患者充分了解 PCI 的过程，建立患者对疾病的积极认知，强调用药和建立正确生活方式的重要性，提高患者的治疗依从性，减少其不必要的担忧。对于 PCI 手术前后有明显焦虑和（或）抑郁表现的患者，要加强宣传教育和心理疏导，必要时进行心理干预包括心理咨询与心理整理等。平时避免情绪激动，保持乐观，不宜大怒、大喜、大悲。焦虑抑郁表现较为明显的 PCI 术后患者，可多听舒缓性音乐，指导患者练习三线放松功，能有效缓解焦虑抑郁状态，通过暗示和改变肌肉紧张度，采用深呼吸、缩肩、耸肩、绷腿等动作，达到自我放松，消除负性情绪。

4.4.3 改变不良生活方式，注重饮食起居调理

PCI 手术前后患者产生心理障碍的原因，很大一部分是由于患者对术后病情复发与否或者是否会出现并发症等过度担忧导致的，而不良的生活方式，如饮食过饱、寒冷刺激、劳累过度等传统因素往往是诱发 PCI 术后并发症的因素。因此，通过改善不良生活方式，适当进行有氧锻炼，在减少 PCI 并发症的同时，还可在一定程度上改善 PCI 手术前后患者的焦虑、抑郁状态，具体推荐措施如下：

（1）节饮食：避免膏粱厚味，饮食清淡，少食多餐，

不宜过饱。注意膳食平衡，改善营养，多食用豆类、蔬菜、水果、鱼类等有利于大脑摄取更多色氨酸的食物。

（2）避寒暑：注意天气变化，特别是突然变化，适宜增减衣服，避免外邪侵袭。

（3）适劳逸：合理安排工作，注意动静结合。积极进行以缓慢柔和运动为主的康复训练，但注意 PCI 术后 1～3 个月内掌握合适的运动量，不宜剧烈运动。提倡散步，练习保健气功如太极拳、八段锦、导引养生功等。

5 中成药的循证医学评价与建议

5.1 乌灵胶囊

乌灵胶囊抗抑郁治疗对急性心肌梗死患者预后影响的随机、双盲试验表明^[21]：对于伴有抑郁症状的心肌梗死患者，乌灵胶囊可以有效地控制病情，增强心脏功能，提高左心室射血分数，减少心力衰竭、心律失常及心肌缺血的发生率，降低病死率，改善预后。同时，乌灵胶囊和黛力新治疗焦虑症平行对照研究证实^[22]：两种药物对患者的焦虑症状都有明显改善，无显著差异，对 HAMD 量表中焦虑 / 躯体化因子分、阻滞因子分于治疗前后比较有明显改善，治疗期间除黛力新组有轻微不良反应外，乌灵胶囊组未见明显不良反应。由此可见，乌灵胶囊是治疗焦虑症安全、有效的药物。因此，如无服用乌灵胶囊的禁忌证，建议 PCI 手术前后合并焦虑和（或）抑郁的患者可接受乌灵胶囊口服治疗。

5.2 精乌胶囊

观察精乌胶囊治疗抑郁症的随机、双盲、平行对照试验结果显示^[23]：精乌胶囊能明显改善患者抑郁症状，临床疗效显著，且无毒副作用及不良反应，是治疗抑郁症安全有效的中成药。本品可用于轻、中度抑郁的患者，对睡眠障碍的改善方面也能发挥一定作用。建议，PCI手术前后焦虑和（或）抑郁患者辨证为肝肾亏虚、精血不足证，可口服精乌胶囊缓解症状。

5.3 舒肝胶囊

采用随机、对照临床设计，观察舒肝胶囊和黛力新对抑郁症有效性和安全性的临床试验证实^[24]，舒肝胶囊和黛立新在改善抑郁症患者的抑郁情绪和睡眠障碍方面两者疗效相当，但舒肝胶囊相比黛立新有较小的副作用，临床易于接受，且费用低廉，适合进一步临床推广。建议，PCI手术前后焦虑和（或）抑郁患者服用黛力新后出现口干、口臭、食欲下降、大便性状改变以及乳房胀痛等不耐受现象时，可考虑口服舒肝胶囊替代。

5.4 舒肝解郁胶囊

研究表明帕罗西汀可改善冠心病PCI手术前后伴发的焦虑、抑郁症状，减少心脏事件的发生^[25]。有研究结果显示，基础治疗联合舒肝解郁胶囊治疗冠心病PCI手术前后患者伴发焦虑及抑郁症状，疗效与帕罗西汀相

当，不良反应少，安全有效，依从性好，适合长期使用，为治疗 PCI 患者伴发的焦虑和（或）抑郁带来新的曙光^[26]。建议，PCI 手术前后出现焦虑和（或）抑郁的患者属肝郁脾虚证者，可给予舒肝解郁胶囊。

5.5 舒肝颗粒

有研究采用开放性病例对照方法观察了舒肝颗粒对焦虑障碍的疗效，将 177 例焦虑障碍患者分为舒肝组、联合组和西药组，治疗 6 周，分别于治疗前、治疗后 2、4、6 周采用 HAMA、CGI 及 TESS 量表评价 3 组患者的临床疗效及不良反应情况，结果显示，舒肝颗粒对轻、中度焦虑患者有一定的治疗作用。虽然其临床起效缓慢，但其不良反应发生率低，与抗焦虑或抗抑郁药联合使用可减少苯二氮量类药的滥用^[27]。

5.6 心可舒片

有研究采用双盲随机方法观察了 55 例冠心病合并情绪问题的临床疗效，将患者分为冠心病常规治疗组和中西医结合治疗组，治疗 8 周，治疗前后使用 SDS、SAS、HRSD 对两组患者的心理状态量化分级，进行抑郁或焦虑状况的评定。结果常规治疗组情绪改善总有效率为 18.18%，中西医结合治疗组情绪改善总有效率为 72.73%，两组比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）^[28]。

6 针灸治疗焦虑和（或）抑郁的循证医学评价

有对针刺治疗抑郁症的随机对照试验进行系统评价

[29, 30]，其 Meta 分析结果显示：针刺组与药物组有效率比较，不具有统计学意义；针刺组与药物组治疗后汉密尔顿 (HAMD) 量表评分比较，针刺在改善 HAMD 量表评分方面优于阿米替林，与其他药物比较无统计学意义。针刺治疗抑郁症与药物治疗比较可能同样有效，且安全性较好，值得临床进一步推广应用。

7 结语

为了提高中医临床诊疗 PCI 手术前后焦虑和（或）抑郁等心理障碍的水平，中华中医药学会介入心脏病学专家委员会组织相关专家，在研究现有文献的基础上，制订本专家共识。需要说明的是，制订本共识的目的是根据现有证据帮助临床医生进行临床实践，不可能完全满足临床个体化诊疗需求，最终临床治疗措施需要医生根据具体情况，结合自身经验及患者意愿的决定。本共识将会随着现代研究进展不断修改和完善，使其更符合临床实际，将本共识要点总结如下：

（1）建议对 PCI 术后焦虑和（或）抑郁状态的中医分型，采用虚实为纲进行辨证论治。虚证包括气虚、阳虚、阴虚、阳脱和血虚，实证包括气郁、火郁、血郁、痰郁、湿郁和食郁。

（2）PCI 手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为肝郁气滞证者，可选用《医学统旨》柴胡疏肝散加减。

（3）PCI 手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为气郁化

火证者，可选用《内科摘要》丹栀逍遥散合《丹溪心法》的左金丸加减。

（4）PCI手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为痰热内扰证者，可选用《三因极一病证方论》温胆汤加减。

（5）PCI手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为气滞血瘀证者，可选用《医林改错》血府逐瘀汤加减。

（6）PCI手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为肝胆湿热证者，可选用《医方集解》龙胆泻肝汤加减。

（7）PCI手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为心脾两虚证者，可选用《正体类要》归脾汤加减。

（8）PCI手术前后焦虑和（或）抑郁辨证为阴虚肝郁证者，可选用《医学统旨》柴胡疏肝散合《景岳全书》左归饮加减。

（9）对于焦虑和（或）抑郁等心理障碍患者，建议使用针灸疗法进行辨证施治。

（10）建议对所有接受PCI治疗的患者采用“双心”医疗模式，减轻患者对身体的过分担心，提高患者治疗依从性，减少患者的焦虑和（或）抑郁等情绪障碍。

参考文献：

1. 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南2012(简本)[J]. 中华心血管病杂志, 2012, 40(4):271-277.

2. 王义国, 曹俊杰, 周健. 冠心病经皮冠状动脉介入治疗患者心理障碍与预后[J]. 中国老年学杂志, 2007, 27:186-187.

3. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, et al. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction[J]. Am J Cardiol, 2006, 98:319-324.

4. Kaptein KL, de Jong P, van den Brink RH, et al. Course of depression symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis: a latent class analysis[J]. Psychosom Med, 2006, 68:662-668.

5. 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南—中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.

6. 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994:20.

7. 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语·证

候部分 [M]. 上海科学技术出版社出版, 1997:12.

8. 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 395-397.

9. 王永炎, 张伯礼. 中医脑病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:322-323.

10. 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010.

11. 国家中医药管理局全国脑病重点专科抑郁发作协作组. 抑郁发作中医证候诊断标准及治疗方案 [S]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(12):810.

12. 华燕. 抑郁发作的诊断及中医辨证论治 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(10):17-18.

13. 杨耀峰, 刘筱茂. 刘茂林治疗抑郁发作的临床经验 [J]. 陕西中医, 2011, 32(9):1210-1211.

14. 张海男, 陈泽奇, 等. 抑郁发作常见中医证候类型第一轮专家问卷分析 [J]. 湖南医科大学, 2002, 27(6): 519-521.

15. 章洪流, 王天芳. 抑郁发作中医证型的近 10 年文献分析 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(3):79.

16. 邢福艳, 刘江华, 宋来军, 等. 心肌梗死 PCI 术后患者焦虑、抑郁情绪的临床观察 [J]. 黑龙江医药, 2009, 22(5):709-712.

17. 康波, 张平根, 熊生财, 等. 电针与阿米替林治疗抑郁症对照观察. 中国针灸 [J]. 2002, 22(6):383.

18. 赵少廉. 电针治疗抑郁症的临床与作用机制研究 [D]. 广州中医药大学博士学位论文, 2005:16-22.

19. 温乃义, 王巍, 杜维丹. 电针对难治性抑郁症的辅助治疗作用 [J]. 现代中西医结合杂志. 2003, 12(12)1250.

20. 庆娟, 张富, 熊爱莲, 等. 心理护理配合药物治疗冠心病后抑郁对照研究 [J]. 中国健康心理学杂志, 2010, 18(1):20-1.

21. 苏便苓, 李拥军, 刘振红. 抗抑郁治疗对急性心肌梗死患者预后的影响 [J]. 中国综合临床, 2006, 04:306-308.

22. 王瑛, 张海音. 乌灵胶囊和黛力新治疗广泛性焦虑症对照研究 [J]. 上海精神医学, 2005, 03:158-159.

23. 李钢. 精乌胶囊治疗脑卒中后抑郁 40 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 16:21-22.

24. 杜巧琳. 舒肝胶囊治疗更年期妇女抑郁症的临床随机对照研究 [D]. 广州中医药大学, 2009.

25. 李爱玲, 刘晓玲. 米氮平治疗老年经皮冠状动脉介入术后抑郁患者的疗效观察 [J]. 临床医药实践, 2009, 18(10):750-751.

26. 叶庆红, 陈志斌, 唐锴, 等. 舒肝解郁胶囊治疗老年冠心病介入手术前后焦虑、抑郁 39 例疗效观察 [J]. 中医药导报, 2012, 03:27-29.

27. 庞剑月, 郭慧荣, 石永香, 等. 舒肝颗粒治疗焦虑障碍的疗效. 神经疾病与精神卫生杂志. 2013, 13(1):33-36.

28. 刘梅颜, 姜荣环. 冠心病患者合并情绪问题的中西医结合干预研究. 中国中西医结合杂志, 2013, 6(33):849-851.

29. 王珑, 孙冬玮, 邹伟, 等. 针刺治疗抑郁症疗效与安全性的系统评价 [J]. 中国针灸, 2008, 05:381-386.

30. 罗和春, Halbriech U, 沈渔屯, 等. 电针与氟西汀治疗抑郁症疗效的对照研究 [J]. 中华精神科杂志, 2003, 36(4):. 215-219.