

全国继续医学教育委员会
中 华 医 学 会 组织策划



双心医学

Psycho-cardiology

胡大一 于 欣 主编

华中科技大学出版社



TEXTBOOKS
NATIONAL PROJECT

| 国家级继续医学教育项目教材

双 心 医 学

Psycho-cardiology

主 编

胡大一 · 于 欣

华中科技大学出版社
中国 · 武汉

图书在版编目 (CIP) 数据

双心医学/胡大一, 于欣主编. —武汉: 华中科技大学出版社, 2008 年 7 月
国家级继续医学教育项目教材
ISBN 978 - 7 - 5609 - 4589 - 7

I. 双… II. ①胡… ②于… III. 心脏病学 - 终身教育: 医学教育 - 教材 IV. R541

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 076932 号

国家级继续医学教育项目教材

双心医学

胡大一 于 欣主编

责任编辑: 李春风 裴 燕 陈 鹏

责任监印: 朱烈洲

出版发行: 华中科技大学出版社 (中国·武汉)

武昌喻家山 邮编: 430074 电话: (027) 87541950

录 排: 兰亭数码图文制作公司

印 刷: 北京京海印刷厂

开 本: 889 × 1194 毫米 1/16 开

印 张: 9.25

字 数: 261 千字

版 次: 2008 年 7 月第一版 2008 年 7 月第一次印刷

定 价: 98.00 元 (含光盘 1 张)

ISBN 978 - 7 - 5609 - 4589 - 7/R · 83

(本书若有印装质量问题, 可向出版社发行部调换)



TEXTBOOKS
NATIONAL PROJECT

国家级继续医学教育项目教材

编委会

顾问

蒋作君 钟南山

主任委员

祁国明 孟群

副主任委员

刘玉清 赵继宗 谌贻璞 罗玲 杨民

解江林 张辉

执行副主任委员

王云亭 敬蜀青 马志泰 吴贯军 冯秋阳

专家委员会委员（按姓氏笔画排序）

于欣 于富华 王辰 王宁利 王拥军 丛玉隆

刘玉清 刘国仗 刘国华 孙燕 朱新安 江观玉

何晓琥 张学军 李大魁 李春盛 李树人 杨文英

杨庆铭 陆道培 陈秋立 陈洪铎 林三仁 郎景和

周东丰 胡大一 赵玉沛 赵继宗 项坤三 栾文民

贾继东 郭应禄 钱家鸣 高兴华 高润霖 曹谊林

梁万年 谌贻璞 彭名炜 曾正陪 董德刚 韩德民

黎晓新 魏世成

《国家级继续医学教育项目教材》



简介

《国家级继续医学教育项目教材》系卫生部科教司、全国继续医学教育委员会批准，由全国继续医学教育委员会和中华医学会共同组织编写，华中科技大学出版社编辑出版。该系列教材已被全国继续医学教育委员会和中华医学会共同列为国家继续医学教育推荐教材，并被国家新闻出版总署定为“十一五”国家重点出版物。

国家级继续医学教育项目教材按学科出版分册，邀请著名专家担任分册主编，并成立了分册编委会，编委会成员均由各学科领域知名专家组成。教材内容都是由专家在查阅了大量的国内外文献后，结合国内本学科现状，重新提笔耕耘而成，文章多以综述形式展示，以国家级项目课题为线索，注重科学性、先进性、时效和实用性并举，是我国医学领域专家、学者智慧的结晶。书后附赠专家讲座及手术光盘。

国家级继续医学教育项目教材编委会由原卫生部副部长蒋作君、中华医学会会长钟南山院士担任顾问，中华医学会副会长、原卫生部科教司司长祁国明和卫生部科教司副司长孟群出任编委会的主任委员，40多位著名专家为本系列教材的编委会成员。

国家级继续医学教育项目教材编辑部与编委会同期成立，在中华医学会继续医学教育部的指导和协助下，用最短的时间启动了教材的策划、编辑制作和学术推广工作。教材自2006年以来已出版20余个分册，涉及近20个学科，总发行量10余万册，受到广大临床工作者的欢迎。

国家级继续医学教育项目教材是临床医生学习与再提高的实用工具，学习本教材并经考试合格可申请中华医学会Ⅱ类学分，经面授培训合格可申请中华医学会Ⅰ类学分。

全国继续医学教育委员会文件

全继委办发 [2006]06 号

关于推荐学习 《国家级继续医学教育项目教材》的通知

各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会：

为适应我国卫生事业发展和“十一五”期间继续医学教育工作需要，开展内容丰富、形式多样、高质量的继续医学教育活动，全国继续医学教育委员会同意中华医学会编写《国家级继续医学教育项目教材》。《国家级继续医学教育项目教材》是从每年的国家级继续医学教育项目中遴选，经近千名医学专家重新组织编写而成。《国家级继续医学教育项目教材》按学科编辑成册，共 32 分册，于 2006 年 4 月陆续与读者见面。

《国家级继续医学教育项目教材》主要是提供通过自学进行医学知识更新的系列学习教材，该教材包括文字教材和光盘，主要反映本年度医学各学科最新学术成果和研究进展。教材侧重最新研究成果，对医疗、教学和科研具有较强的指导性和参考性。它的出版为广大卫生技术人员特别是边远地区的卫生技术人员提供了共享医学科技进展的平台。

请各省、区、市继续医学教育委员会根据实际情况协助做好教材的宣传、组织征订和相关培训工作。

全国继续医学教育委员会办公室(代章)

二〇〇六年七月十八日

抄送：各省、自治区、直辖市卫生厅局科教处，新疆生产建设兵团卫生局科教处

中华医学会函(笺)

医会音像函[2006]80号

中华医学会关于转发全国继续医学教育委员会“关于推荐学习《国家级继续医学教育项目教材》的通知”的函

现将卫生部全国继续医学教育委员会办公室“关于推荐学习《国家级继续医学教育项目教材》的通知”转发给你们。

《国家级继续医学教育项目教材》系中华医学会接受全国继续医学教育委员会委托,与全国继续医学教育委员会联合编辑出版,是由各学科知名专家在国家级继续医学教育项目基础上按学科系统重新编撰的,反映医学各学科最新学术成果和研究进展的,集权威性、先进性、实用性为一体的继续医学教育教材,对医疗、教学和科研具有较强的指导性和参考价值。该出版物已被新闻出版总署列入“十一五”国家重点出版物出版规划(新出音[2006]817号)。

请各地方医学会和各专科分会根据实际情况协助做好教材的组织征订和相关培训工作。

特此函告。



二〇〇六年八月二十九日

前 言

医学科技的发展日新月异，今日先进的诊疗手段明日可能就会因为一项研究成果的发布而落后。系统、有效地开展继续医学教育对保证临床诊疗措施的先进性极为重要，而临床诊疗措施是否得当和患者的生命健康密切相关。

《国家级继续医学教育项目教材》及时反映了近年医学各学科最新学术成果和研究进展，以文字资料和形象生动的多媒体光盘进行展示，是我国医学领域专家学者的智慧结晶。《国家级继续医学教育项目教材》具有以下特点：一是权威性，由全国众多的在本学科领域内知名的院士和专家撰写；二是具有很强的时效性，代表了经过实践验证的最新研究成果；三是强调实用性，有很强的指导性和可操作性，能够直接应用于临床；四是强调全面性，文章以综述为主，代表了学术界在某一学科方面的共识，而并非某个专家的个人观点；五是运用现代传媒出版技术。

限于编写加工制作时间紧迫，本套系列教材会有很多不足之处，真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见，我们将在今后的出版工作中加以改正。

本套教材的编辑出版得到了卫生部科教司、全国继续医学教育委员会、中华医学会各级领导以及众多专家的支持和关爱，相信本教材出版后也同样会受到广大临床医务工作者的关注和欢迎。在此一并表示感谢。

《国家级继续医学教育项目教材》编委会



TEXTBOOKS
NATIONAL PROJECT

国家级继续医学教育项目教材

《双心医学》编委会

主 编

胡大一 于 欣

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 欣 马文林 马 弘 毛家亮 王 青

王锦霞 任延平 刘梅颜 吴文源 李爱萍

杨菊贤 陈 炜 姜荣环 胜 利 胡大一

唐宏宇 耿庆山 梁 军 黄若文 蒙华庆

解恒革 薛小临

目 录

期盼医学回归——关注躯体与心理，实现医学与人文的融合 胡大一 刘梅颜 (1)

心脏心理学——潜伏在你身边的学科 于 欣 (4)

第一篇 心血管病生理与神经系统

1. 室性心律失常与猝死 杨菊贤 殷兆芳 (6)

2. 应激与高血压病研究近况 耿庆山 郑伊颖 (12)

3. 应激与冠心病 杨菊贤 殷兆芳 (18)

4. 心血管疾病伴发心理反应 吴文源 李清伟 (25)

5. 综合医院医师处理精神心理障碍的原则和相关法律法规 唐宏宇 (33)

第二篇 心内科常见的精神障碍及其处理

1. 心内科常见精神心理问题及处理 刘梅颜 (37)

2. 心内科的焦虑性障碍 胜 利 (46)

3. 谵妄的治疗与研究进展 姜荣环 (56)

4. 疑病性神经症 王锦霞 (63)

5. 分离性障碍研究进展 陈 炜 (67)

6. 躯体化障碍的诊断标准和治疗进展 蒙华庆 (75)

第三篇 心血管疾病患者伴发精神障碍的诊断与处理

1. 心血管疾病中的焦虑 梁 军 (80)

2. 抑郁症与心血管疾病 刘梅颜 王锦霞 (85)

3. 高血压与心理障碍的共病问题 黄若文 任延平 (89)

4. 急性冠状动脉综合征伴发焦虑和抑郁的早期识别及干预 马文林 胡大一 (94)

5. 经皮腔内冠状动脉成形术和射频消融术与心理障碍 王 青 (101)

6. 冠状动脉旁路移植术围术期抑郁和焦虑研究近况 李爱萍 胡大一 (107)

7. 心脏起搏器植入后常见心理问题及处理 毛家亮 (114)

8. 难治性心力衰竭患者的精神-心理评估研究进展 薛小临 (121)

9. 心血管疾病患者睡眠障碍的临床处理原则 解恒革 (126)

期盼医学回归

——关注躯体与心理，实现医学与人文的融合

胡大一 刘梅颜

北京大学人民医院心脏中心

自20世纪60年代起，现代医学开始了飞速发展，而心血管医学是发展最为迅猛的学科之一。从分子生物学的兴起到干细胞移植的热潮，从介入治疗到心脏移植，在众多领域获得重大突破，生命与疾病奥秘的揭开似乎是指日可待。

医学的异化

现代的医院里装备了越来越多先进的设备，从心电图扫描仪、超声诊断仪，到冠状动脉CT扫描机、心脏磁共振成像机和心血管造影机。心血管医师凭借这些仪器设备进行动态诊断、分析心血管疾病原因和机体结构功能变化。人工心脏起搏器、介入性治疗和各种最新的药物等提供了多种有效治疗手段。医师的注意力从关注患者转向寻找致病原因、分析异常数据、发现组织结构异常甚至细胞分子功能变化，同时利用现代影像设备检出局部病变。为了更准确有效地诊治疾病，按疾病发生部位或类型分类的临床专科和亚专科纷纷建立，由于针对局部病变形成“管状视野”，患者被简化为因机体的某一部位损伤或功能失常需要修理和更换零件的生命机器，患者的个性化被疾病分类的统一化所替代。患者的痛苦被转化为检验单上的数值和各类影像图片。技术越来越新，分科越来越细，只重局部、忽略整体，医师越来越依赖技术，忽视患者的诉求和心理因素，并相信如果躯体问题解决了，其他问题都将迎刃而解。这种“技术至上”的倾向导致医师和患者的距离越来越远，而医疗的市场化和趋利性倾向使医学进一步脱离人文。

此外，还有医学发展本身未料到的后果——医源性和药源性疾病。由药物或诊断治疗过程而导致的疾病增加。重视药物治疗，轻视预防环节，疏于疾病管理，导致人们把全部信赖寄托在依靠药物和手术治疗上，造成以药物和手术保障健康的“现代迷信”。

临床医学先进而昂贵的治疗虽然挽救了某些危重患者的生命，延缓了死亡的进程，但并未能根本解决健康问题。人们逐渐认识到，片面和过度依靠医疗技术来保护和延长生命是有欠缺的，这种脱离患病的人去治疗疾病，将患者视为“肉体物质”或“生命机器”的倾向，可能导致医疗保健的畸形发展，给患者和社会带来沉重经济负担。医学的异化越来越受到人们的质疑：专科化淡化了整体性的人，技术化忽略了人的心理，市场化漠视了人的情感。如何解决发展高新技术与临床基本功之间的矛盾，协调关心患者与治疗疾病之间的矛盾成为现代医学亟待解决的问题。

反思医学

然而，伴随高新医学技术出现的医疗费用急剧上升、医学伦理和法律问题的增多，迫使人们重新审视现代医学。原应融科学与人文为一体的医疗实践却越来越偏离人的价值。因此，需要反思医学，人本身才是最终的决定因素。考量医学与科学进步的良知问题，不是简单地追问人的生存与存在，而是要追问是何种生存和如何存在。如何促进医学中对人的价值的尊重，以制衡医学过度技术化的倾向？强调以

人为本,包括医师与患者两方。理想的状况是一方面为医德高尚,富有同情心,技术精益求精,并且临床基本功扎实,又能注意积累临床经验的医师,另一方面是患有疾病,病情各异,经济、家庭和社会背景各不相同的患者。否则可能出现用现代设备技术对待局部病变的“两面不是人”的荒谬。

“双心”医学强调“人的科学”

的确,包括心血管在内的现代医学所面临的难题,不是哪一门学科所能单独解释和解决的,需要多学科的综合研究和跨学科的交流交叉和融合。“双心”医学作为一个由心血管和精神科交叉的综合形成的平台,旨在研究和阐释医学实践目的和价值;寻求对生命的科学理解和对个体的人文理解的综合。“双心”医学新模式,旨在跨越临床医学与人文学科之间的藩篱,对现代医学回归“人的科学”进行有益探索。

当然,站在医学实践最前方的我们,已经看到这样不容乐观的现实,随着经济的发展和压力的增加,心血管疾病和心理问题已经成为我国最严重的健康问题之一,越来越多的心血管患者合并有心理问题。这两种疾病互为因果,相互影响,导致病情恶化。同时由于这部分患者临床表现不典型,容易误诊误治,因此心血管病患者合并精神心理障碍成为影响预后的重要因素。部分心血管病患者尽管花了大量的精力和财力进行支架置入和手术,但由于合并心理问题,尤其是抑郁和焦虑,患者很难恢复正常的生活工作,难以实现真正意义上的康复。也有不少患者因胸痛到心内科就诊,自以为是心血管疾病,实际上并无器质性心脏病而是抑郁或焦虑的躯体化症状。由于缺乏对精神心理问题的识别,过度使用CT或冠状动脉造影检查,浪费了卫生资源,还加重了病情。“双心”医学在强调治疗患者躯体上存在的心血管疾病的同时,关注患者的精神心理问题,尊重患者的主观感受,倡导真正意义上的健康——即心身的全面和谐统一。“双心”医学的发展,也必然是心血管医师与精神心理医师共同努力的结果,也必将为两者之间有机联系和跨学科的交流提供机会。

我们关注技术改善人类健康的同时,应充分关注现代医学的安全性问题。如果说,循证医学的出现是期望收集更多的临床治疗数据来重建医疗方案的科学性,那么“双心”医学则是在医疗实践中尊重个体的感受,寻找更多样的方法改善预后,提高生活质量,避免过度依赖技术手段导致医源性疾病,促进医患之间的和谐,并创建安全医疗环境。

“双心”医学教育探索

其实,“双心”医学所强调的人文精神历来为医师们所重视。“偶尔治愈、常常缓解、始终安慰(to cure sometimes, to relieve often, to comfort always)”的格言,体现了医师内心的谦逊与关爱,只是到了20世纪,生物医学的迅速发展,医学分科的不断细化,医学生的人文教育逐渐从专业技术教育中剥离出去,更加注重实验室技能的训练。在医学教育中有3个值得关注的问题,即去人性化、分子生物学中心论、生物机械论。在这种有缺陷的教育模式下必将培养出这样一些医师:思维单一、技术崇拜以及情感淡漠,也必将导致医疗方式的“非人性化”,由此所带来的代价也是巨大的。伴随医学技术发展而出现的一系列社会、伦理、法律问题,不仅提示临床医学发展需要转向,也提示在医学教育中,人文价值不容忽视,科学脑和人文心是高素质医师的基础。

“双心”医学通过对技术与人文的强调,也必将对医学职业价值进行重估,我们希望通过双心模式的探索改进培养临床医师的交流能力,更敏锐地抓住患者重点可能不突出的主诉核心,寻找更多样的方法促进健康,改善预后。特别是对于慢性病,可以通过将治疗本身与对患者独特经历的理解相结合,更好地服务于患者。这可以有助于避免开过大的处方和过多化验项目或过度使用现代技术。此外,通过更多的交谈来理解疾病,无论是对患者还是医师,无论是对诊断还是治疗都是极为重要的。我们需要理性的思考,这种思考不仅是对传统观念的挑战,也必将对疾病的理解带来新的思路,我们也意识到这种思考是目前医学教育和医疗实践中所缺乏的。

科学这把钥匙既可开启天堂大门,也可开启地狱大门,究竟打开哪扇门,需要人文指导。技术进步对于医学进步是必需的,但是任何高精尖的机器不能取代医师的谈话和触摸,患者需要安慰和信心。否则,在医学这个迷宫里,迷失者不仅仅是患者,还有医师。如果一个医师不知道疾病袭击时的痛苦,不

懂得生命危险时的悲伤，可能会不自觉地把患者当作一个抽象的疾病标本，一个应用从教科书上学来的知识的对象。人生体悟和人道精神应是医师的必备品质，其重要性至少不在医术之下。其实道理很简单，医师自己必须是一个人性丰满的人，他才可能把患者看作是一个人，而不仅是孤立病变或是疾病的一个载体。

躯体上的不适和精神上的痛楚往往是并存的，医师必需学会立体化、系统化、多方位全面审视疾病，更加清楚地认识生物机械论的局限性和人的整体有机联系。然而，要扭转长期以来生物医学模式所形成的思维定势并非易事，因为在技术发展的今天，人们更容易强调硬科学的定量资料，回避模糊性和多元化。但就医学而言，由于它经常面对病痛与死亡，脱离人的价值的技术探索将给医学带来不良恶果。

我们期望“双心”医学的发展能够突破传统模式下所形成的思维定势，能够带动更多未来合格医师的成长，我们也知道目前面临的最大挑战是如何在科技知识和人文素养之间保持平衡。同时，我们期望和呼吁在医学技术高速发展的今天医学的回归，回归人文，回归临床和回归“三基三严”。如果没有人文内涵和哲学思考两个“翅膀”，现代医学不可能腾飞。回归不是复旧，回归本身也是创新，因为只有人文的回归才能使现代医学科技在临床应用的更加人性化、理论化和规范化。

心脏心理学

——潜伏在你身边的学科

于 欣

北京大学第六医院 北京大学精神卫生研究所

17 世纪英王查尔斯一世的御医威廉·哈维发现了血液循环。他撰写的论文题目本来是“*Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*”（论动物心脏与血液运动的解剖学研究），后来多被人简称作“心血运动论”，由此奠定了哈维作为生理学之父的地位。他在发现血液循环时所采用的 3 个方法：观察、实验和计算，也恰恰是科学研究中最重要的 3 种方法。血液循环理论在哈维死后 4 年由一位意大利医师 Marcello Malpighi 发现了联系动脉和静脉的毛细血管而最终完成。几百年来，心脏病学不断进步，观察渐渐细致入微，兴起于 20 世纪 90 年代的介入心脏病学的迅猛发展又给心血管疾病的诊断和治疗带来了革命性的变化。然而，在学科发展越来越快，“技术至上”倾向越来越明显，亚专科分科越来越细的时候，也是这一学科的从业者，特别是学科的带头人和骨干，应该慢下来、静下来想一想学科发展方向的时候了。

《黄帝内经》里说心主神志，即心负责人的思维和情感活动。但是中医里的“心”与现代医学中的心脏根本是两个概念。况且在中医学界近年来还有一派称“脑主神志”，这一派倒是用了不少现代医学解剖学和生理学的概念。因此我们不能就据此得出结论说中医更加敏锐，早早就注意到了心脏的心理层面。实际上，早在 1836 年，Williams 就发表论文讨论“对紧张性和交感性心悸的实践观察”。1871 年 De Costa 认为胸前区不适可由不良情绪导致。由此这一临床现象被命名为 De Costa 综合征或“士兵心”、“神经性衰弱”、“努力综合征”。其后，有关心血管疾病与情绪、性格、行为方式的关系，渐渐得到了更多的关注。本文用哈维的方法对此做一个简单的回顾。

观察方法

至少 22 个纵向研究中有 15 个证实焦虑或抑郁情绪与冠心病存在某种联系，冠心病以心绞痛、非致命性心肌梗死和致命性心肌梗死为结局。由于这些研究通常都超过 10 年，因此不能用忧郁情绪是临床前期心脏病导致来解释。加上研究控制了其他混淆因素，可断定抑郁是导致冠心病的独立危险因素。抑郁症可独立导致冠心病实际上是非常令人惊讶的，因为焦虑、抑郁性障碍本身会造成很多的心血管风险暴露，如肥胖：在那些诊断为抑郁症、惊恐发作、聚会恐怖症的患者中，肥胖的流行率远高于普通人群；吸烟：在抑郁、焦虑患者中吸烟的概率比一般人群高 0.5~1.0 倍，而吸烟者如果存在焦虑、抑郁情绪，戒烟的成功率更低；高血压：经过 7~16 年的随访，在控制了年龄、性别、受教育水平、吸烟史、体重指数、乙醇摄入、糖尿病史、基线高收缩压后，证实焦虑、抑郁情绪突出可独立预测高血压的发生。

心肌梗死后抑郁症的发生率明显上升，特别是在患病第 1 个月发病率高达 15%~30%。心肌梗死后抑郁症的出现标志着患者预后不佳。在控制了病情严重程度、治疗措施等因素后，心肌梗死后又罹患抑郁症的患者会更容易再次出现心血管事件，因心脏疾病的死亡率和总体死亡率也更高。可想象，一个情绪抑郁的心脏病患者，对治疗的依从性会更差，生活方式会更不健康。这些都是导致随后心脏意外的不良因素。

有的研究重点集中在心脏病的预后与生活方式上,发现在第1次心脏病发作后10年,那些有着丰富社交生活、定期参加宗教活动的人,存活率远高于没有宗教信仰、很少社交活动的个体。这一影响甚至远远大于以前所公认的“A型性格”对心脏疾病预后的影响。心理学家也认为,孤独感是最残酷的心脏杀手。缺乏亲情和友情,会使一颗“孤独的心”更容易“破碎”。

另外,一个值得考虑的问题,那些可能与心脏疾病的发生相关的遗传基因,除了造成已知的心血管疾病的高危因素如肥胖、糖脂代谢紊乱外,是否也会与某些特定的心理和行为问题的发生相关联呢?在大规模的有关心血管疾病的遗传学研究中,应该考虑到某些情绪状态、个性特点、行为方式可能也与高血压、高血脂一样是有遗传先占的。

干预方法

通过Cochrane中心进行的资料回顾性分析,在36个针对心肌梗死后患者所做的心理干预性研究中,并没有得出心脏病死亡率下降的结论,但却可缓解患者的焦虑、抑郁情绪。一些较短期的研究证实,5-羟色胺再摄取抑制剂可有效、安全地缓解心肌梗死后抑郁。但长期研究并没有发现这类药物可改善心脏病的预后。认知行为治疗可在短时间内改善情绪状态、促进社会支持,但远期对心脏疾病的预后还需要观察。

总之,现有治疗“单纯”抑郁症和焦虑症的方法,在处置心脏疾病伴发的焦虑、抑郁情绪时虽然也有效,但对心脏病本身的益处并不显著。这是否因为现使用的一般焦虑、抑郁情绪的评估和识别技术,尚未能发现心脏疾病后更为特异的心理症状,而这些“特异”的心理症状才是导致心脏疾病预后不良的元凶?

计算方法

一组医疗统计数字或精神障碍与心血管疾病在所带来的危害上具有同样重要的地位。以伤残调整寿命年来计算疾病负担,在2005年全球平均疾病负担中,慢性非传染病占48.9%。在慢性非传染病中,神经、精神障碍(抑郁症占10%,乙醇和药物依赖占4%,双相障碍占2%,其他占11%)占27.5%,列第1位,心血管疾病占21%,列第2位。这两大类疾病又在多个方面互有交叉:在发病上互为因果,如果共患,更会显著升高受害者的死亡率。患有抑郁的心脏病患者,更少进行定期的心脏检查,而且接受心脏冠脉旁路移植术的比例远低于一般人群。在澳大利亚,1980-1998年,缺血性心脏病的病死率男性下降了34%,女性下降了13%。然而,在精神障碍患者中男性维持不变,女性反而增加了40%。

用哈维的方法对心血管疾病和精神卫生的关系进行分析之后,作为临床医师能够对这些患者做些什么呢?在综合医院提供联络会诊精神病学服务,使精神科医师能够在“肉-灵”的界面上诊治患者。心内科比其他临床各科都更为迫切地需要这一界面的服务。心脏病患者为精神科医师提供了一个运用精神病理学知识的广阔平台:从抑郁发作、惊恐性障碍、广泛性焦虑到更为慢性化的问题如社交损害、社会支持缺乏、弥漫的敌意。同时,如果精神科医师不具备心脏内科学的基础知识和与时俱进的能力,也很难在扑朔迷离的临床征象中判断出哪些是心脏科急诊情况,哪些是模拟出心脏疾患的精神障碍,还有哪些情况应该同心内科医师联手处置。与此同时,有着较丰富临床经验的心内科医师,也不会不注意到就诊患者的心理问题以及这些问题可能对既有心脏疾病的诊治带来的不利影响。但心内科医师常常因为过于忙碌不愿对患者提供任何心理层面的帮助。

目前科学技术的进步,使得医师可在微观层面上用数学来描述器官、组织的生理病理状态,用从人群中获得的平均值作为划分“正常”和“异常”的界限。标榜遵循循证医学的原则,却全然不顾循证医学最中心的思想是要解决你所面对的这一特定的患者的特定问题。以追求某一设定“数值”为最佳治疗目标,不考虑这一特定患者的既往背景、人格特点、生活风格,不与患者一道设定其最为理想的社会/生活功能水平,只希望通过现有医疗手段,达到用“数字”可测量的成功。结果往往是患者在“数字”上是正常了,心理状态和功能状态却可能还不如以前。

心内科是第一个与精神科合作,编写这本跨学科的医学继续教育教材的专科。在深切体会到患者群体不断增长的需求同时,有远见的心内科医师更选择了面对。面对的不是心脏本身,而是拥有这颗心脏的人。这需要心内科医师从具体中跳出来,暂时将“数字”放到一边,用自己的心去体会患者的感受,把患者当作治疗同盟中最主要的一方,让他在获得健康心脏的同时,也能拥有良好的心情,享受满意的生活。

室性心律失常与猝死

杨菊贤 殷兆芳

上海交通大学医学院附属第九人民医院

过分紧张、焦虑、抑郁、恐惧、愤怒等心理危险因素和吸烟、酗酒、贪食、不运动以及 A 型和 D 型行为等行为危险因素是促发室性心律失常和心源性猝死 (SCD) 的重要危险因素。本文阐述了心理行为危险因素的促发机制, 早期干预的必要性以及干预的方法和疗效。

1999 年美国纽约 Rozanski 教授提出, 焦虑、抑郁、某些行为特征、社会孤立以及慢性生活应激等 5 种心理社会因素通过不良的生活方式和行为习惯, 如吸烟、酗酒、持久紧张的高负荷工作和生活节奏以及 A 型和 D 型行为等, 激活交感和内分泌机制以及血小板活性等机制, 可促发冠状动脉 (简称: 冠状动脉) 痉挛、斑块破裂, 引起冠状动脉闭塞、心肌缺血、心律失常等心血管事件, 其促发作用的后果绝不亚于高血压、血脂异常、糖耐量减退等传统的危险因素。2005 年, Rozanski 等明确提出行为心脏病学 (behavioral cardiology), 心内科医师应通过早期发现致病的心理行为危险因素, 进行早期干预, 可以有效地减少甚至阻止心血管事件的发生。

Kanwisher 等报道 286 例恶性心律失常经多次复苏成功的病例, 恶性心律失常由多形性室性心动过速 (简称室速)、扭转型室速与心室扑动、心室颤动 (简称室颤) 等构成, 事后追问病史, 发现心律失常的发生与心理行为因素密切相关, 患者在发病前大都由强烈的负性情绪促发, 患者的心功能和生活质量较差, 心律失常的严重程度多数与负性情绪的强烈程度一致; 心内科医师如能通过检测, 早期发现和及时干预, 这对于减少甚至阻止恶性心律失常的发生是必要和有效的。Creighton 对 14 例心源性猝死 (SCD) 患者进行尸检, 并未发现有明显的结构差异, 对编码为心律失常的基因区域进行直接测序时, 鉴定出 1 个异常的基因突变, 此基因由 Ryanodine 受体 II 型 (RyR2) 突变为 R414C、R2401L 和 F2331S。作者认为是由于与心律失常相关联的 RyR2 基因发生了成簇的基因突变, 促发儿茶酚胺激发多形性室速, 并演变为室颤以及 SCD。

心理行为应激促发的室性心律失常与猝死

对人体造成伤害的心理行为因素称为心理应激, 可分成 7 个等级: 1 级, 表现为不高兴; 2 级, 出现烦躁和忙乱; 3 级, 发生轻度争吵; 4 级, 中度争吵, 音量提高; 5 级, 大声争吵, 紧握拳头; 6 级, 极度愤怒, 拍桌子, 几乎失控; 7 级, 狂怒, 完全失控, 乱扔东西, 伤害自己或他人。 ≥ 3 级就成为有害的心理应激, ≥ 5 级的激怒就可能促发 SCD。Reich 分析了 25 例发生致命性心律失常前 24 h 的情绪改变, 愤怒达到 5 级以上的 17 例, 其余为悲痛、激动、噩梦、惊恐发作等。

一、恶性期前收缩

1. 心电图特征 ① 室性期前收缩频发、成对或多源性室性期前收缩; ② 室性期前收缩的 QRS 波振幅 < 1.0 mV, QRS 波不光滑; ③ 平行节律型室性期前收缩; ④ 室性期前收缩的 QRS 波群时间 $\geq$

140 ms; ⑤ 室性期前收缩的 QRS 波群 >120 ms, 但其 T 波与 QRS 波群主波方向一致, 或 T 波变尖, 振幅大, 双肢对称; ⑥ R on T、或 R on U 型室性期前收缩; ⑦ 室性期前收缩起源于左束支, 呈完全性右束支传导阻滞型; ⑧ QRS 波群呈 Qr、QR、QS 型伴有 ST 段抬高或 T 波的动态改变; ⑨ 室性期前收缩的同时, Q-T 间期离散度 (QTd) >60 ms; ⑩ 室性期前收缩伴 Q-T 间期显著延长。

2. 恶性期前收缩的促发因素 ① 器质性心脏病, 或非器质性心脏病患者应用某种药物时, 由于情绪异常激动、大量吸烟或过度劳累, 可通过交感神经张力骤增, 儿茶酚胺释放过多, 或冠状动脉痉挛, 引起恶性期前收缩; ② 器质性心脏病患者, 左室增大、左室功能明显减退时, 可由心理行为应激促发恶性期前收缩, 甚至猝死; ③ 器质性心脏病伴有严重的低钾或低镁血症时, 恶性期前收缩和室颤的发生率明显增加; ④ 心功能减退或低钾、低镁血症时, 应用洋地黄或奎尼丁等抗心律失常药物以及某些抗精神病类药物 (如氯丙嗪、氯氮平、硫利达嗪) 时, 由于可能延长 Q-T 间期, 可促发恶性期前收缩和严重的室性心律失常; ⑤ 器质性心脏病患者, 由于明显的心理行为应激, 心率变异 (HRV) 持续降低时, 提示自主神经对心脏的支配能力下降, 使心肌的不稳定性加强, 易发生恶性期前收缩。

二、扭转型室速与室颤

1966 年法国 Dessertenne 首先发现, SCD 之前可能出现一种特殊类型的室性心动过速——扭转型室速, 命名为 Torsade de Point (TDP)。

1. TDP 的特征 ① TDP 的心室频率平均为 220 次/分, 比一般室速的频率快; ② TDP 心电图特征呈现一系列增宽的 QRS 波群, 每隔 3~5 个心搏, 逐渐倒转其方向, 即围绕基线扭转其波峰方向, 因此称为 TDP, 有人称之为“心室芭蕾舞”, 也有人称之为某种类型的多形性室速 (polymorphic ventricular tachycardia); ③ TDP 每次发作持续数秒至十余秒, 发作可以自行终止, 但呈反复发作的特点; 若不及时采取措施, 将演变为室颤, 以致猝死; ④ TDP 发作间歇的主要表现是 QTc 明显延长, 心室肌复极速度不均一, 传导速度不同, 可产生多发折返, 进而促发 TDP。

2. TDP 的促发因素 ① 心理行为应激: 中度以上的紧张、焦虑、愤怒、惊恐发作或过度劳累等, Joska 等报道上述因素促发了 107 例严重的室性心律失常, 其中威胁生命的扭转型室速和室颤, 比无明显心理行为应激的患者增加 5 倍以上; ② 女性发生 TDP 比男性增加 2 倍, 原因在于女性容易出现 QTc 延长; ③ 低血钾和低血镁; ④ 应用排钾类利尿剂时间较久而未适量补钾; ⑤ 应用部分延长 QTc 的抗心律失常药物; ⑥ 应用部分三环类抗抑郁剂和抗精神病药物; ⑦ 心肌缺血或心功能不全。

三、心理行为应激促发的 SCD

SCD 的定义是指心脏发病后 6 h 内突然死亡。在 SCD 中以冠心病最为常见, 多数专家主张冠心病 SCD 的定义以 1 h 为宜。

关于 SCD 的因果关系已反复争论了多年, 长期以来在临床和病理方面出现了一些难以解释的疑问: ① 为什么有的 SCD 患者的心电图在生前发现有广泛的 ST-T 改变, 而尸检冠状动脉并未发现有明显的狭窄? ② 为什么有的 SCD 者发病前的心电图可无异常改变, 而尸检发现冠状动脉有严重的斑块堵塞? ③ 为什么在强烈的心理应激后 1~2 h 内可突发急性心肌梗死 (AMI) 或 SCD? 江一清等对 120 例 SCD 病例进行的临床病理研究发现, 冠状动脉的狭窄程度与猝死不成比例, 在猝死的促发因素中心理应激与体力过度劳累分别占 1/3 和 1/4。更多的是兼有心理应激和体力过度劳累者; 在 6 例由冠状动脉痉挛导致猝死的患者中均存在 AMI。男女比例为 5:1, 平均年龄 42 岁, 在发病前 5 例有明确的心理应激史, 包括愤怒与性交; 这 6 例患者冠状动脉狭窄的程度为: $<50\%$ 者 4 例, $>75\%$ 者 2 例, 以上结果提示冠状动脉狭窄的程度与猝死不成比例。江一清发现在 267 例确诊为 AMI 的患者中, 冠状动脉造影显示其中 35 例 (13.1%) 的结果为正常或大致正常, 1/3 有显著的心理应激史, 1/2 有严重吸烟史, 结论是冠状动脉痉挛促发了 AMI; 由冠状动脉痉挛促发的 AMI 患者占据 AMI 患者总数的 14%~38%, 由冠状动脉痉挛促发的 AMI 患者发病前多数存在强烈的心理行为应激史, 其中一部分可以演变促发 SCD。

促发室性心律失常的心理行为因素

1. 紧张 心电监测发现, 持续过分紧张促使期前收缩、窦性心动过速、室上速以及阵发性心房颤动的发生均有显著的增加, 其中期前收缩的发生率增加 2 倍以上, 95% 为室性期前收缩, 在室性期前收