



明明白白看病·医患对话丛书 74

医患对话

心脏神经官能症

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室 组织编写

科学普及出版社

·北 京·

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主	问任	曹荣桂	迟宝兰	李士					
副主	主任	于宗河							
主编	任编	陈春林	赵淳						
副主	编编	于宗河	李恩	武广华					
委	员	李慎廉	宋振义	刘建新	宋光耀				
		(按姓氏笔画排序)							
		于宗河	王正义	王西成	王国兴	王继法			
		马番宏	叶任高	孙建德	朱耀明	刘玉成			
		刘世培	刘兵	刘学光	刘运祥	刘建新			
		刘冠贤	刘湘彬	许风	江观玉	李玉光			
		李连荣	李金福	李恩	李继光	李道章			
		李慎廉	李镜波	杜永成	苏汝好	杨秉辉			
		陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋述博			
		宋宣	宋振义	张阳德	欧石生	苗志敏			
		范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森			
		郎鸿志	姜恒丽	赵升阳	赵建成	赵淳			
		贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高岩			
		寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建辉			
		曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧	黄建友			
		韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	黄建友			
		张晓光	肖文良			戴建平			
		张淑华							

本册编著
特约编辑

策 划 许 英 林 培
责任校对 韩 玲

责任编辑 高 纺 云
责任印制 王 沛



心脏神经官能症是怎么回事

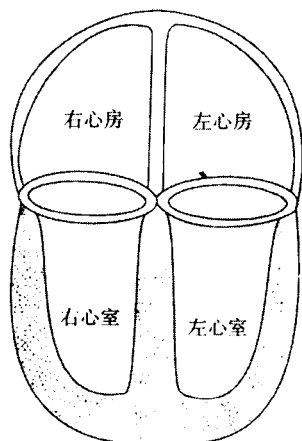


● 心脏在人体的位置、主要结构和功能

心脏的外形一般为圆锥体形，大小约相当于自己的拳头，位置在胸腔中部稍偏左，前面有胸骨保护，后面与脊柱的第5~8胸椎椎体相邻，1/3位于胸腔正中线的右侧，2/3位于正中线的左侧。心脏的位置往往因呼吸、体型和姿势的不同而略有变化，如在吸气时，心脏被两侧充气胀大的肺脏挤压在胸腔正中；呼气时肺脏缩小，心脏又恢复原来形态和位置；矮胖体形或仰卧姿势时，腹腔脏器向上挤压心脏，使之成为“横位”心脏；反之，瘦高体形或直立姿势时，心脏多呈“垂直位”。

成人的心脏由完全分隔的左、右两部分组成，每一部分又分为“心房”和“心室”两个腔，所以成人的心脏共有四个腔，即“左心房”、“左心室”和“右心房”、“右心室”（附图）。右心房是接受全身静脉血回流的心腔，右心室接受右心房的血并将其泵入肺循环。在肺内将静脉血充氧后变为动脉血，然后沿肺动脉流回左心房，再经左心室收缩，将动脉血泵入体

循环,供给全身的组织器官利用。形象地说,心脏就像一个射血的“泵”,在不停地为全身组织和器官运送血液,以保证人体正常生理活动的进行。



附图 心房、心室示意图

心脏的活动受神经支配,主要由“交感神经”和“副交感神经”对它的功能进行调节。因交感神经和副交感神经不受意识的支配,如同植物的神经,故又称“植物神经”或“自主神经”。交感神经对心脏的作用主要是兴奋,可使心跳加快、心肌收缩力量增强,心肌的营养血管——“冠状动脉”扩张,增加心肌血液供应量;副交感神经的功能正好与交感神经相反,即使心跳减慢,心肌收缩力降低,冠状动脉血管的血流量减少等。交感神经与副交感神经的功能,既相互对抗,又互相协调,并通过内分泌等因素的配合,使心脏能适应机体内、外环境的变化,始终保持良好的工作状态。

● 什么是心脏神经官能症

“心脏神经官能症”又称“心脏神经症”或“神经性血循环



衰弱症”，是指身体遭受内、外环境因素刺激，导致中枢神经功能紊乱，影响自主神经功能，所引起的以心血管症状为主的功能性心血管疾病，是“神经官能症”在心脏方面的表现，属于“功能性心脏病”的范畴，并非“器质性心脏病”。所谓“功能性”病变是指由于自主神经调节失衡所引起的器官功能紊乱；而“器质性”病变是指由于器官病理改变所引起的器官功能障碍。

由于心脏神经官能症不属于器质性心脏病变，仅属于心脏神经调节紊乱，所以不会给病人带来不良后果，更不会发生生命危险。但心脏神经官能症也是一种“病”，并且是一种症状复杂、表现多样且易变、治疗效果往往不佳的“疑难病”。本症的最大特点为症状很多，涉及面广，并以心血管、呼吸和神经系统症状为主要表现，所以带给病人的精神压力很大，常影响其正常的学习、工作，导致生活质量下降，加之本症的发病率较高，大约占到全部心血管疾病病人的10%以上，且治疗亦有一定难度，故应引起人们足够的重视。

● 心脏神经官能症是怎么得的

心脏神经官能症多发生于青、中年人，女性病人多于男性，年龄在20~40岁之间，但40岁以上也可发病。本病多见于脑力劳动者。确切的发病机制尚不清楚，一般认为与个人体质、神经类型、行为、周围环境及遗传等多种因素有关。

心脏神经官能症病人的神经类型常为敏感型或脆弱型，并常伴有抑郁、焦虑、忧愁等情绪反应，对周围的环境心细、过于思索、疑心重、对事情久思不忘、心情不够开朗，就像人们常说的“心眼小”。这类人一旦在精神上受到刺激或遇到工作紧张时，往往不能使自己适应于这种环境而发病。病人的家庭成员中也可有神经官能症病人，这说明本病与同一家族



的神经类型和受相同的外界环境影响有关。例如由于缺乏对心脏病的认识,有人看到亲人或同事有心脏病,或听到、看到某人因心脏病猝死,便疑心忡忡,认为自己也有心脏病;医务人员说话不注意、暗示、误诊、疾病及手术的影响、药物的作用或不良反应等,均可给病人带来不适或产生不良影响,并且经过症状的“自我强化”,最终导致神经官能症的发生,这种情况属于“医源性疾病”的范畴。



● 得了心脏神经官能症有哪些表现

心脏神经官能症的主要特点就是症状多种多样,涉及心血管、神经、呼吸、消化及其他各系统,其中又以心血管方面的表现较为突出,归纳起来有下述特点。

▲ 心悸

病人常常感觉心慌,特别是精神受刺激后更加明显,有时感觉心脏搏动增强,心跳加快,甚至有心脏要跳出来的感



觉,但此时做身体检查,其心率及节律往往正常。也有部分人确有早搏,而使心悸的感觉更为显著。

▲ 胸痛

胸痛是心脏神经官能症病人最常见的临床表现之一,也是容易误诊为“心绞痛”的主要原因,但是心脏神经官能症的胸痛与心绞痛的胸痛并不一样,心脏神经官能症的胸痛特点为:

△疼痛部位。心脏神经官能症的疼痛部位经常变化,常位于心尖部及左乳房下,也可表现为单纯右侧胸痛,甚至牵涉整个前胸及后背部,但无论什么部位,均不固定。

△疼痛范围。心脏神经官能症的疼痛范围有时为一点,可用一个手指明确指出疼痛点,手压后可使疼痛减轻;有时为大面积的疼痛,甚至可以呈游走性疼痛。

△疼痛性质。心脏神经官能症的疼痛性质可呈针刺样或刀割样,也可呈胸闷、隐痛,甚至疼痛难忍,绝大多数病人可很具体地形容出疼痛的性质。

△疼痛诱因。心脏神经官能症的疼痛出现一般与体力活动无关,若与劳累有关也不是在劳力当时发作,而是在一阵劳力之后休息时发生,有时疼痛与情绪变化具有明确关系。

△持续时间。心脏神经官能症的疼痛持续时间可长可短,短则一瞬间、数秒即过,长则可达数小时甚至数天。

△缓解方式。心脏神经官能症的疼痛、胸痛可被其他因素所转移,如病人自己越注意越痛,但与他人交谈,转移一下注意力,反使胸痛好转,或活动一下、做点工作反觉疼痛减轻。如果口含硝酸甘油,要么无效,要么在含药10分钟以后才见缓解,而不像心绞痛时含药后3~5分钟内胸痛完全缓解。



▲ 呼吸困难

病人常感觉吸入空气不够用,或呼吸不畅,常呈浅、短、不规则呼吸,伴胸部发憋,室内人多拥挤或通风较差的地方容易发作,常需做深呼吸或叹息样大呼吸后才感到舒服,或面对窗口呼吸新鲜空气以减轻“空气不足”或呼吸不畅感,甚至强烈要求吸氧以减轻症状。有些人有呼吸深度和呼吸频率的增加,甚至出现过度换气的表现,如四肢麻木、头晕、眩晕、震颤、手足抽搐等。

▲ 神经衰弱征候群

病人在出现上述症状的同时,常伴有明显神经衰弱的表现,如乏力、头晕、头痛、失眠、多梦、焦虑、易激动、食欲不振、对一些刺激产生较常人更为明显的反应等。





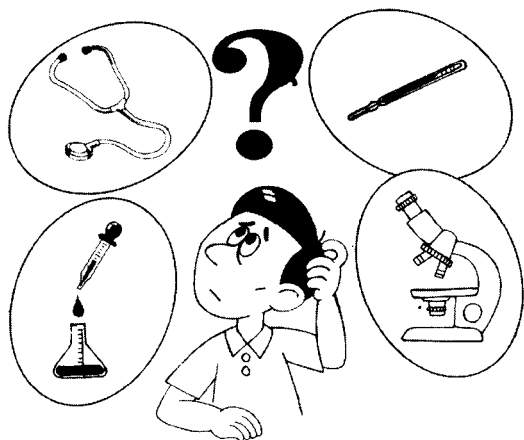
▲ 植物神经功能失调征候群

因本症常为植物神经(自主神经)功能失调所致,因此,在出现心悸、胸闷、胸痛、呼吸困难等心血管症状的同时,常伴有植物神经功能失调的其他表现,如脸红、灼热感、恶心、呕吐、上腹胀、腹痛、大便次数增多或便秘、尿频、不定部位肌肉跳动或肌肉痛、低热、脊背出汗或腋下及掌心出汗、手足发冷或发麻、双手震颤等。

体格检查常为无力体形,面容憔悴,或呈焦虑、紧张、忧郁或淡漠面容;手掌多汗、两手颤抖;有些病人低热、体温 37°C 左右;血压轻度升高且波动性大;心率增快,常有早搏,自觉心脏搏动强而有力,心前区听诊可听到柔和的心脏杂音;肌腱反射亢进;心脏照相、超声心动图检查常无异常发现,心电图可有心动过速、各种早搏,以及非特异性ST段及T波改变。



诊断心脏神经官能症需要做哪些检查



8 根据有上述症状而缺少检查的阳性发现(症状与体征不符),以及不能找到器质性心脏病的证据,基本就可做出心脏神经官能症的诊断。虽然心脏神经官能症在临床和病理方面均无器质性病变,属于一种“神经症”,但由于它没有确切的诊断指标,并且它的一系列表现极易与一些器质性疾病混淆,容易误诊,加重病人的心理负担,所以诊断本病必须首先排除器质性疾病。

需要与心脏神经官能症鉴别的器质性疾病主要有冠心病、心绞痛、甲状腺机能亢进(甲亢)、心肌炎、二尖瓣脱垂综合征等。要排除这些疾病除根据病史外,还需要做一些实验室检查,其中基本检查包括心电图、超声心动图、X线检查及



血清学检查(如T3、T4、心肌酶谱、C反应蛋白等);此外还可选用心电图运动试验、心得安试验和放射性核素心肌显像等检查;对于少数疑难病例可进行心脏导管检查(如冠状动脉造影和心室造影)。

● 如何与冠心病进行鉴别

冠心病是“冠状动脉性心脏病”的简称,是指由于冠状动脉硬化或痉挛(收缩变细),使冠状动脉管腔狭窄或闭塞,导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病,临床又称为“缺血性心脏病”。其中单纯由冠状动脉硬化(在冠状动脉内壁形成粥样隆起,又称为“冠状动脉粥样硬化”)引起者,特称为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,它占冠心病的绝大部分(90%),另外还有一些比较少见的原因,其中包括冠状动脉炎、冠状动脉畸形、冠状动脉栓塞、心肌微血管阻塞性病变(X综合征)等。一般临床所说的冠心病,主要是指冠状动脉粥样硬化性心脏病而言,在临床上冠心病主要表现为心绞痛和心肌梗死。

冠心病、心绞痛是中老年人最常见的心血管疾病,由于其发病率高、处理不及时容易导致心肌梗死等不良后果,因此备受大家重视。心脏神经官能症病人的许多表现与冠心病心绞痛、甚至心肌梗死相似,在没有冠状动脉造影以前或在没有冠状动脉造影条件的医院,两者的鉴别是一个比较困难的问题。但仔细分析临床表现,两者还是有一些区别。

首先,冠心病心绞痛病人一般年龄较大,多在40岁以上,男性较多,有冠心病易患因素存在,如肥胖、高血压病、糖尿病、高脂血症等。

其次,心绞痛的胸痛与心脏神经官能症的胸痛也有区别,下列胸痛特点符合心绞痛。



▲ 疼痛部位

心绞痛发作时疼痛的典型部位是在前胸正中的胸骨后，而不是在胸部表面。范围如拳头或本人手掌大小。有时疼痛部位可偏左或偏右，偏左者多见，累及右胸者较少超过乳头线，单纯右侧胸痛者极少见。近半数病人胸痛同时向身体其他部位放射，其中以向左肩背、左上肢内侧和左手小指侧放射最常见，少数可向上腹部、颈咽部，甚至面颊部放射，引起相应部位不适或疼痛。少数病人心绞痛发作时胸痛并不明显，主要表现为上述放射部位的疼痛，临床易误诊为肩周炎、胃炎、胰腺炎、胆囊炎等。

▲ 疼痛性质

病人胸痛常呈压迫性、紧缩样或压榨性，伴有发闷，甚至窒息感，也可呈烧灼样，但不尖锐，不像针刺或刀扎样痛。疼痛时常伴濒死的恐惧感。发作时病人往往不自觉地停止原来的活动，直至症状缓解。对同一病人来说，每次发作的疼痛程度可轻重不一，但疼痛性质基本一致。疼痛缓解后有些病人可遗留皮肤感觉过敏或前胸壁发酸的现象，然而多数病人发作后并无任何不适。

▲ 发作诱因

心绞痛发作的诱因很多，常见的有下列几种。

△劳累。如走路急、跑步、上楼梯、搬重物等。一般典型的心绞痛常在相似的劳力条件下发生，但有时同样的劳力只在早晨而不在下午引起心绞痛。

△脑力劳动过度。如长时间紧张的脑力工作、连夜加班或工作压力大，不能很好的休息等。

△情绪激动。如过度兴奋、悲伤、恐惧、愤怒、焦虑不安等。



△饱餐。可以表现为进餐时胸痛,也可表现为餐后心绞痛,后者多见且常见于餐后20~30分钟。餐时或餐后的心绞痛尤应注意与胃病相区别。

△排便。小便困难或大便秘结者,因排使用力也可诱发心绞痛。

△寒冷。冷天迎风走路容易诱发心绞痛。

△吸烟。尤其短时间大量吸烟。

△心律失常。心动过速时心肌耗氧增多,容易诱发心绞痛;严重心动过缓(心率少于50次/分)时也可因心脏排血明显降低而发生心绞痛。

△卧位。有的病人心绞痛常发生于安静、平卧位休息时,尤其是在夜间睡眠后1~3小时发作(午休时也可发生),称为“卧位型心绞痛”。

△贫血。贫血时血液携氧能力下降,冠心病病人伴贫血时心肌缺血、缺氧更加明显,易发生心绞痛。

▲ 持续时间

一般的心绞痛发作每次持续约3~5分钟,很少超过15分钟,大于30分钟的胸痛很少为心绞痛,而应注意有无心肌梗死的可能,或根本就不是冠心病所致的胸痛。

▲ 缓解方式

一般心绞痛发作,经休息或去除诱因后即能缓解,含服硝酸甘油也有良好疗效(含药后3~5分钟即缓解),胸痛缓解后病人常无任何不适感觉。

● 下列检查有助于神经官能症与心绞痛的鉴别

▲ 心电图检查

心脏神经官能症病人的心电图有的完全正常,有的出现心动过速、心动过缓、心律不齐、室性早搏;有时也可出现类



似于心肌缺血(冠心病)的T波低平或轻度倒置,甚至可有ST段压低。这些心电图异常可持续存在,亦可时好时坏。当出现明显ST段或T波改变时,可以通过下述的“心得安试验”或“冠状动脉造影”等检查手段与冠心病心肌缺血进行鉴别。

心电图检查虽然简单,但不注意方法也容易出现错误。病人在做心电图检查时应注意下列几点:①放松肌肉,四肢自然伸直,不要用力;②描记过程中肢体不要动,咳嗽、转头、翻身等动作也应尽量避免,否则容易产生伪波,干扰心电图的分析;③心情要平静,不要紧张,否则容易产生假性心动过速;④做静息心电图前要充分休息,不要在上楼、跑步或长距离骑车后马上描记心电图;⑤做心电图前服药情况也应向医生说明,便于前后对比观察。如果静息心电图不能区分是否为缺血性改变,则可进一步做心电图运动试验。

▲ 动态心电图检查

普通心电图只能记录安静状态下很短一段时间内的心电变化,对一过性心肌缺血的诊断比较困难。动态心电图(又称Holtter检查,俗称“背盒子”)可连续记录病人24~48小时内的全部心电信号,无论是心肌缺血还是心律失常,都可通过计算机回放而被发现。因此,动态心电图在诊断冠心病及心律失常方面有着普通心电图无法比拟的优点。另外,动态心电图还可以记录病人在各种状态下(如进餐、上楼、休息等)的心电信号,便于分析病人的心脏储备功能和各种状态下的反应性;还可通过心电与症状结合分析,鉴别病人不舒服的原因。但动态心电图也有一些缺点,如检查费比较高、出结果比较慢、心肌缺血定位不够精确,甚至有时病人体位变化可以引起动态心电图上ST段移位,不易与心肌缺血鉴别等。

动态心电图检查时病人应注意下列几点:①准确、完整。



详细的记好病人日志,既包括病人一天的活动情况,又有病人不适出现的准确时间,便于分析时对照症状观察心电图变化。②注意电极粘贴情况,如有脱落应及时贴好。③动态心电图要求描记病人在日常生活状态下的心电变化,所以病人戴好盒子后不要总卧床休息,要测试各种活动状态下(如上楼、骑车、散步等)的心电变化,但也不可剧烈活动,以免出汗造成电极松脱或运动产生的伪波干扰心电图形的分析。

▲ 心得安实验

当本症病人的心电图出现ST段或T波改变时,应特别注意与冠心病心肌缺血导致的心电图ST-T变化相鉴别,最简单的鉴别方法就是“心得安试验”。

“心得安实验”的基本方法是:描记一份心电图后,让病人口服心得安20毫克,服药后1,2,3小时分别描记心电图一份,观察心电图“缺血”表现有无改善,如果“缺血”改善,说明植物神经功能失调(心脏神经官能症)的可能性大,否则冠心病可能性大。本试验优点是简便易行、比较安全;缺点为假阴性及假阴性率较高,对心得安过敏或支气管哮喘病人禁忌此试验。

▲ 心电图运动试验

心脏神经官能症的心前区疼痛有时与冠心病心绞痛难以鉴别,而静态(安静时)心电图也不能确定有无心肌缺血,此时临床上须借助于一些试验来诱发心肌缺血,心电图运动试验即是常用的方法。

心电图运动试验的机制是通过运动,加快心率,增加心肌耗氧,如果病人冠状动脉正常,可以自动(通过神经—内分泌机制)扩大冠状动脉管腔,增加心肌血液供应,从而保证心肌血液供应;但当存在冠状动脉狭窄时,由于冠状动脉不能



随着心肌耗氧的增加而扩张,导致心肌的供氧与需氧不平衡,结果出现心肌缺血改变。

心电图运动试验的具体方法有:①二阶梯运动试验:二阶梯类似于楼梯,但只有两级台阶,试验时要求病人反复上下运动;②活动平板:类似于家庭锻炼身体的跑步机,试验时要求受检者在带有能自动调节坡度和转速的活动平板上运动,相当于爬坡运动;③踏车试验:类似于健身车,试验时要求病人在特制不动的自行车上做踏车样运动。

心电图运动试验时分别在试验前、试验后即刻及2,4,6,8分钟各描记心电图、测量血压一次,运动中或运动后出现下列表现之一,支持冠心病的诊断:①出现典型心绞痛发作;②在以R波为主的导联上,出现缺血型ST段压低 >0.1 毫伏(1毫米);③出现严重心律失常,如室性心动过速、心房颤动、房室传导阻滞、完全性左束支传导阻滞或双束支传导阻滞、多形性室性早搏、成串室性早搏等;④血压显著下降。

心电图运动试验的禁忌证包括:近期心绞痛发作、急性心肌梗死、严重心律失常、心功能不全、血压重度升高、电解质紊乱、有其他严重疾病、肢体残疾等。

本试验的优点为无痛苦,诊断冠心病的把握性较大;缺点为运动量较大,有部分病人不易耐受,另外有少数冠状动脉正常者运动后也可出现假阳性反应。

在做心电图运动试验时应注意下列几个方面:①运动试验应在空腹或餐后2小时以后进行;②运动中出现心慌、气短则多属运动后反应,但出现头晕、眼黑或心前区疼痛则应立即向医生汇报,以免发生意外;③一些药物可以影响结果的判断,试验前根据临床情况应予以适当停药(病情不允许时可暂缓试验),这些药物包括洋地黄类(地高辛、西地兰)、抗



心律失常药(乙胺碘呋酮、奎尼丁等)、 β 受体阻滞剂(心得安、氨酰心安、倍他乐克等)、钙拮抗剂(异搏定、心痛定、合心爽)、硝酸酯类(硝酸甘油、消心痛、鲁南欣康、丽珠欣乐等)。另外电解质紊乱(如低血钾或高血钾)、饱餐、注射葡萄糖等均可影响运动试验结果的判断,故应在试验前予以纠正。



▲ 放射性核素心肌灌注显像(ECT)

“放射性核素心肌灌注显像”是“发射型计算机断层成像”的外文缩写,所谓“断层成像”,即将人体器官像切萝卜一样一层层“剖开”,观察剖面变化的诊断方法。检查时先将放射性同位素通过血管注入体内,它们顺血流有针对性的到达人体某一器官,放射性核素心肌灌注显像机能够从体外捕捉到指定器官的同位素发出的放射线,并根据放射线强弱描记出脏器图像。

有胸痛表现及心电图ST-T改变,需要明确诊断时,心肌灌注显像检查意义较大。心肌灌注显像是一种无创伤的心肌缺血检查方法,目前应用的放射性显像剂有两种,一种是铊-201;另一种是锝-99,标记的异腈类化合物。它们的共同特点是静脉注入后均可被心肌细胞摄取,且局部心肌摄取量