

# 从病例看双心思维在心内科临床工作中的应用

姜红岩

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.03.006

心血管疾病合并精神障碍在临床上普遍存在。资料表明,心内科门诊患者中合并精神障碍者约 15.0%~30.0%,住院患者发生率更高,尤其对因心脏急性住院患者,发生率可达 60.0%~75.0%。心血管疾病最常见合并的精神障碍是焦虑、抑郁障碍,在国内一项 3260 例心血管疾病患者的研究中<sup>[1]</sup>,焦虑发生率为 42.5%,抑郁发生率为 7.1%。可见,在处理心血管疾病时,除了关注心血管疾病的症状、体格检查及各项指标以外,了解患者的精神状态、性格特点、生活环境,评判其心理状态,从双心角度综合干预患者尤为必要。双心医学可使患者拥有更好的医患信任度、更好的治疗依从性、更好的精神状态及心血管疾病更好的治疗效果。以下介绍几个病例以期共同探讨双心思维在临床工作中的应用。

病例 1: 女性 65 岁,既往高血压病史 10 余年,规律口服药物,血压较平稳,糖尿病病史 6 年,3 年前发现慢性肾功能不全。此次因情绪激动后血压高达 220/120mmHg,且头部 CT 发现腔隙性脑梗塞而要求住院治疗,血压平稳后出院,并规律服药。

此患者一天之内会多次测量血压以确认自己血压在正常范围,后来因血压波动,多次在门诊就诊,多位医生也一直不断对其进行各种检查及药物加、减量来调整血压,但患者记录的自测血压总是较高,总是要求医生换药或调整药物。在双心门诊,患者告诉医生“医生告诉我肾功能不好合并的高血压难治,你看真的很难治。我这么高的血压还有糖尿病、肾病,这次还脑梗了,不知道啥时候就死了,死了就死了也没事,脑血管再堵大了就变瘫了,还得拖累人。现在我的活动量也不敢增大,就怕血压一高就完了。我现在晚上睡不着,早上 3、4 点就醒了,醒了就再也睡不着,就琢磨这点病。白天没心情也没劲儿做别的事,又想量血压,但又害怕量血压,量完血压就开始担心,这什么日子啊!”。

该患者因患躯体疾病而产生了较为明显的抑郁及焦虑情绪。研究表明<sup>[2]</sup>,原发性高血压人群中焦

虑发生率为 47.2%,抑郁发生率为 4.9%,而在所谓的难治性高血压以及“白大衣高血压”患者中,有 50.0%~80.0% 的患者存在焦虑、抑郁症状。如果患者合并其他疾病,那么焦虑、抑郁问题的发生率还会增高。因此在临床诊治过程中应详细了解高血压患者的病史及心理健康状况,及时治疗其可能存在的心理问题。分析该病例有这样的特点:患者血压一度在情绪没有波动的情况下能长时间保持稳定,此次尽管使用多种长效降压药物联合治疗、不断调整药物剂量、并排除其他引致血压波动的多种继发性原因后血压仍不能稳定。在双心门诊就诊中发现,患者自尊心较强、家庭责任感重,性格上比较敏感和脆弱,当血压波动时即表现出失望、恐惧、恐慌的情绪,对自身多种疾病的预后表现出悲观的心理状态。此次血压波动同时查出患有腔隙性脑梗塞,成为出现情绪问题的一个诱因;另外,医生对肾功能不全合并高血压的治疗难度大的解释使患者不能正确理解,加重了情绪问题。患者出现紧张、焦虑,并且合并情绪低落、兴趣缺失、睡眠问题等抑郁症状,成为血压波动不易控制的主要原因。血压越不易控制,患者就更为恐慌,继而形成恶性循环。针对该病例,双心门诊的医生对患者详细解释:只要做好心脑血管的预防工作,就可延缓发病,并且疾病的预后也并不是她想象的那样悲观。同时告诉她情绪与血压的高低有很重要的关系,鼓励患者保持良好的心情、放松心情,努力分散精力去做自己喜欢的事,除调整降压药物外,并给予劳拉西泮及帕罗西汀口服。治疗期间不时给患者打电话鼓励她,患者紧张时也可电话咨询。并告知患者家属需不断对患者进行鼓励。经过一段时间的调整,患者症状逐渐好转,血压逐渐稳定。

病例 2: 男性 52 岁。既往有高血压病史,血压控制良好。因不稳定性心绞痛住院治疗。行冠脉造影检查发现前降支近端 90% 的狭窄,置入一枚支架治疗。术后告知患者规律服药防止支架血栓。患者无不适出院。门诊第一次复查,空腹血糖 6.5mmol/l,餐后 10.2mmol/l,患者自感沮丧,认为自己真的很倒霉,为什么血糖会偏高了? 2 月后再复诊,患者

作者单位: 100022 北京市垂杨柳医院心内科

述快走时出现胸闷、气短,感觉心前区尤其是放支架的地方隐隐扎痛,要歇半个多小时,缓慢长呼气才能逐渐好转,有时胸闷伴心悸、出汗、恶心、头晕、呼吸困难,需要到医院输液后才能好转,但胸痛、胸闷时心电图并无变化,检查运动试验、心脏超声及胸部 CT 均未见明显异常。患者怀疑自己支架里又长了血栓,自觉运动能力明显下降,不爱活动,食不知味,开始出现失眠,反复要求复查冠脉造影看支架处是否有问题,半年后复查冠脉造影,无明显狭窄。

国外研究显示,715 例冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗(PCI)后随访一年,发现合并焦虑症状者占 75.6%,合并抑郁症状者占 81.4%<sup>[3]</sup>;国内对于冠心病 PCI 术后患者最近调查显示合并焦虑抑郁情绪障碍为 29.8%<sup>[4]</sup>。PCI 术后出现的情绪障碍主要为焦虑、恐惧、抑郁、悲观、易怒;出现这些情绪障碍的原因多为:顾虑术后支架再狭窄、担心手术效果、对疾病今后的不确定感、医疗费用等。多项研究亦显示,PCI 术后的心理障碍可增加冠心病发病和死亡的风险,恶化冠心病的预后,因此需要及时干预。该患者术后出现不典型胸闷、胸痛,经临床证据证实与心肌缺血无关,结合患者有害怕、紧张、担心、食欲下降、精力减退、失眠等症状,考虑患者合并焦虑及抑郁情绪问题;患者急性胸痛、胸闷发作且无缺血证据时高度怀疑为惊恐发作。对于该患者加用抗抑郁药物治疗后,病情逐渐平稳。

病例 3: 男性,76 岁。既往有糖尿病、慢性肾功能不全、高血压病史,此次因头晕、意识障碍来急诊就诊。因突发意识障碍,给予心肺复苏,并气管插管呼吸机辅助呼吸治疗后生命体征逐渐平稳。心电图显示胸前导联 ST 段压低,心肌酶监测发现明显高于正常,考虑急性心肌梗死,进入心脏重症监护室治疗。呼吸机维持 1 天后顺利脱机。并给予抗栓、抗凝、改善心脏供血等治疗,心脏情况渐趋平稳。在治疗的第 8 天该患者开始出现日间神清,夜间定位不准,不知道自己在哪里,不能正确回答问题,护士独自查房时他会问护士身边怎么还有别人,一看护士不在时总想自己下床偷偷回家,有时嬉笑、拔针、不配合治疗;日间比较清楚,但记不起夜间自己说的话和做的事情。夜间出现以上症状时查心电图较前变化不明显,血气分析较前无明显改变,电解质正常。复查脑 CT 示脑白质变性,腔隙性脑梗死(考虑陈旧性),体格检查无明显神经系统阳性体征、并排除无药物因素影响后,追问家属病史,在家中并未有明显类似症状出现。考虑患者不配合治疗可能与环境改变引起的兴奋、焦虑或故意不配合治疗有关,给予患

者安定静脉使用,但未收到良好效果。请精神科医生会诊,考虑合并谵妄,并给予了相关治疗。

在心脏监护室,常见部分老年患者夜间会出现语无伦次、不能正确回答问题、定位不准、不配合治疗,日间神志清醒的情况,有的症状表现明显,有的不明显。对于该类患者心内科医生多考虑可能因疾病引致低氧血症、心功能不全、脑血管疾病、电解质紊乱、肝肾功能不全、药物不良反应等因素导致。在不能由器质性疾病状态变化解释时,部分医务人员会认为患者是“老糊涂”了,或者故意不配合治疗以达到转出监护室或出院的目的,因此不予理睬。流行病学研究证实,在综合医院住院患者,尤其是重症监护病房患者中谵妄的发生非常普遍,其发生率可以高达 80%<sup>[5-7]</sup>。许多因素可以导致谵妄的发生风险增加,如高龄、严重/多种躯体疾病、感染或脱水、多种药物治疗、肾功能损害、营养不良、电解质紊乱、手术、环境因素改变等。在重症监护病房中,高噪音水平、不停的监控警报、明亮的灯光都会诱发谵妄。研究证实,谵妄不仅会导致住院时间延长,而且会增加死亡率、病死率和医疗资源的消耗,恶化疾病预后<sup>[5]</sup>。因此,对于该类患者心内科医生应及时识别精神障碍及处理,以避免不良预后。

研究显示,我国非精神科医生对抑郁障碍的识别率仅为 21.0%,神经科医生的识别率为 40.4%,明显高于心内科的 22.4%<sup>[8]</sup>。心内科医生多关注患者的躯体疾病,而忽略了躯体疾病对患者所引起的精神损伤。在心内科,社会上部分猝死的病例使患者谈“心”变色,一感到心脏不舒服所联想到的就是“心肌梗死、猝死”等。患者并不了解的医学名词带给他们的多是恐慌和绝望的负性刺激。因此,在诊断及治疗心脏疾患时,应关注疾病带给患者的精神压力,及早识别并进行及时疏导。并且在日常工作中,避免对患者的医源性损伤。医生尽量要对患者进行疾病预后及转归的健康宣教,使患者明白自己所患的疾病和严重程度;对不确诊的病情,要使用合适的方式向患者交代,以避免不必要的压力及不必要的猜测;医生尽量避免过于术语化的解释使患者产生误解。

胡大一教授曾经提出,心理防线是继冠心病五条防线之后的又一大防线,有助于患者从容面对疾病,使其拥有更好的生活质量。在心内科临床工作中,从双心角度对待每一位病患,才能为患者提供更人性化、理性化的服务,一站式地解决患者的躯体、心理问题,并把复杂和重症病例及时转介到心理门诊和精神科治疗,及时全面的解决患者的痛苦。

(下转第 247 页)

患者往往会不被社会、周边人甚至家人正视,导致他们承受着来自自身疾病的折磨以及周围人们无形的压力,严重影响患者的康复和正常生活<sup>[10]</sup>。对于分裂情感性精神障碍的治疗目前以药物治疗和康复护理为主。抗分裂情感性精神障碍的药物对于患者常见临床症状的缓解具有很好的疗效,对于患者的心理活动、社会认知以及生活质量的提高效果不甚显著<sup>[11]</sup>。现代精神疾病康复追求的不仅是临床症状的改善,更高层次的是减轻患者心理上的痛苦,提高患者生活质量<sup>[12]</sup>。因此家庭干预对分裂情感性精神障碍患者生活质量的提高具有重大意义。本研究中纳入研究的患者其不良情绪以及生活质量基线评分相同,经过一段时间的干预后患者的躁狂和抑郁评分均改善,研究组改善情况优于对照组( $P < 0.05$ ),说明家庭干预能有效缓解患者的不良情绪。

本研究中两组患者的生活质量在基线期差异无统计学意义,生活质量均较差,干预后两组生活质量均得到了良好的改善,研究组改善状况优于对照组( $P < 0.05$ )说明家庭干预方式能提高患者的生活质量。

虽然家庭干预能够取得比较好的干预效果,但该种干预方式的实施存在一定的局限性,有些患者没有家庭亲属,家庭干预对该类患者而言是不可行的。实施家庭干预要在家庭健全以及家属愿意配合的情况下进行,所以该方式在推广应用时存在局限。

### 参 考 文 献

[1] 雷佳峰,蒋丽红,伍黄斌.家庭干预对精神分裂症患者照料者心理

的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(21):65-66.

- [2] 姜欢,季小丽,李万会.家庭干预对稳定精神分裂症病人病情和提高陪护者心理健康水平的影响[J].内蒙古医学杂志,2012,44(3):372-374.
- [3] 谭柏坚,刘丹,孙晓丽.家庭干预对精神分裂症患者家庭环境的影响[J].中国农村卫生,2013,(04Z):383-383.
- [4] 徐逸,陆峥.精神分裂症患者家庭功能的评估及家庭干预对疾病的影响[J].同济大学学报:医学版,2013,34(1):120-124.
- [5] 刘蕊,刘勇,苏宗霞.精神分裂症患者家庭干预前后生活质量相关研究[J].中国健康心理学杂志,2011,19(11):1297-1298.
- [6] 翁睿贞,程晓雯,江学锋,等.家庭干预对首发精神分裂症患者预后的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(21):2498-2501.
- [7] 魏玉莲,齐国娥,由建章,等.家庭干预对出院精神分裂症患者功能康复的影响[J].中国健康心理学杂志,2011,19(7):776-777.
- [8] 谢文娇,谢翊,肖育卿,等.家庭干预对精神分裂症患者治疗依从性及社会功能的影响[J].中国实用护理杂志,2013,29(22):9-11.
- [9] 邓风燕,池宝珍,陈蕊.家庭干预模式对以阴性症状为主的精神分裂症患者疗效的影响[J].中国实用护理杂志,2013,29(23):41-43.
- [10] 黄晓慧.家庭干预对精神分裂症患者照料者心理的影响[J].中国医药指南,2013,11(16):583-584.
- [11] 安琦,王宏刚,孟祥军.家庭干预对首诊精神分裂症患者康复的影响[J].黑龙江医药科学,2013,36(3):59-60.
- [12] 李明德,赵丽琼,张跃坤.家庭干预对农村精神分裂症患者社会支持度影响的对照研究[J].中国民康医学,2013,25(8):22-23.

(收稿日期:2014-05-30)

(上接第 213 页)

### 参 考 文 献

- [1] 胡大一.心血管疾病和精神心理障碍的综合管理-“双心医学”模式的探索[J].中国临床医生,2006,34(5):2-3.
- [2] 杨菊贤,陈玉龙.内科医生眼中的心理障碍[M].上海科学技术出版社,2007:141-142.
- [3] Damen NL, Pelle AJ, van Geuns RJ, et al. Intra-individual changes in anxiety and depression 12-month follow-up in percutaneous coronary intervention patients[J]. J Affect Disord, 2011, 134(1-3):464-467.
- [4] 韩立宪,吴莉娜,张红娟,等.冠心病患者经皮冠状动脉介入术后焦虑及抑郁情绪心理干预的研究[J].中国介入心脏病学杂志

2009,17(2):82-85.

- [5] Eisendrath SJ, Shim JJ. Management of psychiatric problems in critically ill patients[J]. Am J Med, 2006, 119(1):22-29.
- [6] Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit[J]. JAMA, 2004, 291(14):1753-1762.
- [7] 任艳萍,蔡卓基,马辛,等.老年性谵妄临床特征及相关因素分析[J].中国神经精神疾病杂志,2000,26(5):268-271.
- [8] 姜荣环,党卫民,马弘,等.非精神科医生对抑郁障碍的识别和相关因素[J].中华内科杂志,2010,49(6):477-479.

(收稿日期:2014-06-15)