



北京市社区卫生服务机构  
专病特色科室建设项目

# 北京市社区卫生服务机构 冠心病合并心理疾病（双心） 专病特色科室建设

## 培 训 资 料

北京市卫生健康委员会  
北京市社区卫生协会  
2025年6月





# 目 录

1. 冠心病合并心理疾病（双心）专病特色科室建设标准.....	（1）
2. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 双心门诊病历质量评分标准.....	（15）
3. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 双心处方核查表.....	（17）
4. 北京市社区卫生服务机构双心专病特色科室建设项目介绍.....	何永洁（19）
5. 双心诊疗技术规范.....	刘梅颜（39）
6. 双心疾病的临床识别与案例分析.....	李 果（46）



# 冠心病合并心理疾病（双心）

## 专病特色科室建设标准

### 一、建设目的

冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）是一种临床最为常见的心血管疾病之一，在严重威胁人类健康的同时，也为国家增加了沉重的医疗负担。数据显示，其每年新增患者为 200 万人，年死亡患者为 165 万人。尽管诊疗技术不断提高，冠心病的发病率和死亡率仍呈上升趋势，现研究认为与心理因素的作用密切相关。流行病学调查显示，冠心病患者中约有 20%-70% 伴发心理问题，心理问题不仅影响冠心病的治疗，同时也对患者的预后造成不良影响。

基层医疗卫生服务体系是提供公共卫生与基本医疗服务的重要载体，在人群防治常见慢性疾病中发挥重要作用。为了改善冠心病患者的预后以及提高其生活质量，在基层医疗服务体系中建设具有“双心”疾病诊治能力的特色科室对于“双心”疾病的诊治、改善预后具有重要意义。同时有利于推进双向转诊体系建设，完善基层医疗卫生服务机构的功能，提升基层医疗卫生机构在慢性心血管疾病领域的服务能力和服务水平，减轻国家慢性疾病负担。

### 二、科室建设条件

#### （一）人员配置

1. 具备开展专病特色服务的医务人员，团队成员均要有相应的执业资质；至少有 1 名副高级及以上职称全科医师作为学科带头人。

2. 至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有心脏、心理疾病（以下简称“双心”）专长的全科医师。

3. 至少有 2 名参加市级“双心”专病培训合格的护士，掌握“双心”筛查量表应用和相关技能等。

## （二）设备、设施及药品

1. 设施：有开展“双心”专病特色科室独立诊室，使用面积不低于 10 平方米；独立使用的心理评估区域，使用面积不低于 8 平方米；悬挂统一“双心门诊”标识、标牌，统一诊疗服务流程图等。

### 2. 设备及检查项目

诊室基本设备：检查诊床（有拉帘）、听诊器、血压计、心电图机、全科诊疗工具壁挂、配备计算机硬件及网络、打印机等。

机构必备设备：专病特色诊室应配备与 PHQ-9，GAD-7 等焦虑抑郁自评量表相关的软件系统、心电图机、常规生化、24 小时动态心电图、动态血压检测设备。

机构能提供必要检验项目：心血管彩色超声，心脏分子标志物快速检测仪（POCT）、血凝、甲功等检测检查项目等（医联体提供也可）。

机构可选择提供的检查项目：远程心电图检查、精神压力诱发心肌缺血检查。

3. 药品：应配备冠心病合并心理问题常用药物，包括但不限于以下药物：改善心脏供血不足的药物(主要包括硝酸酯类、 $\beta$ 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂)、抗血小板药物、改善冠心病远期预后的药物、改善心理状态的药物，宜选用有安全性证据药物。用于心血管疾病患者的抗抑郁焦虑药物：选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂、苯二氮草类等。

## （三）工作方案及管理制度

1. 制定“双心”专病特色科室建设工作方案，包括领导小组，组织架构，科室设置，专病特色科室建设思路等。

2. 制定“双心”门诊特色科室工作制度，包括科室管理制度、人员管理及绩效考核，双向转诊制度，患者健康教育制度、质量管理制度、“双心”患者签约服务包等。

3. 制定诊疗流程、技术规范、医疗风险防控预案：应包括医疗风险防控预案、冠心病急性加重识别与处理等。

4. 制定人员岗位职责：至少包括专病科室全科医生和护士职责。

#### （四）工作数量

1. 可疑“双心”患者或明确诊断冠心病患者到机构就诊时进行问卷筛查数大于等于 300 例/年。

2. 管理确诊“双心”患者达到 100 人,逐年递增不少于 30 例。

3. “双心”患者就诊累积人次数不低于 200 例次/年。

4. 提供心理咨询人次（ $\geq 200$  人次/年），对于有心理问题的“双心”患者进行谈话咨询每年每人不少于 2 次。

#### （五）医疗质量管理

1. 建立“双心”患者数据库

能通过信息化数据平台，对本机构就诊的脂肪肝患者建立电子健康档案，可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“双心门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等，进行双心患者健康管理，内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。

2. 病历质量控制

自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，根据病历完整性、检查及时性、

管理规范性等指标，评估“双心”患者的筛查、诊断、治疗的准确性及合理性。（详见病历质量核查表），病历质量合格率 90%以上。

3. 建立处方点评制度：每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、有分析、针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90%以上。

4. 焦虑抑郁量表筛查的数量与质量的控制。

### （六）医联体特色专科联动建设

#### 1. 三级医疗机构或专科医疗机构专家下社区

建立“双心”门诊分级诊疗制度，社区卫生服务机构专病特色科室同三级或专科医疗机构培育基地建立联动机制，建立密切合作。培育基地副高职称以上专家需完成每月不少于 2 个社区门诊单元，其中一次为门诊出诊，另一次可以带教、授课、查房等形式落实，专家和时间相对固定。专家未下社区或资料不真实为专病科室“一票否决”为不合格。

科室需留存完整的资料，包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务凭单；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务，推动社区双心疾病防治水平的提升。

#### 2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。上转及下转诊情况均应记录在健康档案。

### （七）开展家庭医生签约服务

开展“双心”患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，对签约患者应实行连续综合的责任制管理，签订个性化“双心”服务包，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务。规范化管理包括门诊面对面随

访每年至少 4 次。

### （八）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：专病特色科室的全科医生和社区护士，申报当年均需参加由北京市组织的专病统一培训（心脏疾病、心理问题、心脏基本检查相关知识和技能）。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应到培育基地或上级医院相关科室累计完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。

3. 人员考核：参加由市级组织的统一培训，并考核合格；进修结束前，由带教老师进行过程性及操作考核。

4. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

### （九）开展健康教育活动

每年开展“双心”患者健康教育讲座不少于 4 次，每次参与人数 30 人以上，培训形式应以线下为主。

### （十）专病科室考核指标

1. “双心”疾病患者规范管理率达到 80%，一年至少四次面对面随访患者。

2. “双心”疾病患者控制率：患者心血管症状明显改善，且状况稳定；辅助检查如心电图、超声等无明显异常指征；患者生活质量改善，情绪稳定，可采取问诊以及量表评估等方式，对患者情绪状态进行评估；符合以上标准者  $\geq 55\%$ 。

3. 专病特色科室“双心”患者家庭医生服务签约率  $\geq 90\%$

4. “双心”疾病患者的中医药治疗率  $\geq 50\%$

### 三、建立防控医疗风险保障措施

### （一）心脏疾病应急风险预案

1. 发现心脏急危重症患者如急性冠脉综合征、恶性心律失常、急性心功能不全，主动脉夹层等。通知上级医师及医务科，立即抢救，联系直系家属并告知病情，签字，及时转诊。

2. 6 小时内完成抢救病历，包括护理记录。

3. 组织病历讨论。

4. 两周内对患者进行随访，规范化管理。

### （二）心理疾病风险预案

最重要的是突出高危病人的识别，防自杀风险。

1. 在门诊中经过心理量表筛查和全科医师判断存在心理问题的患者，转诊于专科门诊进行明确诊断。

2. 如果经过基层医疗机构初筛，建议其去专科医院就诊，患者拒绝，应签署知情同意书及联系监护人和亲属，或者上报有关部门劝阻患者就诊。

3. 在临床诊疗中若发现心脏病患者合并心理疾病，如抑郁症，躁狂，谵妄等，尤其是有自杀倾向者，及时上报医务部门，并告知患者直系亲属或法定监护人，向其交待病情并及时转诊至专科医院或医联体的定点科室。对于独自前来就诊的患者，做好首诊负责制，联系好患者直系亲属或法定监护人，至患者直系亲属或法定监护人来院。做好病人安抚及监护。

4. 做好患者病历记录。

5. 两周内对患者进行随访，规范化管理。

树立医疗风险防范意识，要求全科医师掌握“双心”疾病相关急性并发症的处理原则，严格掌握危重及疑难患者转诊指征；制定完善的医疗风险防控预案，规范患者转诊流程，保障患者及时得到有效地诊治。

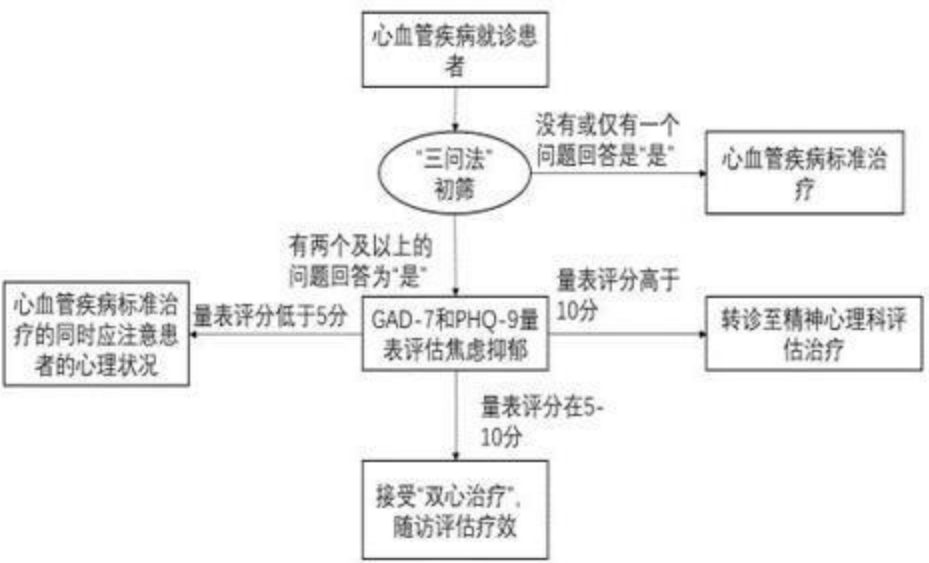
### （三）急性事件的具体应对措施（详见附件 2）



#### 四、诊疗流程

基层医疗卫生机构应承担“双心”疾病的健康教育、筛查、诊断、治疗以及长期随访管理工作，识别出不适合在基层诊治的“双心”疾病患者并及时转诊。（具体诊疗流程详见附件3）

图 1 “双心”疾病诊治流程图



临床合并心理问题最常见的心血管疾病为冠心病，以下以冠心病为例，对“双心”疾病的基层社区卫生管理加以介绍。

附件：

冠心病合并心理疾病（双心）专病特色科室建设评估标准

## 附件

## 冠心病合并心理疾病（双心）专病特色科室建设评估标准

## 一、必备条件(准入标准)

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料 准备	<ul style="list-style-type: none"> <li>至少有 1 名副高级以上专业技术职称人员作为学科带头人</li> <li>至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有专病专长的全科医师</li> <li>至少有 2 名参加市级“双心”专病培训合格的护士，掌握“双心”筛查量表应用和相关技能等。</li> <li>申报当年必须参加由北京市统一组织的专病规范培训</li> <li>检查方法：相关支持性材料（培训证书、学分证书、培训通知等）</li> </ul>
1-2	设施	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>独立安静的心脏功能检查区域，使用面积<math>\geq 10\text{m}^2</math>。</li> <li>独立使用的心理评估区域，使用面积<math>\geq 8\text{m}^2</math>。</li> <li>检查方法：现场查看</li> </ul>
1-3	心脏及心理功能评估设备	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>科室配备与 PHQ-9，GAD-7 等焦虑抑郁自评量表相关的软件系统、心电图机</li> <li>中心配备检测血常规、生化、心血管彩色超声，24 小时动态心电图、动态血压检测设备</li> <li>检查方法：现场核查，设备清单</li> </ul>

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-4	药物配备	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>•具有冠心病常见药物如<math>\beta</math>受体拮抗剂、钙通道阻滞剂、他汀类药物、ACEI 和 ARB 类药物、抗血小板药物等。</li> <li>•具有 5-羟色胺再摄取抑制剂、5-羟色胺受体类相关药物、苯二氮草类等有安全性证据用于心血管疾病患者的抗抑郁焦虑药物。</li> <li>•具有宁心安神、化痰行气，益气活血通脉等辅助“双心”治疗的药物。</li> <li>•检查方法：HIS 系统现场检查或医生门诊工作站及药房现场检查</li> </ul>

## 二、评分标准细则

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
1	人员配备		5
1-1	专病科室医生	<ul style="list-style-type: none"> <li>•至少有 1 名副高级以上专业技术职称人员作为学科带头人</li> <li>•至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有心脏、心理疾病防控专长的全科医师</li> </ul>	3
1-2	专病科室护士	至少有 2 名心脏、心理疾病防治专长的护士，熟练掌握“双心”筛查量表应用和相关技能等	2
2	设施、设备		6
2-1	心脏功能检查区域	区域面积 $\geq 10\text{m}^2$ 、悬挂“双心门诊”统一标识标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板	0.5
		专病知识宣传栏、公示“双心”疾病签约服务包	0.5
2-2	心理问题评估检测区域	区域面积 $\geq 8\text{m}^2$	0.5
		相关知识宣传栏	0.5

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
2-3	心脏功能检测设备(* 医联体医院具备)	心理评估量表 PHQ-9、GAD-7 相关的软件系统 (专病科室)	1
2-4		心电图 (专病科室)	0.5
2-5		心血管彩色超声	0.5
2-6		24 小时动态心电图	0.5
2-7		动态血压	0.5
2-8		*心脏分子标志物快速检测仪 (POCT)	0.5
2-9		具有检测常规生化、*血凝、*甲功等检测设备	0.5
3	药品		5
3-1	心脏疾病药物治疗	抗血小板药物	0.5
3-2		$\beta$ 受体阻滞剂	0.5
3-3		硝酸酯类	0.5
3-4		ACEI/ARB 类	0.5
3-5		钙通道阻滞剂	0.5
3-6	心理问题药物治疗	5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRI)	0.5
3-7		去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂(NDRIs)	0.5
3-8		去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁药	0.5
3-9		5-羟色胺再摄取抑制剂	0.5
3-10		“双心” 治疗相关中成药	0.5
4	专病特色科室工作方案及管理制度		8
4-1	制定工作方案	专病特色科室方案包括: 领导小组, 组织架构, 科室设置, 建设思路等	2
4-2	制定工作制度	包括专病特色科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度, 设施设备管理制度, 双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、诊疗流程、技术规范、服务流程、	2

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
		“双心”患者签约服务包等。	
4-3	制定各岗位人员职责	至少包括全科医生、社区护士、培育基地专家岗位职责	2
4-4	制定医疗风险防控预案	应包括医疗风险防控预案、冠心病急性加重识别与处理等	2
<b>5</b>	<b>工作数量</b>		<b>19</b>
5-1	问卷筛查	“双心”疾病问卷筛查数大于等于 300 例/年	4
5-2	“双心”疾病诊断量	在机构确诊的“双心”疾病患者例数（ $\geq 150$ 例/年）	5
5-3	“双心”疾病门诊量	“双心”疾病患者年就诊人次（ $\geq 200$ 人次/年）	4
5-4	心理咨询工作量	提供心理咨询人次（ $\geq 200$ 人次/年）；对于有心理问题的“双心”患者进行谈话咨询，每年每人不少于 2 次。	4
5-5	确诊患者人数逐年递增	逐年递增例数（不少于 30 例/年）	2
<b>6</b>	<b>医疗质量</b>		<b>8</b>
6-1	建立数据库	建立双心患者数据库，利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“双心门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等，数据库内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。	2
6-2	病历质量控制	建立双心病历质量控制制度；每个季度至少一次病历质控核查，核查不少于 30 份，有汇总、分析、问题整改记录（详见病历质量核查表）。病历质量合格率 $\geq 90\%$	4
6-3	处方点评制度	每月定期进行双心门诊处方点评，每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、分析及反馈（详见处方质量核查表）。处方质量合格率 $\geq 90\%$	2

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
7	培育基地与专病特色 科室联动建设		5
7-1	三级或专科医疗机构 培育基地专家社区“双 心”门诊带教指导	每月不少于 2 个门诊单元，其中一次应为门诊 出诊，另一次可以带教、授课、查房形式落实， 专家和时间相对固定；科室需留存完整的资料 （专家本人签字考勤表、处方、劳务凭单；授 课通知、人员签到、现场照片及课件、病例讨 论记录等）	2
7-2	畅通双向转诊绿色通 道	建立与培育基地双向转诊通道，为患者提供顺 畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药 衔接。上转及下转诊情况均应记录在健康档案 或诊疗病历中	3
8	培训考核		6
8-1	人员培训	申报当年全科医生、护士必须参加由北京市统 一组织的“双心”专病规范培训	2
8-2	人员进修	申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护 士应到培育基地或上级医院心脏、心理学科完 成累计不少于一个月的进修学习，市级评审通 过后，每两年到培育基地完成一次进修学习， 时间不少于一个月	2
8-3	人员考核	专病科室全科医生、护士进修参加过程性操作 考核，考核合格	2
9	健康教育		4
9-1	“双心”疾病相关公众 健康教育（次/年）	“双心”疾病相关公众健康教育 $\geq 4$ 次/年，线 下每次参与人数 $\geq 30$ 人	4
10	专病科室评估指标		14
10-1	“双心”疾病患者家庭 医生服务签约	“双心”疾病患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$	4
10-2	“双心”疾病患者规范 管理	“双心”疾病患者规范管理率 $\geq 80\%$	4

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
10-3	“双心”疾病患者病情控制	符合病情控制标准者 $\geq 55\%$	3
10-4	开展“双心”患者中医药治疗	“双心”疾病患者的中医药治疗率 $\geq 50\%$	3
<b>11</b>	<b>临床能力考核指标</b>		<b>20</b>
11-1	专病特色科室全科医生	针对“双心”病例，现场考核全科医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
11-2	专病特色科室护士	针对“双心”病例，现场考核护士“双心”心理评估量表 PHQ-9、GAD-7 相关的软件系统使用和患者健康教育等	8



## 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 双心门诊病历质量评分标准

机构名称：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者姓名：

病案号：

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
<b>1.基本信息 10分</b>	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10		
<b>2.主观资料 (S) 25分</b>	1.主诉：主要症状+时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否	
	2.现病史：无现病史描述不得分；与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果,扣1分；未记录重要检查结果,扣1分。	6		
	3.既往史：未记录与本病诊断相关的既往病史,扣2分;无药物过敏史,少一项扣2分。	4		
	4.家族史：未记录家族史，扣4分；记录不全，扣2分；未记录家族遗传病史扣1分。	4		
	5.生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠、食盐、心理，少一项扣1分。	5		
<b>3.客观资料 (O) 25分</b>	1.一般检查：T、P、R、B、P，体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2		
	2.体格检查：心肺检查及与专病相关的重要查体，参照专病评估标椎，少一项扣1分。	8	请记录必须检测项目有否	
	3.辅助检查：（1）与专病相关的重要实验室检查项目，参照专病评估标椎，少一项扣1分。	6	请记录必须检测项目有否	

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
	（2）其他辅助检查：与专病相关的影像检查 及医联体内提供的检查项目，参照专病评估标 准，少一项扣 1 分。	4	请记录必须检测项目有否	
	（3）各种问卷及筛查量表，参照专病评估标 准，少一种扣 1 分。	5		
<b>4.评价 (A) : 20 分</b>	1.诊断分析：无诊断,不得分;诊断不规范或不 准确,扣 4 分;待查无印象诊断,扣 4 分。	8	冠心病/心理状态无诊断 或 诊断不规范，为单否	
	2.鉴别诊断：鉴别诊断不全或依据不足，一 项 扣 3 分。	6		
	3.存在健康问题：未描述与专病相关的重要健 康问题，不得分；描述不全扣 3 分。	6		
<b>5.诊疗计划 (P) 20 分</b>	1.辅助检查计划:安排与专病相关的必要的辅 助检查，参照专病指南规范，少一项扣 1 分。	5		
	2.治疗计划：（1）药物治疗计划：与专病相 关的合理用药，参照专病指南规范，用 药不合 理一项扣 1 分。	5	无诊疗计划，为单否	
	（2）非药物治疗计划：运动、饮食、生活 方 式、心理指导；针对存在的健康问题进 行个体 化指导，少一项扣 1 分	5		
	3.转诊计划:根据专病转诊标准，必要时转 至 上级医院，未及时转诊不得分。	5		
合计得分		100		

评估专家签字：

评估机构负责人签字：

说明：

1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。
2. 合格病历标准：每份病历 $\geq 85$  分。

## 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 双心处方核查表

机构名称：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2 分)	药品种类 (2 分)	合理用药 (2 分)	用法用量 (2 分)	诊断 (2 分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

处方合格率=抽查的合格处方得分/30\*10\*100%;

得分=处方合格率\*2 分

评估专家签字：

评估机构负责人签字：

### 处方核查标准：

1. 基本信息：处方前记书写缺项 [姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号]，减 1 分/项；处方后记书写缺项(医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额)，减 1 分/项。
2. 药品种类：每张处方不得超过 5 种药，每多一种扣 1 分。
3. 联合用药：药品种类如果超过 1 种，联合用药不适应扣 1 分；存在配伍禁忌或者不良相互作用，扣 1 分。
4. 用法用量：药品用法用量书写不规范，减 0.5 分/项；普通处方超过 7 日 用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未 加说明，减 0.5 分/项；药品剂型或给药途径不适宜，扣 1 分。
5. 诊断：无诊断不得分，适应证不适宜扣0.5 分；诊断书写不规范或不完整 扣 0.5 分，药品与诊断不相符扣 0.5 分。

建专病科室 强基层能力



## 北京市社区卫生服务机构 双心专病特色科室建设 项目介绍

北京市社区卫生协会 何永洁

2025 年6月23日



## 目录

CONTENTS

- 01 北京市社区专病特色科室建设项目进展
- 02 2025年北京市专病特色科室建设标准及程序
- 03 2025年双心专病特色科室建设标准
- 04 2025年专病特色科室建设安排及要求

## 01

### 北京市社区专病特色科室 建设项目进展



建设目的

贯彻落实党的二十大报告，以及《健康中国行动（2019—2030年）》一系列文件要求，加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设，北京市卫生健康委员会自2021年至2024年每年均制定下发《关于开展社区卫生服务机构专病特色科室建设的通知》，至今，已连续五年开展社区卫生服务机构专病特色科室建设工作，旨在增强基层医疗机构的医疗服务能力，提升医疗服务水平，将三级医院和专科医疗机构的优质医疗资源下沉社区，促进分级诊疗制度的建立和有序的医疗格局形成，提高老百姓的获得感。

出台文件

北京市卫生健康委员会文件

京卫基层〔2021〕13号

北京市卫生健康委员会  
关于开展社区卫生服务机构  
专病特色科室建设的通知

各区卫生健康委、经济技术开发区社会工委、各有关单位：  
为进一步提升基层医疗卫生机构服务能力，促进分级诊疗制度建立，提升基层医疗卫生机构服务能力，现就开展社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

北京市卫生健康委员会

京卫基层〔2022〕24号

北京市卫生健康委员会关于  
做好2022年度社区卫生服务机构  
专病特色科室建设有关工作的通知

各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会工委、各三级医疗机构、专科医院：  
根据《北京市卫生健康委关于进一步做好社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》（京卫基层〔2022〕13号）等要求，本通知就做好2022年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

北京市卫生健康委员会

京卫基层〔2023〕15号

北京市卫生健康委员会  
关于做好2023年度社区卫生服务机构  
专病特色科室建设工作的通知

各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会工委、各三级医疗机构、专科医院：  
根据《北京市卫生健康委关于进一步做好社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》（京卫基层〔2023〕15号）等要求，本通知就做好2023年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

北京市卫生健康委员会

京卫基层〔2024〕15号

北京市卫生健康委员会  
关于做好2024年度社区卫生服务机构  
专病特色科室建设工作的通知

各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会工委、各三级医疗机构、专科医院：  
根据《北京市卫生健康委关于进一步做好社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》（京卫基层〔2024〕15号）等要求，本通知就做好2024年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

建设要求

明确以医联体为依托、以健康档案为核心，以信息化技术为手段，通过开展社区卫生服务机构专病特色科室建设，将以人的健康理念全面融入社区卫生服务机构科室环境、建设布局、服务流程、诊疗方案以及健康管理等各环节，拓展服务范围、统一服务标准、理顺工作流程、建立协作机制、完善运行管理，不断提升基层医疗卫生服务能力，实现对患者全过程、全周期的高质量健康管理。

建设目标

- “十四五”期间，全市建设完成300个社区卫生服务机构专病特色科室
- 力争全市每家社区卫生服务机构均至少建一个专病特色科室

完成情况

2024-2021年度社区卫生服务机构专病特色科室建设合格情况

专病名称	总数	2024	2023	2022	2021
高血压病	103	42	26	16	19
2型糖尿病	113	44	32	23	14
冠心病合并心理疾病	18	4	6	3	5
脑卒中	25	9	2	6	8
慢阻肺病	41	22	8	5	6
骨质疏松症	46	16	9	8	13
康复	28	4	5	4	15
牙周病	18	14	4		
儿科	9	4	5		
小儿推拿	11	3	8		
中医痹症	46	26	20		
中医脾胃病	27	17	10		
脂肪肝	13	13			
合计	498	218	135	65	80

2024-2021年度三级医院和专科医疗机构培育基地建设情况

完成情况

专病名称	总数	2024	2023	2022
高血压病	68	32	23	13
2型糖尿病	66	29	21	16
冠心病合并心理疾病	13	4	6	3
脑卒中	15	8	2	5
慢阻肺病	32	19	8	5
骨质疏松症	30	14	8	8
康复	12	3	5	4
牙周病	11	8	3	
儿科	9	4	5	
小儿推拿	9	3	6	
中医痹症	44	25	19	
中医脾胃病	24	15	9	
脂肪肝	7	7		
合计	340	171	115	54

各区情况

专病名称	东城	西城	朝阳	海淀	丰台	石景山	大兴	通州	顺义	门头沟	房山	昌平	平谷	怀柔	延庆	密云	经开
高血压病	3	7	14	10	7	5	7	7	4	2	5	9	1	3	8	10	1
2型糖尿病	7	8	19	12	12	3	9	10	5		3	4	2	10	2	7	
冠心病合并心理疾病		1	5	2	2			4			1	2				1	
脑卒中		3	4	4	5		1	4			1	1	2				
慢阻肺病	3	4	7	3	5	1	2	4	1			4		2	1	4	
骨质疏松症	3	6	8	7	3	2	2	4		1	1	3	1	1		4	
康复	1	4	5	5	2	1	2	2			1		1	3	1		
牙周病		1	6	5	4						2						
儿科			4		1			1				3					
小儿推拿		1	2	1	5		1	1									
中医痹症	4	1	10	3	6	2	1	6			5	3			1	4	
中医脾胃病	2	2	5	2	1	1	4	5			1	1	1			2	
脂肪肝		3	2	1	5			2									
合计	23	41	91	55	58	15	29	50	10	3	20	30	8	19	13	32	1



02

北京市专病特色科室建设标准及程序

二、专病特色科室建设标准及程序

**培育基地基本条件：**在三级医疗机构或专科医疗机构的专业科室为单位开展培育基地建设。具备以下条件的医疗机构，均可向市卫生健康委申请成为北京市社区专病特色科室培育基地。

1.应是辖区综合医联体、专科医联体核心医院或区域医疗中心。鼓励具有国家级或北京市临床重点专科项目或相关专业住院医师规范化培训基地资质的医疗机构开展培育基地建设。

2.医疗机构重视，有相关主管部门和专人负责，能组建专业团队，选派具有副高以上专业技术职称的专家主动帮扶社区卫生服务机构专病特色科室建设。

22



## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 培育基地基本条件：

3.按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，在全市范围内承担一定数量的社区专病特色科室建设任务。

4.制定专家下社区计划，培育基地专家需完成每月不少于2个门诊单元，其中一次为门诊出诊，其他可以通过查房、带教、授课等方式落实形式不限（应在机构实现）；接收社区专病特色科室医护人员进修，带动提升诊疗水平与健康管理能力（**机构留存完整资料**）。

5.在评优和晋升方面给予承担任务的科室和人员适度政策倾斜。

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 社区专病特色科室基本标准：

1.人员资质。具备提供相应特色服务的执业资质。科室带头人应具备副高级及以上专业技术职称并取得相关技术准入资格（**儿科、牙周病可以中级高年以上专业技术职称；更年期保健妇科资质；创面门诊医护相关培训合格证书**）。

2.设施、设备。有开展专病特色科室的独立诊室，设备及设施符合要求。有统一的专病特色科室标识标牌、专家公示、门诊简介、服务流程、科普宣传板及相关规章制度等

3.医疗健康服务。严格执行诊疗指南和技术规范，提供预约转诊服务，门诊量达到一定数量要求。培育基地专家应定期到专病特色科室执行出诊、查房、带教、授课等任务。对签约家庭医生患者实行责任制管理。定期开展处方点评，加强医疗质量控制。

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 社区专病特色科室基本标准：

4.协作机制。与培育基地建立双向转诊通道，为患者提供连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。**申报当年**，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习，市级评审通过后，每两年到培育基地完成进修学习，时间不少于一个月。

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 社区专病特色科室基本标准:

5.信息化支撑。社区卫生服务机构和培育基地同属一个医疗联合体的，应努力实现信息数据互联互通与共享，支持健康档案、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等业务协同。鼓励非同一个医联体内的社区卫生服务机构和培育基地实现服务和健康信息数据协同共享。

6.完善规章制度。建立配套规章制度，明确岗位职责。制定诊疗规范、技术操作规程和服务流程，有防控医疗风险的质量控制措施。



## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序:

#### 申报专病特色科室

拟开展社区专病特色科室建设的社区卫生服务机构，向区卫生健康委提出申请，并提交本机构人员、科室现状等基本情况，由区卫生健康委初审同意后报市卫生健康委备案，确定为社区专病特色科室建设单位。项目办公室设在北京市社区卫生协会。



## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序:

#### 遴选确定培育基地

根据社区卫生服务机构申报情况，有意愿申请培育基地的医疗机构的专业科室，将相关资料报市卫生健康委。符合条件的认定为北京市社区专病特色科室培育基地联合申报（培育基地专家未下社区为一票否决，不予挂牌），加挂“北京市社区卫生服务机构\*\*专病特色科室建设培育基地”牌匾。



## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序:

#### 联合申报

按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，培育基地与建设单位沟通协商或经统筹安排，由双方同意后，联合向市卫生健康委提出社区专病特色科室建设申请。在保证质量的基础上，培育基地可同时与多个建设单位建立协作关系开展专病特色科室建设。

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序:

#### 建设提升与机构自评

建设单位对照培育基地制定的专病特色科室具体标准开展不少于5个月的建设时间，提升服务能力和管理水平。自评合格后将区卫生健康委审核同意的自评材料报市卫生健康委。社区专病特色科室医护人员均应参加全市统一举办的专题培训，并通过考核合格。

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序:

#### 市级评审与认定

- 1.书面审查。市卫生健康委组织三级医疗机构或专科医疗机构以及社区卫生服务机构专家成立评审组，依据社区专病特色科室建设基本标准对自评材料进行书面审查，符合条件的进入技术评审程序。
- 2.现场评审。结合自评材料，评审组进行现场评审，对申报专病特色科室的建设优势、发展潜力、整体建设目标的合理性和可行性，以及重点发展的诊疗技术的应用性、先进性、科学性进行全面审核，并对医护人员进行专病诊疗能力考核。
- 3.确认与授牌。评审采取百分制，85分及以上为合格；75-84分为限期整改，可在下一年进行申报。达到合格要求的达到合格要求的科室确认为社区专病特色科室，并授予“北京市社区卫生服务机构专病特色科室”牌匾。（培育基地专家下社区计划不合格的双方均不予授牌）

## 二、专病特色科室建设标准及程序

### 建设程序：

#### 定期复核

通过市级复核的专病特色科室每年开展一次自评，市卫生健康委每两年组织一次复核，不合格的将撤销专病特色科室资格。

---

---

---

---

---

---

---

---



03

## 2025年双心专病特色科室建设标准

---

---

---

---

---

---

---

---

## 三、双心专病特色科室建设标准

### 建设目的

冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）是一种临床最为常见的心血管疾病之一，在严重威胁人类健康的同时，也为国家增加了沉重的医疗负担。数据显示，其每年新增患者为 200 万人，年死亡患者为 165 万人。尽管诊疗技术不断提高，冠心病的发病率和死亡率仍呈上升趋势，现研究认为与心理因素的作用密切相关。流行病学调查显示，冠心病患者中约有 20%-70% 伴发心理问题，心理问题不仅影响冠心病的治疗，同时也对患者的预后造成不良影响。



---

---

---

---

---

---

---

---

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 建设目的

基层医疗卫生服务体系是提供公共卫生与基本医疗服务的重要载体，在人群防治常见慢性疾病中发挥重要作用。为了改善冠心病患者的预后以及提高其生活质量，在基层医疗服务体系中建设具有双心疾病诊治能力的特色科室对于双心疾病的诊治、改善预后具有重要意义。同时有利于推进双向转诊体系建设，完善基层医疗卫生服务机构的功能，提升基层医疗卫生机构在慢性心血管疾病领域的服务能力和服务水平，减轻国家慢性疾病负担。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （一）人员配置

- 1.具备开展专病特色服务的医务人员，团队成员均要有相应的执业资质；至少有 1 名副高级及以上职称全科医师作为学科带头人。
- 2.至少有1名中级、1 名初级及以上职称的具有心脏、心理疾病（简称“双心”）专长全科医师。
- 3.至少有2名参加市级“双心”专病培训合格的护士，掌握“双心”筛查量表应用和相关技能等。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （二）设备、设施及药品

- 1.设施：有开展“双心”专病特色科室独立诊室，使用面积不低于 10 平方米；独立使用的心理评估区域，使用面积不低于 8 平方米；统一标识标牌，统一诊疗服务流程图等。

##### 2.设备及检查项目

诊室基本设备：检查诊床（有拉帘）、听诊器、血压计、心电图机、全科诊疗工具壁挂、配备计算机硬件及网络、打印机等。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

(二) 设备、设施及药品

2.设备及检查项目

机构必备设备: 专病特色诊室应配备与 PHQ-9, GAD-7 等焦虑抑郁自评量表相关的软件系统、心电图机、常规生化、24 小时动态心电图、动态血压检测设备等。

机构能提供必要检验项目: 心血管彩色超声, 心脏分子标志物快速检测仪 (POCT) 血凝、甲功等检测检查项目等 (医联体提供也可)。

机构可选择提供的检查项目: 远程心电图检查、精神压力诱发心肌缺血检查。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

(二) 设备、设施及药品

3.药品: 应配备冠心病合并心理问题常用药物, 包括但不限于以下药物: 改善心脏供血不足的药物(主要包括硝酸酯类、β受体阻滞剂、钙离子拮抗剂)、抗血小板药物、改善冠心病远期预后的药物、改善心理状态的药物, 宜选用有安全性证据药物。用于心血管疾病患者的抗抑郁焦虑药物: 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂、苯二氮草类等。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

(三) 工作方案及管理制度

1.制定“双心”特色科室建设工作方案, 包括领导小组, 组织架构, 科室设置, 特色科室建设思路等。

2.制定“双心”门诊特色科室工作制度, 包括科室管理制度、人员管理及绩效考核, 双向转诊制度, 患者健康教育制度、质量管理制度、诊疗流程、技术规范、服务流程、“双心”患者签约服务包等。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （三）工作方案及管理制度

3.制定诊疗流程、技术规范、医疗风险防控预案：应包括医疗风险防控预案、冠心病急性加重识别与处理等。

4.制定人员岗位职责：至少包括专病科室全科医生和护士职责。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （四）工作数量

1.可疑双心患者或明确诊断冠心病患者到机构就诊时进行问卷筛查数大于等于300例/年。

2. 管理确诊“双心”患者达到100人,逐年递增不少于30例。

3. “双心”患者就诊累积人次不低于200例次/年。

4.提供心理咨询人次（≥200人次/年），对于有心理问题的双心患者进行谈话咨询每年每人不少于2次。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （五）医疗质量管理

##### 1. 建立“双心”患者数据库

能通过信息化数据平台，对本机构就诊的脂肪肝患者建立电子健康档案，可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“双心门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等，进行双心患者健康管理，内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

(五) 医疗质量管理

2. 病历质量控制

自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，根据病历完整性、检查及时性、管理规范性等指标，评估“双心”患者的筛查、诊断、治疗的准确性及合理性。（详见病历质量核查表），病历质量合格率 90%以上。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

(五) 医疗质量管理

3. 建立处方点评制度：每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、有分析、针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90%以上。

4. 焦虑抑郁量表筛查的数量与质量的控制。

### 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设双心门诊病历质量评分标准

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1. 基本信息 10分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10		
2. 主诉现病史 (S) 25分	1. 主诉：主要症状-时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否	
	2. 现病史：无现病史描述不得分；与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果，扣1分；未记录重要检查结果，扣1分。	6		
	3. 既往史：未记录与本病诊断相关的既往病史，扣2分；无药物过敏史，少一项扣2分。	4		
	4. 家族史：未记录家族史，扣4分；记录不全，扣2分；未记录家族遗传病史扣1分。	4		
	5. 生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠、饮食、心理，少一项扣1分。	5		
3. 客观资料 (O) 25分	1. 一般检查：T、P、R、B、P、体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2		
	2. 体格检查：心肺检查及与专病相关的重要查体，参照专病评估标准，少一项扣1分。	8	请记录必须检测项目有否	
4. 评估 (A)：20分	1. 诊断分析：无诊断，不得分；诊断不明确或不准确，扣4分；待查无印象诊断，扣4分。	8		
	2. 鉴别诊断：鉴别诊断不全或依据不足，一项扣3分。	6		
	3. 存在健康问题：未描述与专病相关的重要健康问题，不得分；描述不全扣3分。	6		
5. 诊疗计划 (P) 20分	1. 辅助检查计划：安排与专病相关的必要的辅助检查，参照专病指南规范，少一项扣1分。	5		
	2. 治疗计划：(1) 药物治疗计划：与专病相关合理用药，参照专病指南规范，用药不合，扣1分。	5		
	(2) 非药物治疗计划：运动、饮食、生活方式、心理指导；针对存在的健康问题进行个体化指导，少一项扣1分。	5		
	3. 转诊计划：根据专病转诊标准，必要时转上级医院，未及转诊不得分。	5		
合计得分		100		

说明：  
1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。  
2. 合格病历标准：每份病历≥85 分。

评估专家签字：\_\_\_\_\_ 评估机构负责人签字：\_\_\_\_\_



2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设双心处方核查表

机构名称: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2分)	药品种类 (2分)	合理用药 (2分)	用法用量 (2分)	诊断 (2分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

处方合格率=抽查的合格处方得分/30\*100%； 得分=处方合格率\*2分

评估专家签字: \_\_\_\_\_ 评估机构负责人签字: \_\_\_\_\_

处方核查标准:

1. 基本信息: 处方前记书写缺项 [姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号], 减 1 分/项; 处方后记书写缺项(医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额), 减 1 分/项。

2. 药品种类: 每张处方不得超过 5 种药, 每多一种扣 1 分。

3. 联合用药: 药品种类如果超过 1 种, 联合用药不适应扣 1 分; 存在配伍禁忌或者不良相互作用, 扣 1 分。

4. 用法用量: 药品用法用量书写不规范, 减 0.5 分/项; 普通处方超过 7 日 用量, 急诊处方超过 3 日用量, 慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明, 减 0.5 分/项; 药品剂型或给药途径不适宜, 扣 1 分。

5. 诊断: 无诊断不得分, 适应证不适宜扣 0.5 分; 诊断书写不规范或不完整 扣 0.5 分, 药品与诊断不相符扣 0.5 分。

三、双心专病特色科室建设标准

科室建设条件

(六) 医联体特色专科联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构专家下社区

建立“双心”门诊分级诊疗制度, 社区卫生服务机构专病特色科室同 三级或专科医疗机构培育基地建立联动机制, 建立密切合作。培育基地副 高职称以上专家需完成每月不少于 2 个社区门诊单元, 其中一次为门诊出 诊, 另一次可以带教、授课、查房等形式落实, 专家和时间相对固定。专 家未下社区或资料不真实为专病科室 “一票否决” 为不合格。

三、双心专病特色科室建设标准

科室建设条件

(六) 医联体特色专科联动建设

科室需留存完整的资料, 包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务 凭单; 讲课通知、签到、照片、课件; 会诊记录等。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务, 推动社区双心疾病防治水平的提升。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与培育基地双向转诊通道, 为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务, 实现慢性病患者用药衔接。上转及下转诊情况均应记录在健康档案。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### (七) 开展家庭医生签约服务

开展“双心”患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，对签约患者应实行连续综合的责任制管理，签订个性化“双心”服务包，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务。规范化管理包括门诊面对面随访每年至少4次。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### (八) 人员培训、进修及考核

1.人员培训、进修：专病特色科室的全科医生和社区护士，申报当年均需参加由北京市组织的专病统一培训（心脏疾病、心理问题、心脏基本检查相关知识和技能）。

2.申报当年，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习、市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。进修结束前，由带教老师进行相关知识技能考核合格。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### (八) 人员培训、进修及考核

3.人员考核：参加由市级组织的统一培训，并考核合格；进修结束前，由带教老师进行过程性及操作考核。

4.按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （九）开展健康教育活动

每年开展“双心”患者健康教育 $\geq 4$ 次，每次参与人数 30 人以上，培训形式应以线下为主。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （十）专病科室考核指标

1. “双心”疾病患者规范管理率达到 80%，一年至少四次面对面随访患者。

2. “双心”疾病患者控制率：患者心血管症状明显改善，且状况稳定；辅助检查如心电图、超声等无明显异常指征；患者生活质量改善，情绪稳定，可采取问诊以及量表评估等方式，对患者情绪状态进行评估；符合以上标准者 $\geq 55\%$ 。



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室建设条件

##### （十）专病科室考核指标

3. 专病特色科室“双心”患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

4. “双心”疾病患者的中医药治疗率 $\geq 50\%$



### 三、双心专病特色科室建设标准

#### 科室规章制度

- ✓ 双心特色科室工作方案
- ✓ 科室管理制度
- ✓ 人员培训制度
- ✓ 人员岗位职责
- ✓ 人员管理制度
- ✓ 绩效考核制度
- ✓ 医疗质量管理体系
- ✓ 设备设施管理制度
- ✓ 双向转诊制度
- ✓ 患者健康教育制度
- ✓ 双心患者家庭医生签约服务项目清单
- ✓ 护士工作制度及工作流程
- ✓ 提供心理咨询原则
- ✓ 双心门诊应急管理预案
- ✓ GAD-7焦虑筛查量表
- ✓ PHQ-9抑郁筛查量表

双心专病特色科室家庭医生签约服务项目清单

服务类别	服务项目	主要服务内容	收费标准
基本医疗	冠心病合并心理疾病（双心）	1. 建立个人健康档案；签订家庭医生服务协议；优先预约就诊。	收取家庭医生签约服务费个人自付部分
		2. 健康体检：为双心患者提供较全面的健康检查，包括常规体格检查；心电图、心血管彩超、24小时动态心电图、动态血压、心脏分子标志物快速检测（POCT）、常规生化、血凝、甲功等；心功能判断；PHQ-9、GAD-7量表评估；出具评估报告。	执行医保收费标准（机构不具备的检查项目转医联体上级医院）
		3. 分类干预：根据心脏和心理功能进行分层管理，提供面对面心理疏导和干预、心理测量、心理咨询，针对性的健康教育指导服务，个性化运动处方、营养处方等。	协议收费
		4. 随访评估：为双心患者每年可提供至少4次面对面的随访服务并评估疾病情况。	协议收费
		5. 优先参与活动：优先参加双心干预小组活动，慢病患者的家庭成员优先参加家庭保健员培养计划。	免费
		6. 转诊会诊：优先提供三级医院心血管专家及心理专家就诊绿色通道，会诊、转诊、点对点咨询及个性化治疗方案。	执行医保专家医事服务费
		7. 送药上门：符合条件的签约居民签署“送药上门服务协议书”后，可提供送药上门服务。	执行医保上门服务费
		8. 中医服务：有条件的机构可提供一年1-2次中医经络检测服务；中医体质辨识及中医药对“心身”疾患的治疗。	执行医保收费标准

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



04

2025年专病特色科室建设安排及要求

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

对2022年度确定的65个社区卫生服务机构专病特色科室开展两年复评，具体名单见《北京市卫生健康委员会关于公布2022年度社区卫生服务机构专病特色科室及培育基地名单的通知》（京卫基层〔2023〕9号）。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

确定联合建设单位经审核，确定194家社区卫生服务机构的265个专病特色科室符合申报条件，89家三级或专科医疗机构的196个培育基地符合申报条件，承担2025年度社区专病特色科室建设任务。

2025年双心联合申报建设合格单位

社区卫生服务机构专病特色科室		三级或专科医疗机构培育基地	
1	朝阳区亚运村社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京安贞医院双心医学中心	
2	朝阳区左家庄社区卫生服务中心	北京市第一中西医结合医院心内科	
3	海淀区万寿路社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京安贞医院双心医学中心	
4	丰台区新村社区卫生服务中心	北京中医药大学东方医院心血管科	
5	昌平区龙泽园社区卫生服务中心	北京市昌平区中医医院急诊科	

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（一）明晰权责，强化协同配合机制

各参与主体应严格遵循《北京市卫生健康委员会关于做好2022年度北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设有关工作的通知》（京卫基层〔2022〕26号）、《关于做好2025年社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》要求。区级卫生健康行政部门应切实履行主责单位职能，深化统筹协调效能，建立全过程督导机制，完善政策保障体系，重点在财政投入、设备配置、人才培养及绩效考核等领域实施专项支持。三级医疗机构及专科医院需充分发挥专业培育功能，建立紧密型协作网络，规范落实专家驻点指导、进修人员接收等制度，协助建设单位系统提升标准化建设水平。社区卫生服务机构要主动构建与培育基地的常态化对接机制，通过激励机制调动科室人员主观能动性，实质提升临床诊疗服务能力，切实满足基层群众健康需求。



四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(二) 规范实施，确保建设质效达标

各联合申报单位须严格对标建设标准开展专项工作，重点针对承担多学科建设任务的三级医院及专科医院，应建立内部人力资源统筹调配机制，确保各建设指标精准落地。项目建设周期须满5个月（实施时段为7月至11月），按期完成机构自评与市级评审程序。2025年度专病特色科室市级评审工作拟定于本年11月启动实施。

各单位应建立重点指标动态管理机制，特别是在工作数量、医疗质量、培育基地与专病科室联动发展等核心指标，建立高标准执行规范，确保建设成效达到预期目标。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(三) 深化交流，推进高质量发展进程

各区卫生健康行政部门应建立经验总结与成果转化机制，通过组织跨机构经验交流会、科室建设成果展等多元化形式，促进优质经验在辖区内的辐射推广。着力构建示范引领体系，强化宣传推广力度，切实提升基层医疗服务可及性，为居民提供优质、便捷、连续、综合的诊疗服务，全面推动社区卫生专病特色科室建设高质量发展。

结语

开展社区专病特色科室建设是均衡优质医疗资源配置、有效提升基层医疗服务能力的重要内容。也是推动基层高质量发展的重要举措。有助于引入新的诊疗技术和方法，推动医疗服务的创新；有助于提升患者看病就医体验；有助于推动分级诊疗制度建设。利用技术帮扶、人才培养、上下联动等多种方式，让更多优质医疗资源下沉基层，特别要对农村偏远地区加大帮扶力度，努力建设好社区专病特色科室，满足老百姓的需求。



建专病科室 强基层能力



提升基层医疗卫生服务能力

让我们共同努力！



---

---

---

---

---

---

---

---





## 我国心血管疾病现状

根据《中国心血管健康与疾病报告2022概要》

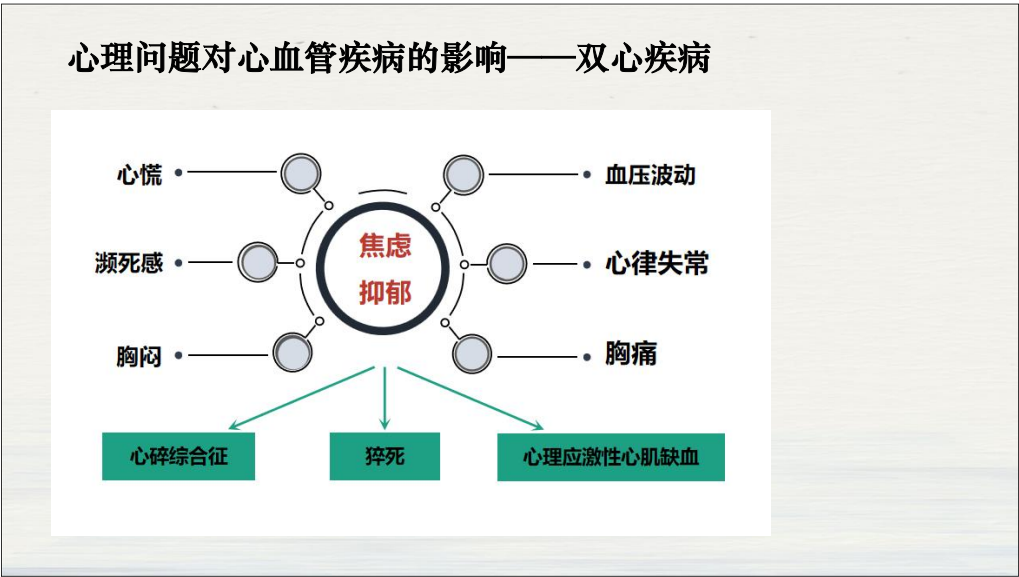
我国城乡居民疾病死亡构成比中，心血管疾病(CVD)占首位，2020年分别占农村、城市死因的48.00%和45.86%。

目前，我国心血管患病率处于**持续上升**阶段，据推算我国CVD现患人数**3.3亿**，冠心病**1139万**。



## 心血管疾病的危险因素





### 稳定性冠心病合并心理问题基层诊疗共识（2023年）

中华医学会心血管病学分会 中华医学会心身医学分会 中华医学会全科医学分会 中华医学会老年医学分会 中华医学会急诊医学分会 中华医学会风湿病学分会 中华医学会内分泌学分会 中华医学会妇产科学分会 中华医学会儿科学分会 中华医学会神经病学分会 中华医学会皮肤性病学分会 中华医学会影像学分会 中华医学会检验医学分会 中华医学会病理学分会 中华医学会药理学分会 中华医学会临床药学分会 中华医学会输血学分会 中华医学会介入医学分会 中华医学会微创医学分会 中华医学会康复医学分会 中华医学会物理医学与康复分会 中华医学会康复护理学会 中华医学会康复工程学分会 中华医学会康复心理学分会 中华医学会康复伦理学分会 中华医学会康复法学分会 中华医学会康复管理学分会 中华医学会康复经济学分会 中华医学会康复社会学分会 中华医学会康复文化学分会 中华医学会康复哲学分会 中华医学会康复神学分会 中华医学会康复宗教学分会 中华医学会康复艺术学分会 中华医学会康复体育学分会 中华医学会康复军事学分会 中华医学会康复法学分会 中华医学会康复管理学分会 中华医学会康复经济学分会 中华医学会康复社会学分会 中华医学会康复文化学分会 中华医学会康复哲学分会 中华医学会康复神学分会 中华医学会康复宗教学分会 中华医学会康复艺术学分会 中华医学会康复体育学分会 中华医学会康复军事学分会

中华医学会心血管病学分会 中华医学会心身医学分会 中华医学会全科医学分会 中华医学会老年医学分会 中华医学会急诊医学分会 中华医学会风湿病学分会 中华医学会内分泌学分会 中华医学会妇产科学分会 中华医学会儿科学分会 中华医学会神经病学分会 中华医学会皮肤性病学分会 中华医学会影像学分会 中华医学会检验医学分会 中华医学会病理学分会 中华医学会药理学分会 中华医学会临床药学分会 中华医学会输血学分会 中华医学会介入医学分会 中华医学会微创医学分会 中华医学会康复医学分会 中华医学会物理医学与康复分会 中华医学会康复护理学会 中华医学会康复工程学分会 中华医学会康复心理学分会 中华医学会康复伦理学分会 中华医学会康复法学分会 中华医学会康复管理学分会 中华医学会康复经济学分会 中华医学会康复社会学分会 中华医学会康复文化学分会 中华医学会康复哲学分会 中华医学会康复神学分会 中华医学会康复宗教学分会 中华医学会康复艺术学分会 中华医学会康复体育学分会 中华医学会康复军事学分会

中华医学会心血管病学分会 中华医学会心身医学分会 中华医学会全科医学分会 中华医学会老年医学分会 中华医学会急诊医学分会 中华医学会风湿病学分会 中华医学会内分泌学分会 中华医学会妇产科学分会 中华医学会儿科学分会 中华医学会神经病学分会 中华医学会皮肤性病学分会 中华医学会影像学分会 中华医学会检验医学分会 中华医学会病理学分会 中华医学会药理学分会 中华医学会临床药学分会 中华医学会输血学分会 中华医学会介入医学分会 中华医学会微创医学分会 中华医学会康复医学分会 中华医学会物理医学与康复分会 中华医学会康复护理学会 中华医学会康复工程学分会 中华医学会康复心理学分会 中华医学会康复伦理学分会 中华医学会康复法学分会 中华医学会康复管理学分会 中华医学会康复经济学分会 中华医学会康复社会学分会 中华医学会康复文化学分会 中华医学会康复哲学分会 中华医学会康复神学分会 中华医学会康复宗教学分会 中华医学会康复艺术学分会 中华医学会康复体育学分会 中华医学会康复军事学分会

### 双心疾病流行病学

大量研究显示，抑郁和焦虑是心血管疾病发病和预后不良的预测因子。焦虑使冠心病患者的死亡风险增加21%，抑郁可使无冠心病的患者未来发生冠状动脉事件的风险增加30%。冠心病患者抑郁发生率为15%~30%，经皮冠状动脉介入治疗（PCI）术后，冠心病患者抑郁、焦虑的发生率分别为36.09%、46.10%。

此外，冠心病患者抑郁的发生率具有性别差异，女性急性心肌梗死后抑郁的发生率是男性的2倍。

## SCAD合并抑郁、焦虑的危险因素

SCAD的危险因素包括血脂异常、高血压、糖尿病、遗传因素、体力活动减少、男性、年龄（中老年）、吸烟、饮酒、精神心理应激、抑郁、焦虑等。

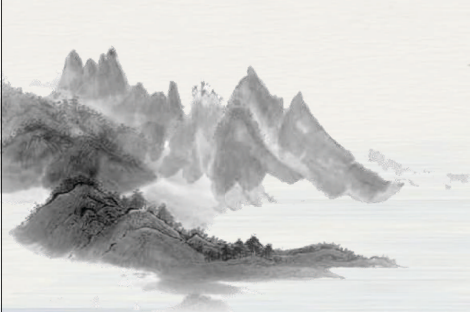
抑郁的危险因素包括女性、年龄（21~50岁）、社会经济地位低、人格特征（焦虑、抑郁、冲动）、社会环境（儿童负性事件、离异等）、躯体疾病（冠心病、糖尿病、帕金森等）、精神活性物质的滥用和依赖、药物因素等。

焦虑的危险因素包括遗传因素、社会环境（儿童负性事件等）、认知行为、人格障碍、躯体疾病等。



## SCAD合并抑郁、焦虑的发病机制

免疫-炎症反应、凝血系统激活、下丘脑-垂体-肾上腺（hypothalamic- pituitary- adrenal axis, HPA）轴亢进、交感-肾上腺髓质系统激活、自主神经功能紊乱、内皮功能损伤、5-羟色胺（5-HT）系统紊乱等。



## SCAD合并抑郁、焦虑的筛查诊断

症状  
体征  
相关病史  
心电图  
心肌标志物  
超声心动图  
CCTA/冠状动脉造影  
其他：静息或负荷心肌灌注显像、胸部X线



双心疾病的筛查——心理问题的初筛与评估

可采用“三问法”对可能有心理问题的患者进行初筛。  
“是否有睡眠不好，已经明显影响白天的心理状态或需要用药？”  
“是否有心烦不安，对以前感兴趣的事情失去兴趣？”  
“是否有明显身体不适，但多次检查都没有发现原因？”  
如果有2个及以上回答“是”，则患者存在心理问题的可能性约为80%，需进一步进行抑郁、焦虑评估。

PHQ 9 项评估表				
总分：0-4 正常；5-7 抑郁倾向；8-14 轻度抑郁；15-21 中度；22-27 重度				
	从没有	有几天	一半天数以上	几乎每天
1 对事情没有兴趣	0	1	2	3
2 感到情绪底下，抑郁，没有希望	0	1	2	3
3 无法入睡或睡眠时间过长	0	1	2	3
4 感到疲倦或没有精力	0	1	2	3
5 没有胃口或狂吃	0	1	2	3
6 感到对自己内疚或感到自己是失败者或造成家人不成功	0	1	2	3
7 做事时无法精力集中，如读报或看电视	0	1	2	3
8 走动或说话相当慢或超出寻常的兴奋和走动	0	1	2	3
9 想到最好死了算了或自我伤害	0	1	2	3
总分				

GAD7 项评估表				
总分：0-4 正常；5-6 焦虑倾向；7-10 轻度焦虑；11-17 中度；18-21 重度				
	从没有	有几天	一半天数以上	几乎每天
1 感到不安、担心、烦躁或者易怒	0	1	2	3
2 不能停止或无法控制担心	0	1	2	3
3 对各种各样的事情担忧过多	0	1	2	3
4 很紧张，无法放松	0	1	2	3
5 非常焦躁，以至无法静坐	0	1	2	3
6 变得很容易怒或躁动	0	1	2	3
7 担忧会有不祥的事情发生	0	1	2	3
总分				

双心疾病的筛查——鉴别诊断

基层医师可通过病史、症状、体征及客观检测指标，如心电图、心脏标志物、超声心动图和胸部X线等，初步判断是因心理问题导致的，还是ACS发作以及冠心病以外的心脏疾病、非心脏疾病（如消化系统疾病、胸壁疾病、肺部疾病、皮肤疾病等）导致的。对于无法明确诊断的患者，需及时转诊上级医院。

双心疾病的转诊

合并严重抑郁、焦虑障碍的患者需转诊精神心理科。  
合并心理问题的患者若存在沟通障碍、人格障碍、精神障碍等，需及时转诊上级医院精神心理科。  
合并心理问题的患者发生ACS，紧急处理后，需及时转诊上级医院。  
合并心理问题的患者治疗后症状控制不理想，需转诊上级医院。  
合并心理问题的患者惊恐发作，紧急处理后未缓解，需及时转诊上级医院。  
合并心理问题的患者发生胸闷、胸痛等不适症状，不能明确排除器质性病变时，需及时转诊上级医院。  
合并心理问题的患者有自杀倾向时，需及时转诊上级医院精神心理科。



## 稳定性冠心病合并抑郁焦虑的治疗——生活方式干预

### 1.相关知识科普

2.饮食干预：患者应采取低盐、低脂、低糖饮食，应注意营养均衡。



### 4种行为

规律的运动

健康饮食

不吸烟

健康睡眠

### 4种因素

维持健康体重

理想的胆固醇

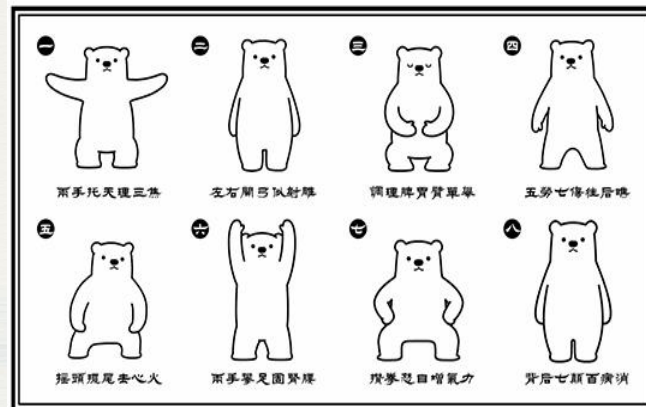
理想的血糖

理想的血压水平

美国心脏学会心血管健康评估指南

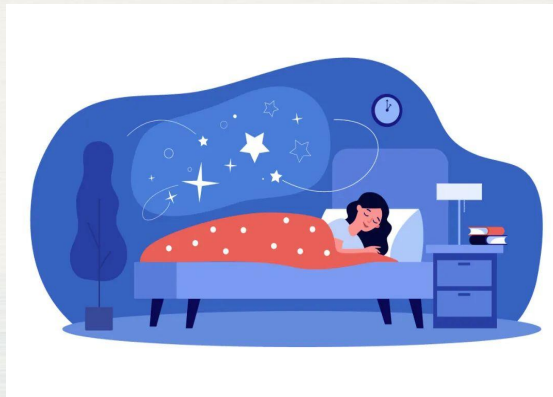
## 稳定性冠心病合并抑郁焦虑的治疗——生活方式干预

- 3.运动干预：应根据患者具体情况制订个性化的运动干预计划，以不过多增加心脏负荷和不引起不适感为原则，对于老年人，提倡采用散步（每日1 h，可分次进行）、保健体操、太极拳、八段锦等运动形式。



## 稳定性冠心病合并抑郁焦虑的治疗——生活方式干预

- 4.改善睡眠：应对SCAD合并心理问题的患者进行睡眠卫生教育，建议改善睡眠环境、规律作息时间和、减少卧床时间，避免睡前饮用茶或咖啡等兴奋物质，避免睡前刷手机等。此外，戒烟限酒、控制体重亦有助于SCAD的预防和治疗。



稳定性冠心病合并抑郁焦虑的治疗——心理疗法

- **1.心理支持：**医师应认真倾听患者诉说不适症状和内心感受，理解患者，共情，耐心解释病情，鼓励患者。
- **2.认知行为干预：**主要针对因不合理认知导致的心理问题。
- **3.情绪释放减压疗法：**结合中医针灸与西方心理学理念，让患者敲击特定的部位，同时说出内心的压力事件，然后通过积极赋义转变信念和惯性模式，缓解身心不适。
- **4.音乐疗法：**根据患者的年龄、心理状态、文化程度、家庭背景、个人爱好等选择合适的音乐
- **5.冥想：**引导患者专注当下，集中注意力于自己的呼吸、身体感觉或肌肉，有意识地放松身心，每日15 min。
- **6.生物反馈：**生物反馈是借助精密的专业工具探查和放大人体固有的生理变化过程产生的各种信息，然后通过显示系统将其转变为患者易于理解的信号或读数，在医务人员的指导下进行训练，使患者学会利用这些信号或读数，有意识地控制身体的各种生理、病理过程，促进身体机能恢复。

---

---

---

---

---

---

---

---

稳定性冠心病合并抑郁焦虑的治疗——抑郁焦虑治疗

- **1.营养神经治疗：**对于合并轻度抑郁、焦虑的SCAD患者，可予以谷维素、腺苷钴胺等药物营养神经。
- **2.抗抑郁、焦虑药物治疗：**抗抑郁、焦虑药物的使用原则为小剂量起始，逐步递增，采用最低有效剂量，以最大限度地减少不良反应；一般药物治疗2周左右起效，有效率与时间呈线性关系，如足量治疗6~8周仍无效，需考虑换药，可换用同类药物或作用机制不同的其他类型的药物，若效果仍不佳，则考虑转精神心理科诊治；治疗持续3个月以上时，需根据病情决定用药时间和停药时间。
- **3.中医药物治疗：**遵循整体观和辨证论治的原则，运用阴阳五行学说、四诊合参的方法，结合多种辨证方法，选择中药、针灸等进行治疗。

---

---

---

---

---

---

---

---

其他常见的双心疾病

- **精神压力相关高血压**
- **心脏手术后合并精神心理问题**
- **精神压力导致心肌缺血**
- **特殊人群的双心疾病**

---

---

---

---

---

---

---

---

双心疾病的基层管理

- （一）预防
- 基层医师应协助并监督SCAD患者改善生活方式，控制血糖、血压、血脂、尿酸、体重指数（BMI）等危险因素，遵医嘱用药，定期门诊复诊，及时调整药物治疗方案等。
- （二）随访
- 双心疾病往往与不良的生活方式、心理状态及躯体因素有关，需要综合干预和系统化的全程管理。基层医师是基础医疗的主体，应熟悉并了解患者病情，通过建立健康档案，有计划地进行健康教育，针对性地定期随访，评估患者的心理及心脏情况，制订个体化的干预方案，并注意让家属参与到患者的治疗过程中，协助建立家庭支持体系，以促进患者自我健康管理。为患者提供生理、心理和社会的全面、全程管理与关爱。
- 随访方式：门诊、电话、微信等。
- 随访频率：若病情反复、加重或不稳定，随访间期可为2周、1个月或3个月；若病情稳定，随访间期可延长至半年或1年。随访内容详见表2。

双心疾病的基层管理

标准与讨论

成年人精神压力相关高血压诊疗专家共识

中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会高血压学组 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会

【摘要】随着社会压力的增加，精神压力相关高血压的发病率逐年上升。精神压力相关高血压的诊断和治疗需要多学科协作。本文旨在为基层医师提供精神压力相关高血压的诊疗专家共识。

【关键词】精神压力；高血压；诊疗；专家共识

标准与讨论

在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识(2020版)

中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会

【摘要】随着社会压力的增加，精神压力相关高血压的发病率逐年上升。精神压力相关高血压的诊断和治疗需要多学科协作。本文旨在为基层医师提供精神压力相关高血压的诊疗专家共识。

【关键词】精神压力；高血压；诊疗；专家共识

标准与讨论

稳定性冠心病合并心理问题基层诊疗共识(2023年)

中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会 中国医师协会心血管内科医师分会心理亚专业委员会

【摘要】随着社会压力的增加，精神压力相关高血压的发病率逐年上升。精神压力相关高血压的诊断和治疗需要多学科协作。本文旨在为基层医师提供精神压力相关高血压的诊疗专家共识。

【关键词】精神压力；高血压；诊疗；专家共识

双心医师基层医师培训与人才培养

双心诊疗指南第23版 6期

专-全模式下 双心患者的管理

5位大咖齐聚，共话经典病例

03/31 14:00-15:30

大咖云集 精彩绝伦 扫码即可预约直播

双心诊疗指南第23版 11期

反复胸闷气促为哪般

5位大咖齐聚，共话经典病例

05/05 14:00-15:30

大咖云集 精彩绝伦 扫码即可预约直播





---

---

---

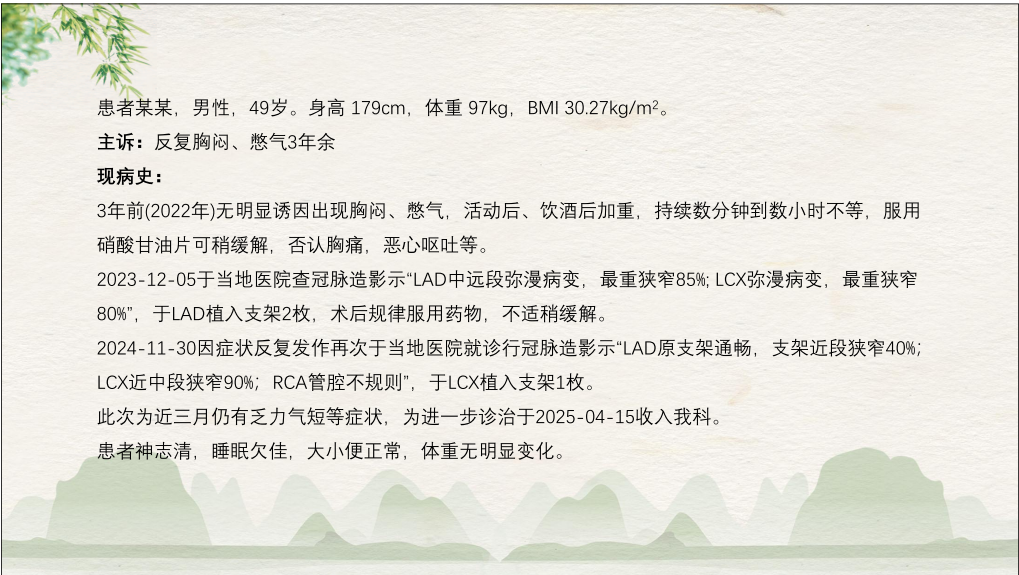
---

---

---

---

---



---

---

---

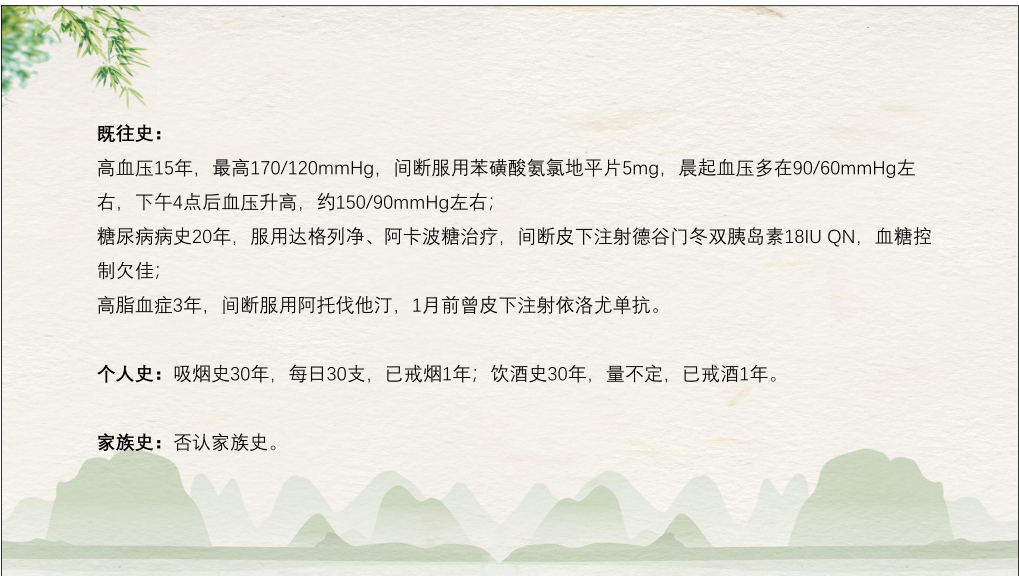
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



### 入院诊断：

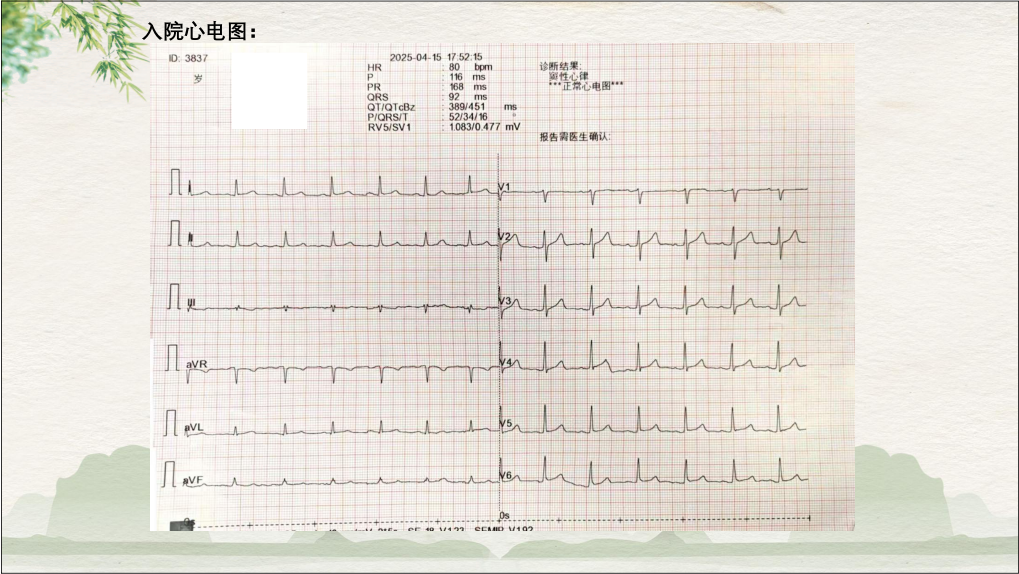
冠状动脉粥样硬化性心脏病  
不稳定性心绞痛  
冠状动脉支架植入术后状态  
心功能II级（NYHA分级）  
高血压3级（极高危）  
2型糖尿病  
高脂血症  
失眠

### 院外用药：

阿司匹林	100mg	QD
氯吡格雷	75mg	QD
苯磺酸氨氯地平片	5mg	QD(未按时应用)
阿卡波糖	50mg	TiD（餐时）
达格列净	10mg	QD
德谷门冬双胰岛素	18IU	QN(未按时应用)
依洛尤单抗	140mg	Q2W(未按时应用)
艾司唑仑	20mg	QN

### 诊疗计划：

完善抽血化验、相关检查，择期行冠脉造影术明确冠脉病变；  
予抗血小板、降脂、降压、降糖治疗；  
并加强宣教，提高患者治疗依从性。



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

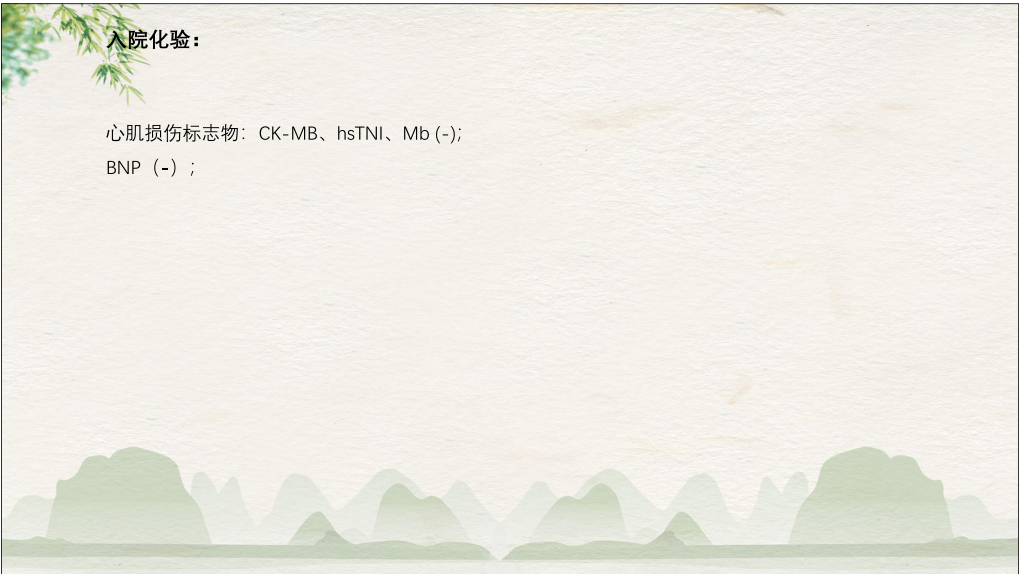
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



入院化验：

血脂：TG 9.61mmol/L↑、TC 11.19mmol/L↑、HDL-C 1.22mmol/L、LDL-C 7.51mmol/L↑；

空腹葡萄糖：23.3mmol/L↑；

空腹胰岛素：24.5 μU/ml；C肽测定 5.8 ng/ml；

糖尿病自身抗体4项：抗胰岛素抗体、抗胰岛细胞抗体、抗谷氨酸脱羧酶抗体、抗酪氨酸磷酸酶抗体（-）；

糖化血红蛋白：10.8%↑；

尿常规：尿比重1.035；尿糖++++；

血小板最大聚集率 AA 14.9%、ADP 34.7%；

离子：Na<sup>+</sup> 134.9mmol/L；K<sup>+</sup> 4.05mmol/L；Cl 96.0mmol/L；

肾功：eGFR 79.06mL/min/1.73m<sup>2</sup>；

血常规、便常规、肝功、甲状腺功能、ESR、IL-6、PCT(-)

入院评估：

序号	题目（近1个月）	从不	很少	有时	经常	总是
1	我能适应变化。	0	1	2	3	4
2	我有亲密、安全的关系。	0	1	2	3	4
3	我对自己的情绪感到骄傲。	0	1	2	3	4
4	我努力工作以达到目标。	0	1	2	3	4
5	我能处理不快乐的情绪。	0	1	2	3	4
6	我有强烈的目的感。	0	1	2	3	4
7	我能看到事情积极的一面。	0	1	2	3	4
8	事情发生总是有原因的。	0	1	2	3	4
9	我不得不按照规律行事。	0	1	2	3	4
10	我能处理不快乐的情绪。	0	1	2	3	4
11	有时，命运或上帝能帮忙。	0	1	2	3	4
12	无论发生什么我都能应付。	0	1	2	3	4
13	过去的成功让我有信心面对挑战。	0	1	2	3	4
14	应对压力使我感到有力量。	0	1	2	3	4
15	我慷慨热情。	0	1	2	3	4
16	我能做出不寻常的或艰难的决定。	0	1	2	3	4
17	我认为自己是个强有力的人。	0	1	2	3	4
18	事情看起来没什么希望，我不会轻易放弃。	0	1	2	3	4
19	无论结果怎样，我都会尽自己最大努力。	0	1	2	3	4
20	我能实现自己的目标。	0	1	2	3	4
21	我不会因失败而气馁。	0	1	2	3	4
22	经历困难或疾病后，我往往会很快恢复。	0	1	2	3	4
23	我知道去哪里寻求帮助。	0	1	2	3	4
24	在压力下，我能集中注意力并清晰思考。	0	1	2	3	4
25	我喜欢在解决问题时起带头作用。	0	1	2	3	4

心理弹性自测量表 61分

对外界变化的环境的心理及行为上的反应状态。该状态是一种动态形式，有其伸缩空间，它随着环境变化而变化，并在变化中达到对环境的动态调控和适应。

条目得分相加为量表总分，总分为

0~100分，分值越大说明心理弹性水平越高，得分60分以下为心理弹性水平较差，61~69分为心理弹性水平一般，70~79分为心理弹性水平良好，≥80分为心理弹性水平优秀。

入院评估：

1	睡眠延迟（关灯后到入睡的时间）			✓	
2	夜间睡眠中断				✓
3	早醒			✓	
4	总睡眠时间			4-5	
5	总体睡眠质量评价（不论睡眠时间长短）				很不好 ✓
6	对白天情绪的影响				易发怒 ✓
7	对白天功能的影响（身体与心理）			✓	
8	白天睡意情况			✓	0-20

AIS 睡眠自测量表

0-3分睡眠正常

4-5分 可能有睡眠问题

6分及以上失眠

入院评估：

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？				
序号	项目（近2周）	没有	几天	7天以上 几乎天天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2/3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	0	1/2	2
3	入睡困难、睡不安或睡得过多	0	1	2/3
4	感觉疲劳或没有活力	0	1	2/3
5	食欲不振或吃得太多	0	1	2/3
6	觉得自己很糟或很失败，或让自己、家人失望	0	1/2	2
7	对事物专注有困难，例如看报纸或看电视时	0/1	1	2
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉？或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安，动来动去	0/1	1	2
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0/1	1	2
总分	13		2	2/3

PHQ-9 抑郁筛查量表

2分 无抑郁

5-9分 轻度抑郁

10-14分 中度抑郁

15-19分 中重度抑郁

20分以上 重度抑郁

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

入院评估：

	项目（近2周）	没有	有几天	7天以上	几乎天天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1/2	2	3
2	不能停止或无法控制担心	0/1	1	2	3
3	对各种各样的事情担忧过多	0	1/2	2	3
4	很紧张，很难放松下来	0/1	1	2	3
5	非常焦躁，以至无法静坐	0/1	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	0	1/2	2	3
7	感到好像有什么可怕的事会发生	0/1	1	2	3
总分	3		3		1/2

GAD-7 焦虑筛查量表

0-4分 无焦虑

5-9分 轻度焦虑

10-13分 中度焦虑

14-18分 中重度焦虑

19分以上 重度焦虑

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

入院调整治疗方案：

血压、血糖、血脂控制不佳--调整用药，监测指标

双侧桡动脉未触及--行心肌灌注核素显像评估心肌供血情况

抑郁状态--加用调节神经功能、调节情绪药物

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

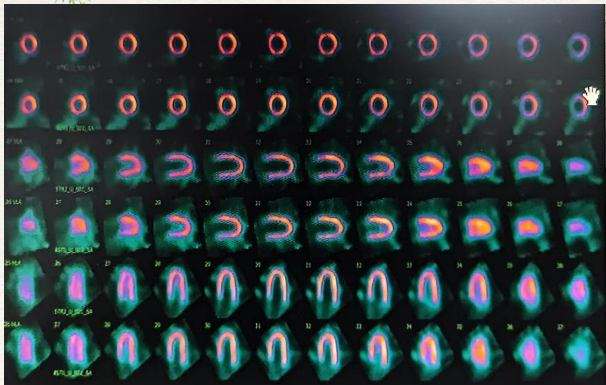
---



入院调整治疗方案：

阿司匹林	100mg	QD
氯吡格雷	75mg	QD
泮托拉唑钠肠溶胶囊	40mg	QD
阿托伐他汀	20mg	QD
非诺贝特胶囊	0.2g	QD
依折麦布片	10mg	QD
英克司兰钠注射液	1.5ml:284mg	每六月1次
苯磺酸氨氯地平片	5mg	QD
富马酸比索洛尔片	5mg	QD
达格列净	10mg	QD
甘精胰岛素注射液	18IU	QN
门冬胰岛素注射液	8IU	Tid
甲钴胺片	0.5mg	Tid
谷维素片	10mg	Tid
艾司西酞普兰片	5mg	QD
艾司唑仑片	10mg	QN

心肌灌注核素显像



运动负荷试验心电图阴性。  
左心室未见明显心肌缺血改变。  
左心室整体收缩功能正常。

血糖情况：

时间	空腹	早餐后2h	午饭后2h	晚饭后2h
04-15			16.8	15.1
04-16	10.7	16.8	14.1	11.4
04-17	9.0	14.9	12.2	21.3
04-18	8	11.8	17.2	16
04-19	7.5	13.8	14.5	17.5
04-20	7.7	12.4	13.2	15.6
04-21	7	10.6	10.9	12.6

血压情况：

时间	08:00a.m.	16:00p.m.
04-15	125/86	129/75
04-16	124/89	127/89
04-17	132/87	128/83
04-18	119/87	121/89
04-19	117/79	118/83
04-20	113/84	112/87
04-21	135/80	110/80

复查血脂：

入院血脂：TG 9.61mmol/L↑、TC 11.19mmol/L↑、HDL-C 1.22mmol/L、LDL-C 7.51mmol/L↑

复查血脂：TG 2.99mmol/L↑、TC 5.58mmol/L↑、HDL-C 0.96mmol/L、LDL-C 3.64mmol/L↑

出院评估：

近期，你生活中以下症状出现的频率有多少？

序号	项目（近期）	没有	几天	7天以上	几乎天天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	√	1	2	3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	√	1	2	3
3	入睡困难、睡不安或睡得多	√	1	2	3
4	感觉疲劳或没有活力	√	1	2	3
5	食欲不振或吃得太多	√	1	2	3
6	觉得自己很糟或很失败，或让自己、家人失望	√	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如看报纸或看电视时	√	1	2	3
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉？或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安，动来动去	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	√	1	2	3
总分					

	项目（近期）	没有	有几天	7天以上	几乎天天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2	不能停止或无法控制担心	√	1	2	3
3	对各种各样的事情担忧过多	0	1	2	3
4	很紧张，很难放松下来	0	1	2	3
5	非常烦躁，以至无法静坐	√	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	√	1	2	3
7	感到好像有什么可怕的事会发生	0	1	2	3
总分					

52



出院诊断：

冠状动脉粥样硬化性心脏病  
    不稳定性心绞痛  
    冠状动脉支架植入术后状态  
    心功能II级（NYHA分级）  
高血压3级（极高危）  
高胆固醇血症（他汀疗效不佳）  
高甘油三酯血症  
2型糖尿病  
植物神经功能紊乱  
焦虑状态  
失眠

---

---

---

---

---

---

---

---

出院带药：

阿司匹林	100mg	QD
氯吡格雷	75mg	QD
泮托拉唑钠肠溶胶囊	40mg	QD
阿托伐他汀	20mg	QD
非诺贝特胶囊	0.2g	QD
依折麦布片	10mg	QD
比索洛尔氨氯地平片	1片	QD
达格列净	10mg	QD
甘精胰岛素注射液	18IU	QN
门冬胰岛素注射液	8IU	Tid
艾司西酞普兰片	10mg	QD
艾司唑仑	10mg	QN

---

---

---

---

---

---

---

---

梳理：

中年男性，生活习惯差，缺乏运动；  
饮食不规律，营养不均衡，喜食肉类、水果；  
有长期大量吸烟史，饮酒史；  
合并高血压、糖尿病、高脂血症，且控制不佳，治疗依从性欠佳；  
合并抑郁状态，工作、生活倦怠感明显，缺乏改变现状的积极性。

---

---

---

---

---

---

---

---

一、该患者的血脂管理应该如何进行？

- 1.超高危ASCVD患者，LDL-C目标： < 1.4mmol/L;
- 2.该患者的降脂方案如何调整？

一、该患者的血脂管理应该如何进行？

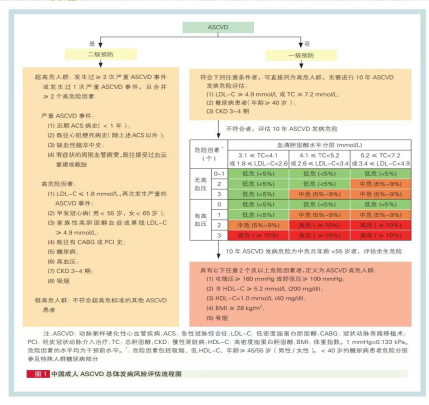


表7 降脂靶点的目标值

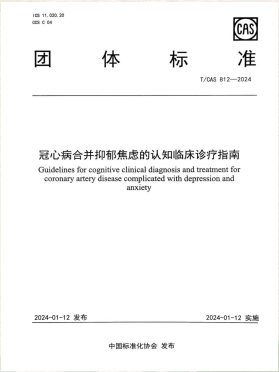
风险等级	LDL-C 推荐目标值	推荐类别	证据等级
低危	< 3.4 mmol/L <sup>[90]</sup>	II a	B
中、高危 <sup>*</sup>	< 2.6 mmol/L <sup>[50, 91-93]</sup>	I	A
极高危	< 1.8 mmol/L, 且较基线降低幅度 > 50% <sup>[10, 93-97]</sup>	I	A
超高危	< 1.4 mmol/L, 且较基线降低幅度 > 50% <sup>[10, 93-97]</sup>	I	A

注: LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; ASCVD: 动脉粥样硬化性心血管疾病。\*: 合并糖尿病的 ASCVD 高危患者血脂目标参见特殊人群中糖尿病章节。非 HDL-C 目标水平 = LDL-C + 0.8 mmol/L

中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南（2023年）.中国循环杂志. 2023;38(3): 237-271.

二、合并心理问题的心血管病患者，治疗依从性差，该如何提高治疗效果？

- 1、心理干预
- 2、优化心血管疾病治疗方案
- 3、加强医患沟通
- 4、提高患者自我管理能力
- 5、强化社会支持





## CABG术后合并精神心理疾患 深度思考



---

---

---

---

---

---

---

---



患者XX，女，72岁，蒙古族，农民，体重：  
70kg 身高：160cm BMI：27.3kg/m<sup>2</sup>（超重）

**主诉：间断胸痛7年，加重3月**

---

---

---

---

---

---

---

---

### 现病史：

- ◆ 患者7年前出现劳累后心前区疼痛，完善冠脉造影，具体病变不详。
- ◆ 4年前患者突发胸痛完善造影提示冠脉夹层，行冠状动脉旁路移植术（升主动脉-前降支，升主动脉-对角支-钝缘支），此后症状仍间断发作。
- ◆ 3月前患者自觉行走时出现心悸，伴憋气、全身乏力、出汗，为进一步诊治收住我科。自发病以来，精神、食欲较差，睡眠差，小便频，大便干7-10天/次，近期体重未见明显变化。

---

---

---

---

---

---

---

---

既往史

高血压病史3年，长期口服厄贝沙坦片75mg每日一次，血压控制尚可。

高血脂症病史4年，长期口服瑞舒伐他汀钙片10mg每日一次。

失眠病史30年，近1年间断服用艾司唑仑片（大约1周1-2次）

否认糖尿病史，否认脑血管病史，否认外伤史，否认其他病史。

个人史

吸烟史：吸烟57年，每日5支，未戒烟

过敏史：青霉素过敏，表现为皮疹

输血史：行CABG曾有输血史

否认饮酒史，否认冶游史，预防接种史不详

婚育史：49岁时老伴去世，现二婚17年，夫妻感情不睦

压力知觉自测量表

序号	题目（近1个月）	从 不	偶 尔	有 时	总 是
1	一些无法预期的事情发生而感到心烦意乱	1	2	3	4 5
2	感觉无法控制自己生活中重要的事情	1	2	3	4 5
3	感到紧张不安和压力	1	2	3	4 5
4	成功地处理恼人的生活麻烦	1	2	3	4 5
5	感到自己是有效地处理生活中所发生的重要改变	1	2	3	4 5
6	对于有能力处理自己私人的问题感到很有信心	1	2	3	4 5
7	感到事情顺心如意	1	2	3	4 5
8	发现自己无法处理所有自己必须做的事情	1	2	3	4 5
9	有办法控制生活中恼人的事情	1	2	3	4 5
10	常觉得自己是驾驭事情的主人	1	2	3	4 5
11	常生气，因为很多事情的发生是超出自己所能控制	1	2	3	4 5
12	经常想到有些事情是自己必须完成的	1	2	3	4 5
13	常能掌握时间安排方式	1	2	3	4 5
14	常感到困难的事情堆积如山，而自己无法克服它们	1	2	3	4 5

42分

14-28分 知觉到的压力较低

29-42分 知觉到的压力适中

43-53分 知觉到的压力较高

57-70分 知觉到的压力非常高

### AIS睡眠自测量表

睡眠自测 AIS 量表 （过去 1 个月内）		没问题	轻微	明显	显著或基本说睡
1	睡眠延迟（关灯后到入睡的时间）	✓			
2	夜间睡眠中断			✓	
3	早醒			✓	
4	总睡眠时间			✓	
5	总体睡眠质量评价（不论睡眠时间长短）			✓	
6	对白天情绪的影响			✓	
7	对白天功能的影响（身体与心理）			✓	
8	白天疲惫情况			✓	✓

14分  
0-3分 睡眠正常  
4-5分 可能有睡眠问题  
6分及以上 失眠

### PHQ-9抑郁筛查量表

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？					
序号	项目（近 2 周）	没有	几天	7天以上	几乎天天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难、睡不安或睡得过久	0	1	2	3
4	感觉疲劳或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃得太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟或很失败，或让自己、家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如看报纸或看电视时	0	1	2	3
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉？或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安，动来动去	0	1	2	3
9	有不知死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3
总分					9

9分  
0-4分 无抑郁  
5-9分 轻度抑郁  
10-14分 中度抑郁  
15-19分 中重度抑郁  
20分以上 重度抑郁

### GAD-7焦虑筛查量表

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？					
序号	项目（近 2 周）	没有	几天	7天以上	几乎天天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2	不能停止或无法控制担心	0	1	2	3
3	对各种各样的事情担忧过多	0	1	2	3
4	很紧张，很难放松下来	0	1	2	3
5	非常急躁，以至无法静坐	0	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	0	1	2	3
7	感到好像有什么可怕的事会发生	0	1	2	3
总分					7

2分  
0-4分无焦虑  
5-9分轻度焦虑  
10-13分 中度焦虑  
14-18分 中重度焦虑  
19分以上 重度焦虑

### 心理弹性自测量表

序号	题目（近1个月）	从不	很少	有时	经常	总分
1	我能适应变化。	0	1	2	3	4
2	我有幸福、安全的关系。	0	1	2	3	4
3	我对自己的前途感到有希望。	0	1	2	3	4
4	我努力工作以达到目标。	0	1	2	3	4
5	我能够掌握自己的生活。	0	1	2	3	4
6	我有明确的目标感。	0	1	2	3	4
7	我能看到事情积极的一面。	0	1	2	3	4
8	事情发生总是有原因的。	0	1	2	3	4
9	我不害怕挫折感。	0	1	2	3	4
10	我能处理不快的情绪。	0	1	2	3	4
11	有时，命运或上帝很帮忙。	3	2	1	0	4
12	无论发生什么我都能应付。	0	1	2	3	4
13	过去的成功让我有信心面对挑战。	0	1	2	3	4
14	应对压力使我感到有力量。	0	1	2	3	4
15	我喜欢挑战。	0	1	2	3	4
16	我能做出不寻常的或艰难的决定。	0	1	2	3	4
17	我认为自己是个强有力的人。	0	1	2	3	4
18	事情看起来没什么希望，我不会轻易放弃。	0	1	2	3	4
19	无论结果怎样，我都会尽自己最大努力。	0	1	2	3	4
20	我能实现自己的目标。	0	1	2	3	4
21	我不会因失败而气馁。	0	1	2	3	4
22	经历困难或痛苦后，我往往会很快恢复。	0	1	2	3	4
23	我知道去寻求寻求帮助。	0	1	2	3	4
24	在压力下，我能集中注意力并清晰思考。	0	1	2	3	4
25	我喜欢在解决问题时起带头作用。	0	1	2	3	4

62分

>=80分优秀

70-79分良好

60-69分一般

<=60分较差

### 心电图提示：

窦性心律，T波改变

### 心脏彩超

心脏彩超提示：

左室舒张功能减低 EF：60%

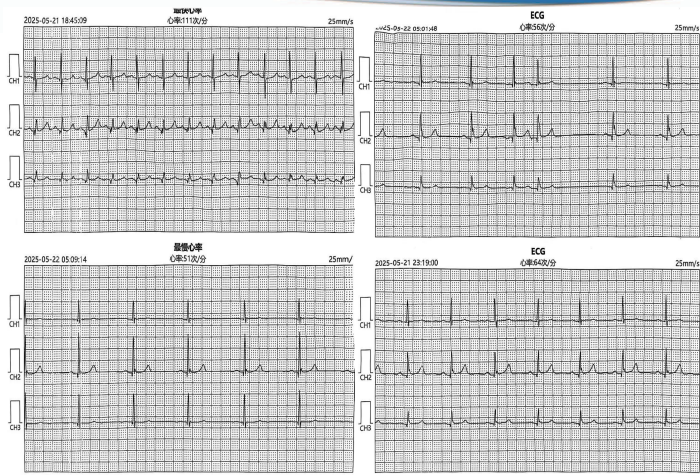
各心腔大小正常



动态心电图

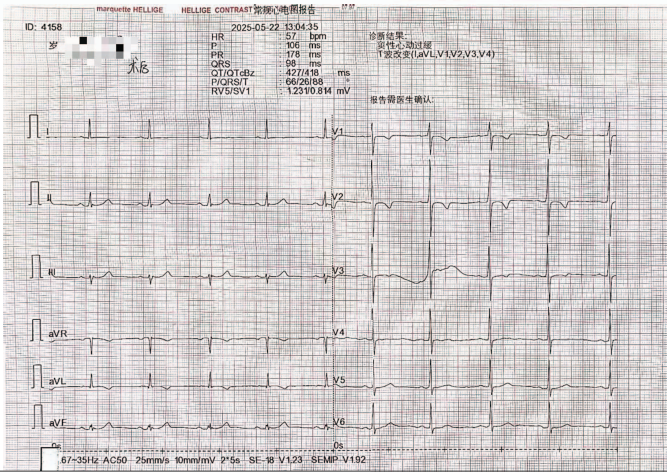
动态心电图提示：

- 1. 窦性心律
- 2. 偶发室上性期前收缩



术后心电图

窦性心动过缓  
T波改变



精神专科会诊意见

患者近30年睡眠不佳，入睡困难，早醒，眠短，2021年搭桥术后出现幻觉，夜间睡觉时觉门外有人行走，常有噩梦，醒来恐惧感，去年多名亲戚去世，此后夜间噩梦更甚，总是梦见过世的人，睡前幻视，半梦半醒间凭空看见黑色人影飘过，紧张恐惧，无幻听，患者否认自杀观念及行为。对精神类药物抵触，认为会影响智力，劝说无效。

精神分裂？ PTSD？ 焦虑抑郁？

病情回顾

Step 01

1

老年女性，失眠30年，丧偶后二婚17年，夫妻感情不睦

Step 02

2

3年前行冠状动脉旁路移植术，术后症状未明显改善，精神心理压力较大

Step 03

3

反复胸痛伴夜间噩梦，幻视

---

---

---

---

---

---

---

---

急性胸痛可能来源于？

搭桥术后焦虑抑郁

非阻塞性心肌缺血

精神压力性心肌缺血

PTSD

01

02

胸痛

03

04

---

---

---

---

---

---

---

---

1.冠脉搭桥术后焦虑抑郁

CABG是治疗冠心病的重要手段，但CABG作为重大负性生活事件常导致患者出现焦虑、抑郁等心理应激反应。目前临床对于CABG术后合并精神心理问题的识别率还很低，应该引起广泛重视。有研究报道，冠脉搭桥术后、介入治疗术后的患者患中重度抑郁的占比近50%。

---

---

---

---

---

---

---

---

CABG术后的慢性抑郁或焦虑也会加重原有的心脏疾患；慢性焦虑抑郁会引发“战逃”反应（身体迅速动员大量能量以应对生存威胁的一种生理反应），释放大  
量应激激素，从而升高血糖浓度和血压，加快心率，增加心脏负担，阻碍机体  
修复心脏损伤的组织。

此患者活动后出现心绞痛发作，可能来源于：

经典的心肌缺血；

患者因担心运动诱发心绞痛或心律失常，产生“心脏保护性回避行为”。

数据显示，约32%的CABG术后患者因恐惧限制日常活动。（参考文献：王建安. JACC:

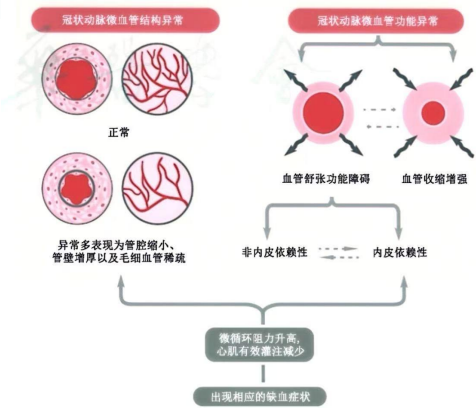
Asia. 2024;12:1-15. doi:10.1016/j.jaccasi.2024.100203）

2.缺血伴非阻塞性冠状动脉疾患  
(INOCA)

2.1冠脉微血管功能障碍

微血管性心绞痛（microvascular anginaMVA）

MVA主要由冠状动脉微血管结构重塑和/或功能障碍导致



MVA（微血管性心绞痛）可表现为**劳力性心绞痛**，也可以出现**气促、肩胛区疼痛、消化不良、恶心、乏力、虚弱、呕吐以及睡眠障碍**等不典型表现；由于INOCA患者临床表现差异较大，对于非典型症状的患者，特别是**女性、长期吸烟**或合并糖尿病的患者应仔细鉴别。（后期随访可进一步完善心肌核素检查）



3.精神压力性心肌缺血（MSIMI）

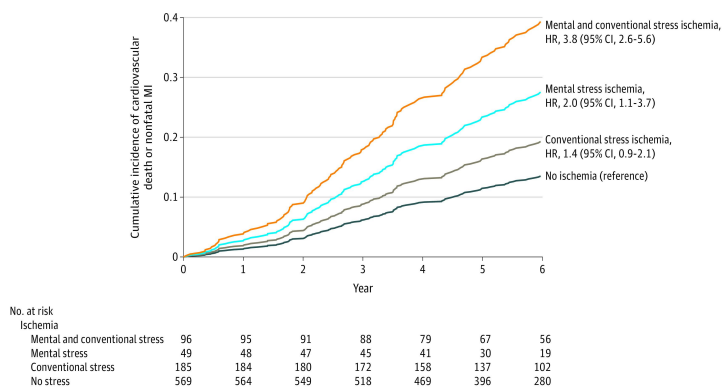
大量证据表明，1/3 以上的冠心病患者可在心理应激的状态下发生心肌缺血，该类型缺血称之为心理应激性心肌缺血(mental stress-induced myocardial ischemia,MSIMI)

这种心理应激除来源于心理、社会等因素外，同时还可通过标准刺激程序模拟，以用于诊断。标准刺激程序包括心算(mental arithmetic)、伴随愤怒回忆的公众演讲(public speaking with anger recall)、镜描( mirror trace)、干扰性色卡测试(strop color test)等能够诱发心理应激的方法



- MSIMI,又称精神压力导致的心肌缺血，不同于运动和药物负荷为诱发因素所导致的心肌缺血，在冠心病患者中，MSIMI和运动诱发心肌缺血(ESIMI)之间存在着复杂的关系
- 研究发现合并ESIMI（运动诱发心肌缺血）的冠心病患者可发生MSIMI，是冠心病患者的一种特殊病理现象

### 压力应激明显增加了心血管事件的发生率



### 4.创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)

是指个体在经历强烈的精神创伤性事件(如自然灾害，各种公共突发事件，各种意外事故或被暴力侵袭，突然被剥夺自由或者亲人的突然丧失等)后出现的一种严重精神疾病。

PTSD在普通人群中终身患病率高达4%左右，其中1/3以上终生不愈；1/2以上共病有物质滥用、抑郁、焦虑性障碍；自杀率是普通人群的6倍。

DSM-5诊断标准《精神障碍诊断与统计手册（第五版）》

1.暴露于创伤事件

直接经历或目睹他人遭受严重的创伤事件，如死亡威胁、严重伤害、性暴力等；间接接触创伤细节，如急救人员反复处理创伤事件后果；获悉亲密的家庭成员或亲密的朋友身上发生了创伤性事件。

2.侵入性症状

（至少1项）：反复出现与创伤相关的痛苦记忆、梦境或闪回；接触创伤相关线索时出现强烈心理或生理反应，如声音、气味引发恐慌。

3.持续性回避

（至少1项）：主动回避与创伤相关的人、地点、活动或对话；回避与创伤相关的想法、感受或记忆。

4.认知与情绪的负面改变

（至少2项）：无法记住创伤的重要细节（分离性遗忘）；对自己或世界持极端负面信念，如“我不值得被救”；持续的恐惧、愤怒、羞耻或麻木；对重要活动兴趣减退，疏远他人；长期无法体验积极情绪，如爱、快乐。

5.警觉性与反应性增强

（至少2项）：易怒或攻击性行为；过度警觉，如持续处于“备战状态”；注意力难以集中；惊跳反应增强，对微小刺激反应剧烈；睡眠障碍，如入睡困难或易醒。

病程与严重程度

：症状持续超过1个月；引起显著的社交、职业或其他重要功能损害。

排除其他原因

：症状不能归因于药物、其他疾病（如脑损伤）或其他精神障碍（如焦虑症、精神病性障碍）。

专科意见：1.焦虑状态 2.睡眠障碍

诊断：

冠状动脉粥样硬化性心脏病

稳定性心绞痛

冠脉搭桥术后改变

高血压2级（很高危组）

高胆固醇血症

焦虑状态

睡眠障碍

### 治疗：

阿司匹林片0.1g空腹每日1次  
瑞舒伐他汀钙片10mg口服每晚1片  
琥珀酸美托洛尔缓释片47.5mg口服每日1次  
尼可地尔片5mg口服每日三次  
草酸艾司西酞普兰片10mg晨起口服1片  
佐匹克隆片7.5mg每晚睡前口服1片  
甲钴胺片0.5mg口服每日三次

### 随访：

- 1.患者规范服药，胸痛胸闷明显缓解
- 2.失眠，气短，心慌，乏力，易怒等症状均明显改善
- 3.建议患者定期复查，门诊随诊

### 总结：

- 1.对于CABG或PCI术后的患者应常规筛查精神心理疾患，更早的发现，更及时的诊治预后更佳
- 2.双心治疗（心脏+心理）的整合模式对CABG术后患者的身心康复具有协同增效作用

# 高血压与情绪交织的心脏危机

北京安贞医院双心医学中心

---

---

---

---

---

---

---

---

## 一、基本病史

患者张XX 女 60岁 农民

- 入院时间：2025-03-13
- 出院时间：2025-03-19
- 家庭住址：河北省保定市



主诉：胸闷及咽部不适3天

---

---

---

---

---

---

---

---

## 一、基本病史

现病史

患者3天前无明显诱因突发咽部不适，胸骨后呈烧灼感，走路时出现气促、憋闷，伴有四肢无力、头晕、肩背部放射痛，持续时间约10分钟左右。休息后可缓解，活动后加重，无心慌、心悸、头痛、呕吐、腹痛、咳嗽、咳痰等。今就诊于我院门诊，为进一步诊治收住我科。自发病以来，精神、食欲、睡眠可，大小便正常，近期体重未见明显变化



---

---

---

---

---

---

---

---

66

## 一、基本病史

### 既往史

既往患病。存在**高血压病史10年**，服用替米沙坦等药物控制血压，血压最高达到180-190/106 mmHg，平时控制在130-140/90 mmHg。

否认糖尿病史。否认高脂血症病史。否认脑血管病史。否认冠心病史。否认外伤史。

存在其他病史，患者3月前体检检查出患有**子宫畸胎瘤**，行微创子宫及双附件切除术，手术后患者自诉常有腹胀、嗝气、排气等症状。患者自述半月前曾因久蹲站起导致黑矇头晕一次，自觉天旋地转，无意识丧失，但存在牙关紧闭、言语不能、全身发抖及运动功能丧失，测量血压达到180/100 mmHg，持续时间约1小时，后服用利血平两粒症状逐渐缓解。

## 一、基本病史

### 其他病史

手术史	存在手术史：子宫及双附件切除术、肛裂手术
个人史	否认吸烟史、否认饮酒史、否认冶游史
月经史	初潮年龄20岁，月经规律，周期28日，末次月经2018年3月1日，绝经年龄53岁
婚育史	已婚，配偶体健，孕3产3
家族史	因父亲已故、母亲已故，1哥哥1姐姐1妹妹，均患有高血压病

## 二、入院评估

入院量表评估

- ▶ 压力知觉量表 44分 较高
- ▶ 心理弹性量表 76分 良好
- ▶ 睡眠自测量表 4分 可能存在睡眠问题
- ▶ CAD-7 7分 轻度焦虑
- ▶ PHQ-9 2分 无抑郁
- ▶ 简易精神状态量表 正常

# 二、入院检查

## 影像学检查

**超声心动图**

- 二尖瓣后叶瓣环钙化
- 升主动脉增宽（升主动脉内径40mm）
- 肺动脉主干增宽
- 三尖瓣反流（轻度）

**胸部CT**

- 双肺小结节
- 二尖瓣钙化

**检查名称：** 经胸常规超声心动图（超声心动图）

二维超声及测值 (cm)	彩色血流多普勒及PII (cm/s)	左房/右心房横径				
左心房内径	38	二尖瓣口	185	左室舒张末径 (d1)	78	18
左心室内径	40	二尖瓣环	56	左室收缩末径 (d2)	54	61
左室前壁厚度	10	左室流出道直径	30	左室舒张末期容积 (ml)	42	
左室间隔厚度	10	主动脉瓣流速	110	左室收缩末期容积 (ml)	40	
左室后壁厚度	9	肺动脉瓣流速	86	左室射血分数 (%)	55	
左室短轴长度	10	左室射血分数 (%)	58			
左室长轴长度	10	二尖瓣关闭时间(s)	10			
左房横径内径	38	二尖瓣关闭时间°(s)	6	二尖瓣关闭延迟°	9.2	
左房纵径内径	13	二尖瓣开放速度°(s)	9	二尖瓣开放延迟°	5.75	
左房短轴内径	13	二尖瓣面积(cm²)	11	二尖瓣狭窄程度	无	
左房长径	21±10	二尖瓣面积°(s)	8	TAPSE (mm)	18	
左房短径	28	二尖瓣面积°(s)	11	左室射血分数 (%)	58	

**超声提示：**

1. 各心腔内径正常范围。
2. 各室壁厚度和运动正常。
3. 二尖瓣后叶瓣环增厚，回声增强。余瓣膜形态及运动未见异常。CDFI：收缩期三尖瓣可见少量反流信号。
4. TAPSE=20mm/s；FS=34mm/s；TI法估测EF为：55mm/s。
5. 升主动脉增宽，肺动脉主干增宽。
6. 左包块未见明确液性暗区。

**超声提示：**

- 二尖瓣后叶瓣环钙化
- 升主动脉增宽
- 肺动脉主干增宽
- 三尖瓣反流（轻度）

## 心功能

左室舒末内径：42mm      左室射血分数：65%

## 二、入院检查

► 心电图提示

ID: 3555  
2025-03-13 16:04:09  
HR 71 bpm  
P 91 ms  
PR 142 ms  
QRS 100 ms  
QT/QTdBz 419/450 ms  
P/QRS/T 107/77/75  
RV5-SV1 1.480/2.97 mV  
诊断提示:  
窦性心律  
T波平坦(TaVL)  
报告医生确认:

ECG tracing showing 12 leads (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6) on a grid background. The tracing shows a regular sinus rhythm with a heart rate of 71 bpm. The P wave is 91 ms, PR is 142 ms, QRS is 100 ms, QT is 419 ms, and QTd is 450 ms. The RV5-SV1 ratio is 1.480/2.97 mV. The diagnosis is sinus rhythm with a flat T wave in lead aVL.

## 二、入院诊断



入院诊断

- 1 急性非ST段抬高型心肌梗死
- 2 冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 3 K<sub>lip</sub> 1级
- 4 高血压病3级（极高危）
- 5 高脂血症



## 二、入院诊断



诊断依据

- 1、**症状典型**：患者突发咽部不适，胸骨后呈烧灼感，走路时出现气促、憋闷，伴有四肢无力、头晕、肩背部放射痛，持续时间约10分钟左右。休息后可缓解，活动后加重。
- 2、**心肌损伤**：患者肌钙蛋白I指标升高，提示心肌梗死。
- 3、**存在危险因素**：患者既往10年高血压病，并有高血压病家族史。
- 4、**情绪波动大**：患者平素在家带孩子，易生气、烦躁。

## 二、入院治疗方案



入院治疗

- 阿司匹林肠溶片 0.1g po QD (7am)
- 氯吡格雷 75mg po QD (8am)
- 单硝酸异山梨酯缓释片 20mg po Bid (8-16)
- 阿托伐他汀钙片 20mg po QN (8pm)
- 雷贝拉唑钠肠溶片 20mg po QD (7am)

3.14-3.15

三、诊疗经过

治疗

- 改善心慌症状：倍他乐克片 12.5mg po Bid (8-16)
- 改善腹胀症状：马来酸曲美布汀 0.1g po Tid (8-12-16)
- 营养神经：甲钴胺片 0.5mg po Tid (8-12-16)  
谷维素片 0.5mg po Tid (8-12-16)  
叶酸片 5mg po QD (8am)
- 长期抗凝：依诺肝素钠注射液 0.6ml ih Q12h (9-21)
- 补钾：氯化钾缓释片 1g po Bid (8-16)、氯化钾注射液 10ml po St

完善检查

- 定期复查心肌损伤三项、BNP等关键异常指标
- 予患者颅脑磁共振成像、头颅非增强磁共振动脉血管成像（MRA）检查
- 予患者肝胆胰脾彩色多普勒超声检查

三、诊疗经过

药物对症治疗

- 患者3.15晚六点诉腹胀、胸部不适：泮托拉唑钠肠溶片 40mg po St  
爱倍注射液（硝酸异山梨酯）33 μg/min

择期行冠状动脉造影术

- 患者无出血等手术禁忌症，择期行冠状动脉造影术

三、诊疗经过

检查结果

🧠

颅脑磁共振成像检查示：脑白质高信号Fazekas 1级  
头颅非增强磁共振动脉血管成像（MRA）示：右侧颈内动脉虹吸段考虑狭窄不除外

📄

肝胆胰脾彩色多普勒超声检查示：轻度脂肪肝

	3.14	3.17
CK-MB	5.7ng/ml	0.90ng/ml
hsTnI	512.5pg/ml	226.20pg/ml
Mb	17.7ng/ml	12.1ng/ml
BNP	78.0ng/ml	-

70



三、诊疗经过

● 药物治疗有效，暂缓术前

● 复查血脂四项：

检验医嘱：血脂四项+hs-CRP(TLA)  
初步诊断：急性非ST段抬高型心肌梗死；不稳定型心绞痛

检测项目(英文对照)	结果	提示	单位	参考区间	检测方法
1 *甘油三酯(TG)测定	1.73	↑	mmol/L	0-1.7	GPO-POD法
2 *总胆固醇(TC)测定	4.53		mmol/L	3.1-5.2	胆固醇氧化酶法
3 *高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)测定	1.19		mmol/L	1.04-1.55	酶比色法
4 *低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)测定	2.81		mmol/L	正常人群(1.27-3.12) 高危人群(<2.6) 极高危人群(<1.8)	酶比色法
5 非高密度脂蛋白胆固醇(nonHDL)	3.34		mmol/L	低危/中危(<4.1) 高危人群(<3.4) 极高危人群(<2.6)	计算值
6 残粒脂蛋白胆固醇(RLP-C)	0.53		mmol/L	空腹：<0.8mmol/L 非空腹：<0.9mmol/L	计算值
7 *超敏C反应蛋白(hs-CRP)测定	0.67		mg/l	0-2	乳胶法

- 单用他汀药物血脂控制不佳，加用阿利西尤单抗注射液1支 75mg ih
- 观察到病人焦虑情绪仍较重，判断焦虑状态，给予草酸艾司西酞普兰 5mg po QD (8am)
- 计划于3.18行冠状动脉造影术，提前一天停用肝素，完善术前准备，患者术前情绪紧张，给予佐匹克隆1片保证睡眠、罗拉片半片调节情绪

三、诊疗经过

介入治疗

- 回旋支近段
- TIMI血流 II级
- 最重狭窄程度：95%
- 置入球囊3个
- 置入药物洗脱球囊1个

1 单根导管冠状动脉造影

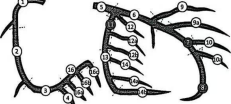
2 经皮冠状动脉球囊扩张成形术

3 经皮冠状动脉药物球囊扩张成形术

三、诊疗经过

手术记录

冠脉造影结果



冠状动脉起源及分布：正常，右优势型

编号	血管名称	狭窄程度	TIMI	病变性质	病变长度	病变形态	侧枝循环	其它异常类型
7	左前降支中段	60%	III级	-	-	-	无	-
8	左前降支远段	60%	III级	-	-	-	无	-
11	回旋支近段	95%	II级	-	-	-	无	-

其他血管无明显异常。

介入治疗基本信息

术中用药：肝素注入 4500U 普通肝素

造影剂：90 ml 优维显

靶病变

靶病变位置：回旋支近段

术前行病变解释

靶病变术前最重狭窄程度：95%；TIMI血流：II级

靶病变类型

介入治疗适应症：De novo

病变特征

病变长度：管状10-20mm

病变近端迂曲程度：无或轻度迂曲

病变管腔形态：不规则

病变部位：非开口部

血栓形成：无血栓

病变程度及是否CTO病变：非完全闭塞

病变类型：B2型病变

术中策略及器械

病变形态：偏心

病变是否成角：中度成角45°-90°

钙化程度：无或轻度

进行性静脉狭窄病变：否

是否分支病变：否

器械

指引导管使用：首次使用 6F Medtronic Launcher EBU3.5

导引钢丝使用：APT AnyreelC 首次使用 X1

器械名称	功能	名称	最大扩张压力	最大扩张时间	扩张次数	备注
球囊1	-	Medtronic Sprinter Legend 2.0X15mm	12 atm	6 秒	3	首次使用
球囊2	-	Goodman Lacrosse XSE 2.25X15mm	12 atm	6 秒	3	首次使用
球囊3	-	Medtronic Sprinter Legend 1.5X15mm	12 atm	6 秒	2	首次使用
药物洗脱球囊	-	吉威 柏藤 2.25X20mm	6 atm	60 秒	1	首次使用

术中策略

迂曲/成角

术后结果

无支架植入

残余最重狭窄程度：无狭窄 TIMI血流：III级

随访结果：随访

影像评估

影像评估：未进行影像评估（IVUS、OCT、FFR）

生命支持设备：未使用生命支持设备（IABP、ECMO、临时起搏器、Impella）

并发症：无

其他特殊情况：无

结论

造影结果：

分支病变（累及LCA、LAD）

靶病变成功介入治疗

回旋支近段介入治疗成功

冠脉造影表明患者血管确有狭窄，介入治疗必要

三、出院带药

治疗方案调整

- 阿司匹林肠溶片
- 氯吡格雷
- 单硝酸异山梨酯缓释片
- 阿托伐他汀钙片
- 雷贝拉唑钠肠溶片

➔

- 阿司匹林肠溶片
- 氯吡格雷
- 单硝酸异山梨酯缓释片
- 雷贝拉唑钠肠溶片
- 倍他乐克片
- 草酸艾司西酞普兰
- 甲钴胺片
- 叶酸片
- 马来酸曲美布汀

---

---

---

---

---

---

---

---

三、出院诊断

出院诊断

- 急性非ST段抬高型心肌梗死
- 冠状动脉粥样硬化性心脏病
- killip I级
- 高血压病3级（极高危）
- 高胆固醇血症（他汀最大耐受剂量疗效不佳）
- 低钾血症
- 焦虑状态
- 失眠
- 多发性神经病【多发性神经炎/周围神经炎】
- 植物神经功能紊乱
- 叶酸缺乏
- 反流性食管炎

---

---

---

---

---

---

---

---

出院随访

出院  
3.19

第一次复查  
STEP 1

第二次复查  
STEP 2

- 门诊复查
- 患者自诉出院后仍有心慌、腹部不适
- 考虑患者焦虑状态，药物起效慢
- 加用黛力新 Bid

1周后改为QD，2周后停药

- 门诊复查
- 患者自诉症状消失
- 完全好转

---

---

---

---

---

---

---

---



## 四、病例分析讨论

### 焦虑状态与冠心病 (CHD)

- ▶ 有报道显示，长期负面情绪及情感反应会导致机体脑垂体-肾上腺系统兴奋，释放过量的去甲肾上腺素。去甲肾上腺素会反复、多次激活血小板活性，继而增加冠状动脉痉挛及血栓形成的风险。无独有偶，国外多个研究同样显示，精神应激反应会增加CHD患者的心律失常和心肌缺血事件。因此，对具有CHD高危因素的人群，除了定期进行生理生化检查外，还需评估其心理社会因素，后者同样可能参与CHD的发生和发展。
- ▶ 有研究显示，高血压人群焦虑检出率高于非高血压人群，同时存在焦虑情绪的高血压患者血压更难控制达标，加强患者心理疏导，可以减轻高血压患者的焦虑情绪，进而更好地控制血压。冠心病与焦虑关系密切，焦虑情绪可以影响冠心病的发展和预后，消除患者紧张情绪有利于冠心病患者介入术后的恢复！因此及时评估冠心病患者心理状态并采取针对性干预措施至关重要。

## 四、病例分析讨论

### 病例分析



双心共融，康复之路

患者，\*\*\*，女，71岁，入院时间：2025.02.12

主诉：发作性胸闷、心悸3年余

现病史：患者3年前开始出现发作性胸闷、心悸，伴胸痛、后背部疼痛、恶心、呕吐，周身乏力，持续数分钟可自行缓解，曾于2022年4月于我院行冠脉CTA检查，提示：左前降支（LAD）近段可见混合斑块，管腔狭窄25-49%，右冠状动脉（RCA）中段、远段管腔狭窄1-24%。曾间断服用丹参滴丸、稳心颗粒等药物，自觉效果不佳。此后上述症状反复出现，发作逐渐频繁，严重时伴濒死感，失控感。患者多次于各医院心内科诊治，行心电图及各项检查均未见明显异常。近日无明显诱因患者自觉胸闷、胸痛、心悸较前加重，为求进一步诊治来我院。患者自发病以来，进食少，长期严重失眠，未予药物治疗。

既往史

糖尿史3年，平日口服二甲双胍250mg tid、西格列汀100mg qd，血糖控制可。高脂血症病史2年，未坚持规律他汀类药物治疗。否认高血压病史，否认脑血管病史。

个人史

• 否认吸烟、饮酒史。

月经史、婚育史

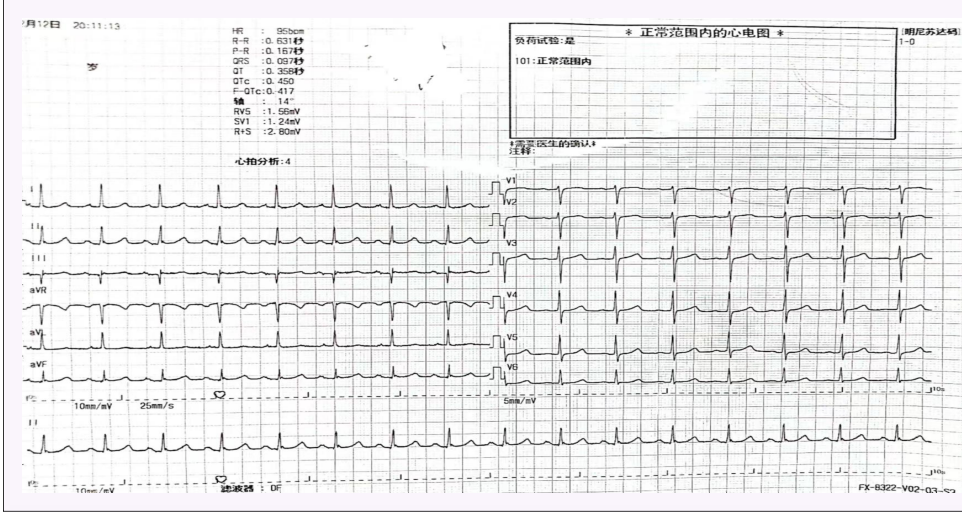
初潮15岁，每次持续6天，周期30天，绝经年龄50岁。

配偶已故，孕1产1

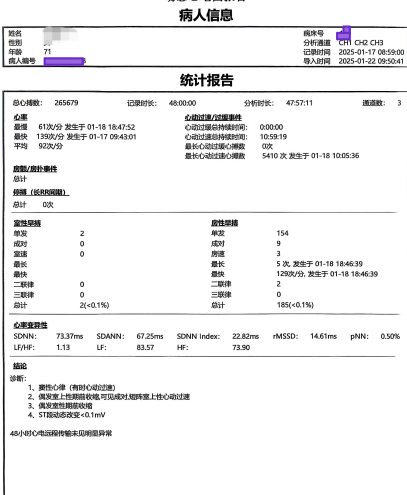
家族史

父母已故，否认家族性遗传病及传染性疾病史。

入院发作时心电图



首都医科大学附属北京安贞医院  
动态心电图报告



超声提示：  
1. 各心腔内径正常范围。  
2. 各室壁厚度及运动正常。  
3. 左房壁厚度及运动未见异常，CDFI：未见异常。  
4. 主动脉、肺动脉未见异常。  
5. 心包腔未见明确液性暗区。

超声提示：  
目前心脏结构及血流未见明显异常

- 血脂：甘油三酯（TG）1.10mmol/L
- 总胆固醇（TC）8.06mmol/L
- 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 6.15mmol/L
- 空腹血糖：6.04mmol/L
- 糖化血红蛋白：6.1%，尿常规提示：尿糖（++++），蛋白和酮体（-）

序号	题目（近1个月）	从不	很少	有时	经常	总是
1	我能适应变化。	0	1	2	3	4
2	我有亲密、安全的关系。	0	1	2	3	4
3	我对自己的成绩感到骄傲。	0	1	2	3	4
4	我努力工作以达到目标。	0	1	2	3	4
5	我感觉能掌控自己的生活。	0	1	2	3	4
6	我有强烈的目的感。	0	1	2	3	4
7	我能看到事情幽默的一面。	0	1	2	3	4
8	事情发生总是有原因的。	0	1	2	3	4
9	我不得不按照预感行事。	0	1	2	3	4
10	我能处理不快乐的情绪。	0	1	2	3	4
11	有时，命运或上帝能帮忙。	0	1	2	3	4
12	无论发生什么我都能应付。	0	1	2	3	4
13	过去的成功让我有信心面对挑战。	0	1	2	3	4
14	应对压力使我感到有力量。	0	1	2	3	4
15	我喜欢挑战。	0	1	2	3	4
16	我能做出不寻常或艰难的决定。	0	1	2	3	4
17	我认为自己是个体强有力的人。	0	1	2	3	4
18	事情看起来没什么希望，我不会轻易放弃。	0	1	2	3	4
19	无论结果怎样，我都会尽自己最大努力。	0	1	2	3	4
20	我能实现自己的目标。	0	1	2	3	4
21	我不会因失败而气馁。	0	1	2	3	4
22	经历艰难或疾病后，我往往会很快恢复。	0	1	2	3	4
23	我知道去哪里寻求帮助。	0	1	2	3	4
24	在压力下，我能够集中注意力并清晰思考。	0	1	2	3	4
25	我喜欢在解决问题时起带头作用。	0	1	2	3	4

### 心理弹性自测量表

62分 心理弹性水平一般

60分及以下为心理弹性水平较差

61~69分为心理弹性水平一般

70~79分为心理弹性水平良好

≥80分为心理弹性水平优秀

入院评估 姓名： 性别： 年龄： 填写日期： 2024.3.9

序号	题目（近1个月）	从不	偶尔	有时	经常	总是
1	一些无法预期的事情发生而感到心烦意乱	1	2	3	4	5
2	感觉无法控制自己生活中重要的事情	1	2	3	4	5
3	感到紧张不安和压力	1	2	3	4	5
4	成功地处理恼人的生活麻烦	1	2	3	4	5
5	感到自己是有效地处理生活中所发生的重要改变	1	2	3	4	5
6	对于有能力处理自己私人的问题感到很有信心	1	2	3	4	5
7	感到事情顺心如意	1	2	3	4	5
8	发现自己无法处理所有自己必须做的事情	1	2	3	4	5
9	有办法控制生活中恼人的事情	1	2	3	4	5
10	常觉得自己是驾驭事情的主人	1	2	3	4	5
11	常生气，因为很多事情的发生超出自己所能控制	1	2	3	4	5
12	经常想到有些事情是自己必须完成的	1	2	3	4	5
13	常能掌握时间安排方式	1	2	3	4	5
14	常感到困难的事情堆积如山，而自己无法克服它们	1	2	3	4	5

### 压力知觉自测量表

44分

14-28分 知觉到的压力较低

29-42分 知觉到的压力适中

43-56分 知觉到的压力较高

57-70分 知觉到的压力非常高

睡眠自测 AIS量表 （过去1个月内）		没问题	轻微	明显	显著或基本没睡
1	睡眠延迟（关灯后到入睡的时间）	√			
2	夜间睡眠中断			√	
3	早醒	√		√	
4	总睡眠时间			√	
5	总体睡眠质量评价（不论睡眠时间长短）			√	
6	对白天情绪的影响			√	
7	对白天功能的影响（身体与心理）			√	
8	白天睡意情况			√	12

AIS睡眠自测量表

12分

0-3分睡眠正常

4-5分 可能有睡眠问题

6分及以上失眠

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？					
序号	项目（近2周）	没有	几天	7天以上	几乎天天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难、睡不安或睡得过久	0	1	2	3
4	感觉疲劳或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃得太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟或很失败，或让自己、家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如看报纸或看电视时	0	1	2	3
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉？或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安，动来动去	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3
总分					13

PHQ-9 抑郁筛查量表

13分

0-4分 无抑郁

5-9分 轻度抑郁

10-14分 中度抑郁

15-19分 中重度抑郁

20分以上 重度抑郁

项目（近2周）		没有	有几天	7天以上	几乎天天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2	不能停止或无法控制担心	0	1	2	3
3	对各种各样的事情担忧过多	0	1	2	3
4	很紧张，很难放松下来	0	1	2	3
5	非常焦虑，以至无法静坐	0	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	0	1	2	3
7	感到好像有什么可怕的事会发生	0	1	2	3
总分					8

GAD-7 焦虑筛查量表

8分

0-4分 无焦虑

5-9分 轻度焦虑

10-13分 中度焦虑

14-18分 中重度焦虑

19分以上 重度焦虑



入院诊断：

1.胸闷待查

2.冠状动脉粥样硬化性心脏病？

3.2型糖尿病

4.高脂血症

5.抑郁状态

6.失眠

入院药物治疗方案

阿司匹林 0.1g qd po

氯吡格雷 75mg qd po

可定 20mg qn po（依洛尤单抗140mg ih）

酒石酸美托洛尔 12.5mg bid po

雷贝拉唑 20mg qd po

艾司西酞普兰 10mg qd po

黛力新 10.5mg qd po

罗拉 0.5mg qn po

达格列净 10mg qd po 西格列汀100mg qd po

谷维素片 10mg Tid po

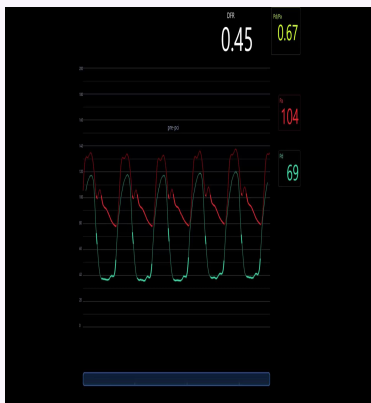
甲钴胺片 0.5mg Tid po 叶酸 5mg qd po

入院第二天，患者睡眠障碍有所改善，睡眠时间延长。第三天，患者自诉睡眠障碍明显改善，胸闷、胸痛、心悸发作次数减少。

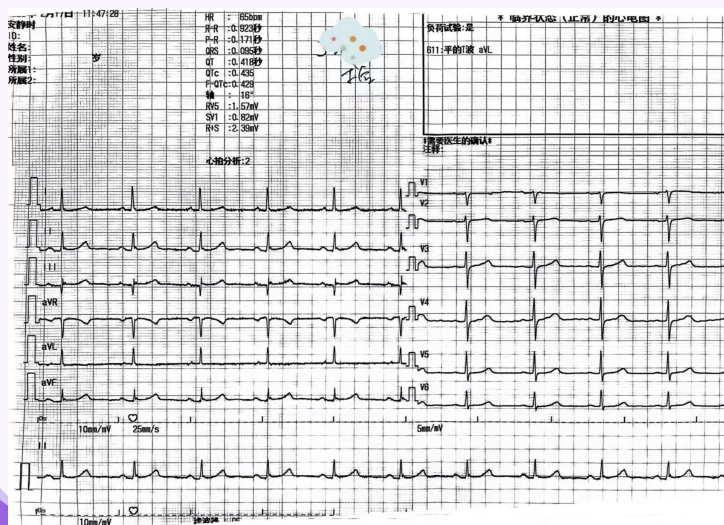
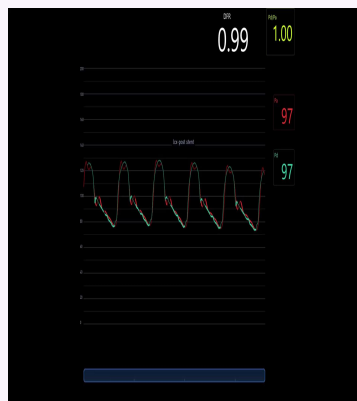
患者于2025.02.17 行冠脉造影检查，提示：三支病变，累及（LAD、LCX、RCA），前降支（LAD）中段狭窄75%，第一对角支（D1）狭窄85%，回旋支（LCX）远段狭窄90%，右冠状动脉（RCA）后降支狭窄90%，后侧支狭窄30%。

于LCX远段植入1枚支架（2.5\*18），LAD近中段影像评估，测FFR值0.93（FFR小于0.9可能诱发心肌缺血）

回旋支远段植入1枚支架（2.5\*18）



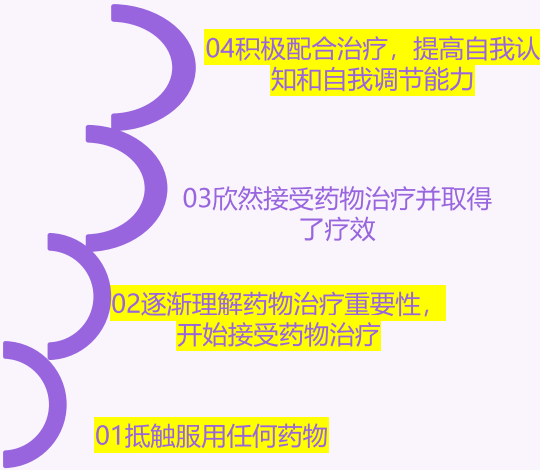
VS



术后心电图

复查血脂

- 甘油三酯（TG） 1.17mmol/L
- 总胆固醇（TC） 5.15mmol/L
- 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)：  
3.34mmol/L **(极高危人群<1.8)**



出院诊断：

1. 不稳定性心绞痛
2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病
3. 2型糖尿病
4. 高脂血症
5. 抑郁状态
6. 失眠

### 出院带药

阿司匹林 0.1 qd po  
氯吡格雷 75mg qd po  
可定 20mg qn po （依洛尤单抗140mg ih q2w）  
酒石酸美托洛尔 12.5mg bid po  
草酸艾司西酞普兰片（来士普）15mg qd po  
黛力新 5.25 mg qd po 罗拉 0.5mg qn po  
雷贝拉唑 20mg qd po  
达格列净 10 mg qd po  
西格列汀 100mg qd po  
甲钴胺 0.5mg tid po  
叶酸 5mg qn po  
谷维素 10mg tid po

出院评估					
姓名: 性别: 年龄: 日期: 2025.2.19					
近期, 你生活中以下症状出现的频率有多少?					
序号	项目 (近期)	没有	几天	7天以上	几乎天天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难、睡不安或睡得多	0	1	2	3
4	感觉疲劳或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃得太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟或很失败, 或让自己、家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难, 例如看报纸或看电视时	0	1	2	3
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉? 或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安, 动来动去	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3
总分					
	项目 (近期)	没有	有几天	7天以上	几乎天天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2	不能停止或无法控制担心	0	1	2	3
3	对各种各样的事情担忧过多	0	1	2	3
4	很紧张, 很难放松下来	0	1	2	3
5	非常焦虑, 以至无法静坐	0	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	0	1	2	3
7	感到好像有什么可怕的事会发生	0	1	2	3

### 心内科三类患者容易出现焦虑/抑郁障碍

- 第一类患者：无器质性心脏病病变，因精神或神经系统疾病出现“心脏病”症状
  - 自觉胸闷、胸痛而怀疑患上了心脏病，加之身边总听到有人因心脏病去世的消息而越发惊恐、忧虑不安、失眠、反复多次就诊。
- 第二类患者：心脏病不严重，心理负担过重，导致躯体的各种症状
  - 有胸闷、心悸的症状，心电图表现仅为早搏，但由于医生的不正确解释而导致精神压力很重。
- 第三类患者：器质性心脏病患者，对于疾病的承受能力低，恐惧心理加重，加重心脏疾病
  - 心脏介入、搭桥、起搏器植入等术后患者，尽管手术治疗很成功，但在经历了急救、手术、病友死亡等刺激，对疾病预后的不了解，从而产生抑郁、焦虑等情绪障碍。

### 心血管疾病治疗理念的转变

- ◆ Lipid deposit to inflammatory response  
从注意脂质沉积到炎症反应
- ◆ Luminal stenosis to vulnerable plaque formation  
从重视管腔狭窄到易损斑块
- Vulnerable plaque to vulnerable patient  
从重视易损斑块到易损病人
- Psychocardiology  
从关注心脏到关注双心

7

心血管病患者使用精神类药品，注意精神类药物与心血管药物之间的相互作用，关注用药的安全性。

### 精神药物与心脏药物的相互作用

精神药物	心血管药物	作用
SSRIs	β 受体阻滞剂	增加心动过缓
SSRIs	华法林	增加出血风险，对INR（国际标准化比值）影响小
MAOIs	肾上腺素 多巴胺	高血压
锂盐	噻嗪类利尿剂	增加锂浓度
TCAs	胍乙啶	减少胍乙啶抗高血压作用
TCAs	IA类抗心律失常药 胺碘酮	QT间期延长，增加房室阻滞
锂盐	ACEI	增加锂浓度
吩噻嗪类	β 受体阻滞剂	低血压

45

## 晕厥遇上冠脉痉挛的深层思考

### 一般情况及主诉:

患者: 张X, 男, 62岁, 入院时间: 2025年2月28日

主诉: 胸痛间断发作8年, 1周前晕厥1次

### 现病史:

- ★ 2017年, 夜间睡眠过程中出现胸闷胸痛不适, 症状发作时持续约有半小时。
- ★ 2018年再发胸闷胸痛, 患者就诊江苏当地医院完善冠脉造影提示: 前降支慢血流, 近中段长病变, 狭窄40-50%, 中段局限性心肌桥, 收缩期狭窄50%, 对角支无明显狭窄, 回旋支及钝缘支无明显狭窄, 右冠慢血流, 中段狭窄30%。
- ★ 2023年9月再发胸痛, 就诊上海某三甲医院完善冠脉增强CT提示: LAD近段见混合密度斑块, 管腔狭窄30-45%, 前降支中远段心肌桥-壁冠状动脉形成, 收缩期管腔轻微狭窄(15%)。
- ★ 2024年10月突发胸痛伴有冷汗, 黑朦晕厥1次, 清醒后就诊于上海某三甲医院, 规范药物治疗(氯吡格雷片75mg日一次, 阿托伐他汀片20mg日一次, 地尔硫卓缓释片90mg日一次, 单硝酸异山梨酯缓释片40mg日一次)。
- ★ 2025年2月19日再发胸痛, 伴晕厥1次



既往史：

- 1.高血压病史15年，缬沙坦胶囊80mg日一次，血压控制尚可。
- 2.冠心病病史7年，氯吡格雷片75mg日一次，阿托伐他汀钙片20mg日一次，地尔硫卓缓释片90mg日一次，单硝酸异山梨酯缓释片40mg日一次。
- 3.否认外伤史，否认其他病史，否认糖尿病史,否认高脂血症病史,否认脑血管病史。

个人史：

出生地址：江苏省

否认接触有毒有害物质工作，否认疫区居留史

有吸烟史30年，每日20支，未戒烟

有饮酒史，饮酒30年，每日80克，未戒酒

否认冶游史。

婚育史：

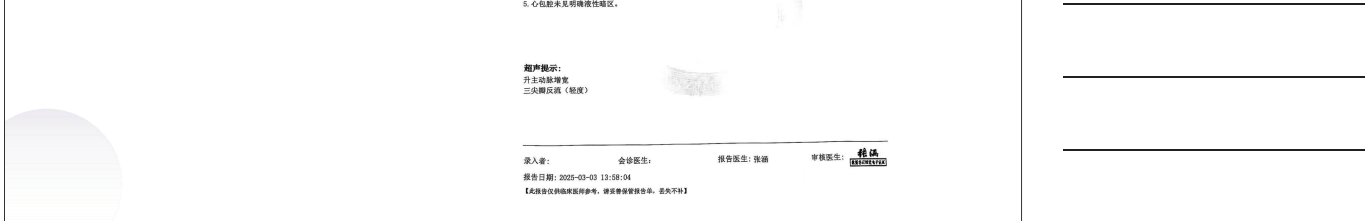
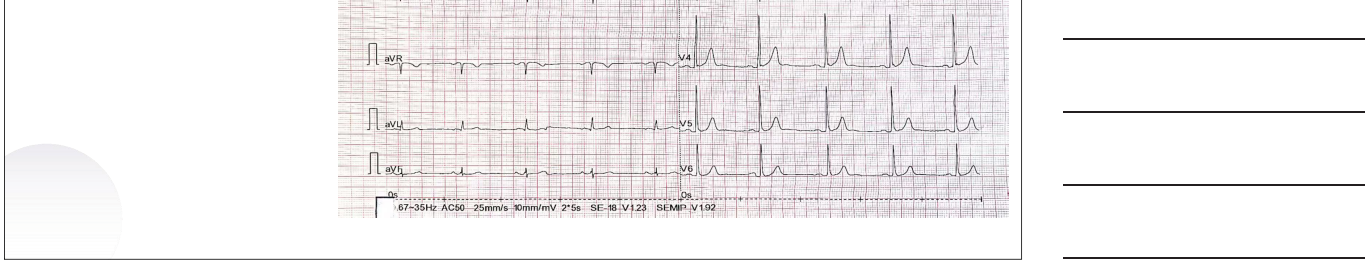
26岁结婚，爱人体健，育有1女

家族史：

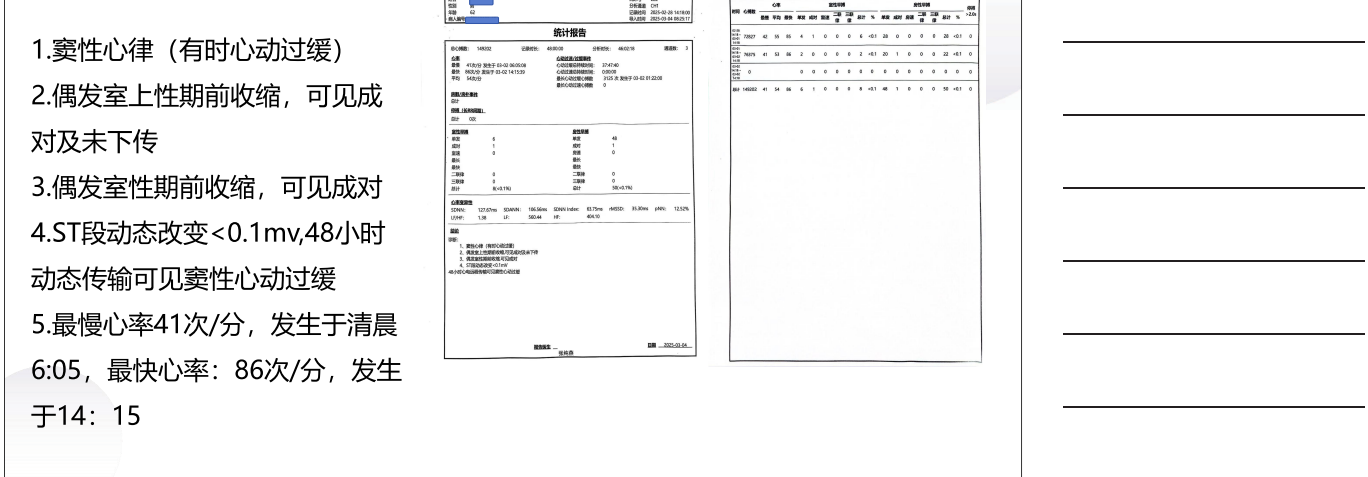
父亲已故，母亲健在

父亲49岁时，突发猝死

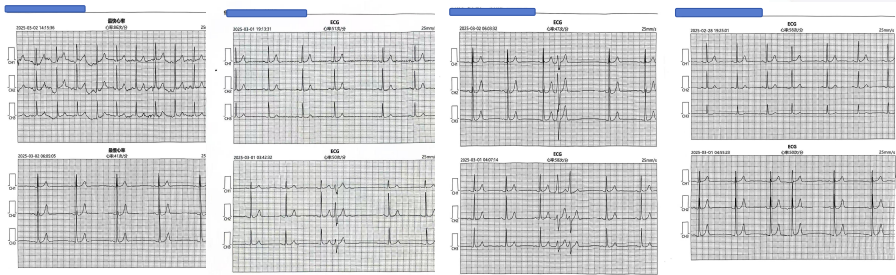
兄妹3人，否认家族遗传病病史



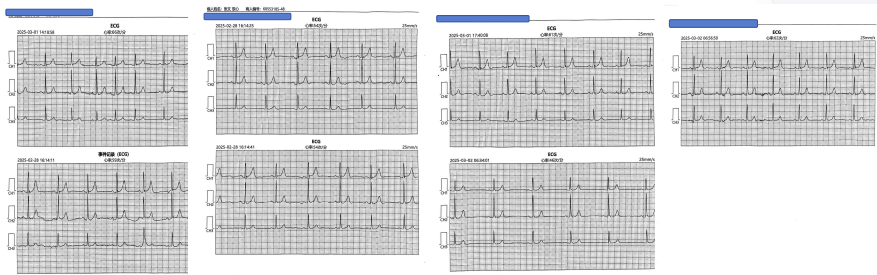
- [illegible]



动态心电图提示：



动态心电图提示：



精神压力相关测评：

压力知觉自测量表	40	压力适中
睡眠自测量表	0	正常
PHQ-9量表	1	无抑郁
GAD-7量表	2	无焦虑
心理弹性自测量表	67	一般
认知测评	30	无认知障碍

**入院诊断：**

- 1.不稳定性心绞痛
- 2.冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 3.冠状动脉慢血流
- 4.晕厥查因 心源性晕厥？
- 5.高胆固醇血症
- 6.高血压2级（极高危组）

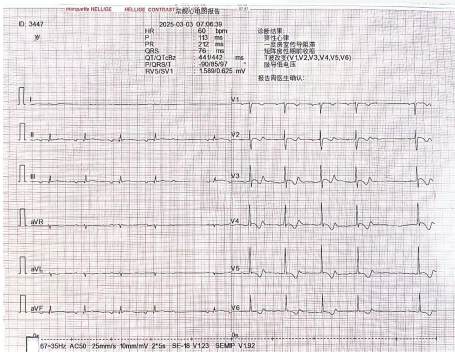
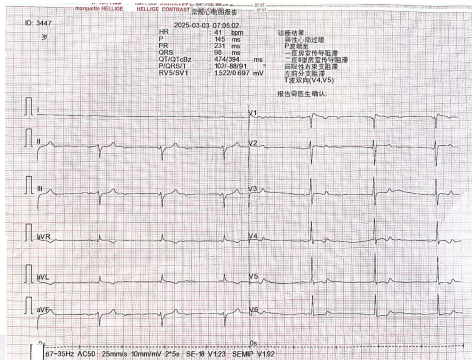
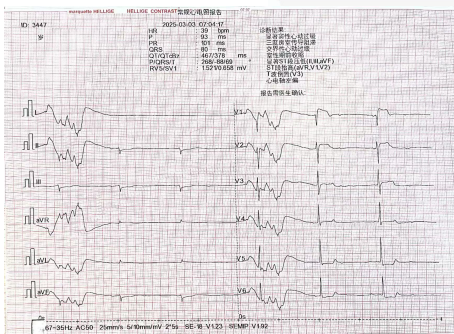
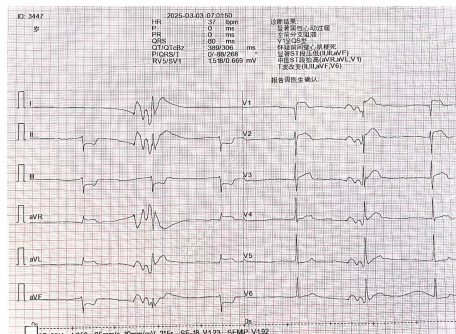
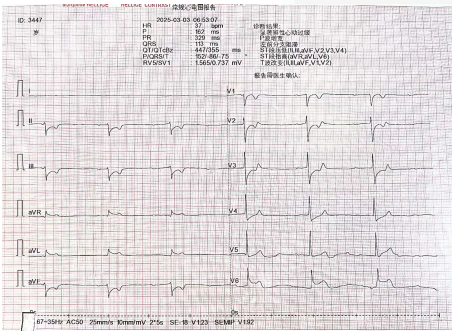
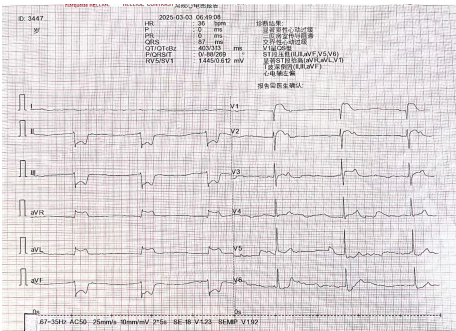
**入院后治疗：**

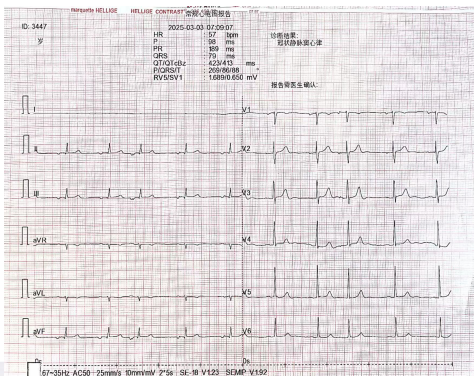
拜阿司匹林片0.1g口服日一次  
硫酸氢氯吡格雷片75mg口服日一次  
阿托伐他汀钙片20mg口服日一次  
地尔硫卓缓释片90mg口服日一次  
单硝酸异山梨酯缓释片40mg口服日一次

患者于2025年3月3日凌晨6：40起床后诉心前区不适，面色苍白伴大汗，测量血压66/45mmHg，心率：35次/分，立即给予患者0.9%NaCl注射液500ml快速补液，给予患者鼻导管吸氧3L/min，予以床边心电图提示：III度房室传导阻滞，V1-V3导联ST段抬高，avR、avL导联ST段抬高，II，III，avF导联ST段压低，心电图反复测量，明显动态改变，予以阿托品0.5mg静推，予以肾上腺素注射液1mg加入500ml 0.9%氯化钠注射液以50ml/小时泵入。患者意识略模糊，给予患者胸外按压10余次。7：00复测血压78/58mmHg，心率：65次/分，继续肾上腺素溶液100ml/小时泵入，7：10血压133/84mmHg，心率：74次/分，患者症状明显缓解，自诉无意识丧失，病情变化及抢救过程均清楚。目前抢救成功，紧急完善冠脉造影



病情变化时反复复查心电图提示：

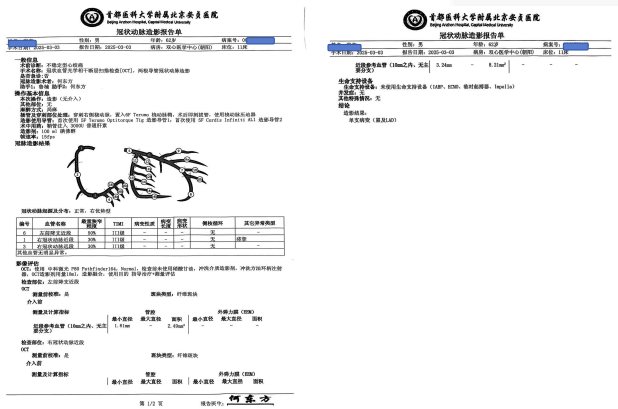




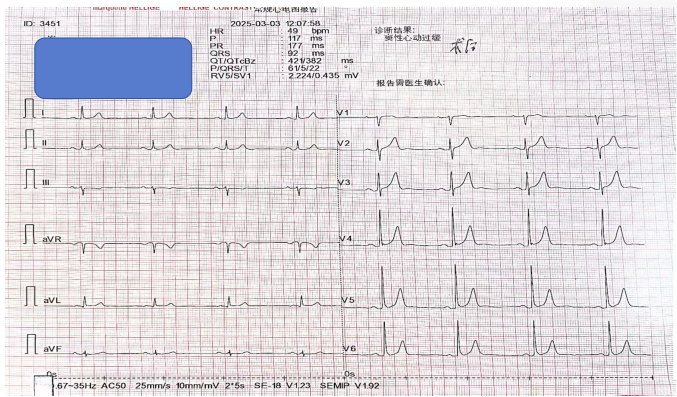
冠脉造影提示：

左前降支：近段最重处狭窄50%

右冠状动脉：近段最重30%狭窄，可见明显痉挛；远端30%狭窄



术后心电图提示：





### 术后情况

术后持续心电监测，血氧饱和度监测，心率：50-58次/分之间，血压：100-120/60-70mmHg，SPO2:98%,患者未诉胸闷心慌胸痛不适，刘梅颜主任及何东方副主任反复查看病人，患者略有紧张情绪，叙述病情时肌肉有轻微震颤，自诉发作时多于身体一弯腰一前倾发作，有时身体前倾症状消失，并且不厌其烦的反复描述每次发作时的细节，患者虽焦虑抑郁量表评分无异常，但根据与患者交谈，刘梅颜主任察觉患者可能存在隐匿性精神压力疾患，建议修正诊断，调整治疗方案。

### 目前诊断：

- 1.不稳定性心绞痛
- 2.冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 3.冠状动脉痉挛
- 4.心源性晕厥
- 5.III度房室传导阻滞
- 6.冠状动脉慢血流
- 7.焦虑状态
- 8.高血压2级（极高危组）
- 9.高胆固醇血症

### 调整治疗方案：

- 1.硫酸氢氯吡格雷片75mg口服日一次
- 2.阿托伐他汀钙片20mg口服日一次
- 3.地尔硫卓缓释片90mg口服日一次
- 4.单硝酸异山梨酯缓释片40mg口服日一次
- 5.尼克地尔片5mg口服日三次
- 6.厄贝沙坦片75mg口服日一次
- 7.盐酸度洛西汀肠溶胶囊20mg口服日一次
- 8.甲钴胺片1片口服日三次
- 9.叶酸片5mg口服日三次
- 10.复合B组维生素（自备）

治疗疗效：

患者术后至出院前未再发胸闷胸痛心慌不适，未再发晕厥，持续监测生命体征，规范服药，出院后电话随访2次，患者病情均控制良好，无不适

---

---

---

---

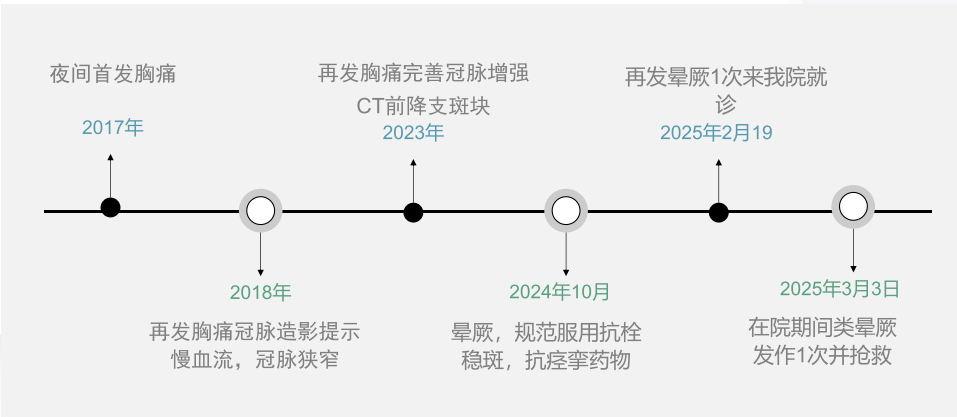
---

---

---

---

病例回顾



---

---

---

---

---

---

---

---

治疗调整

原治疗：抗栓、稳定斑块、抗痉挛治疗

1

现治疗：抗栓，稳定斑块，强化抗痉挛治疗，加用抗焦虑抑郁治疗及调节神经功能药物

2

---

---

---

---

---

---

---

---

冠脉痉挛的诊断

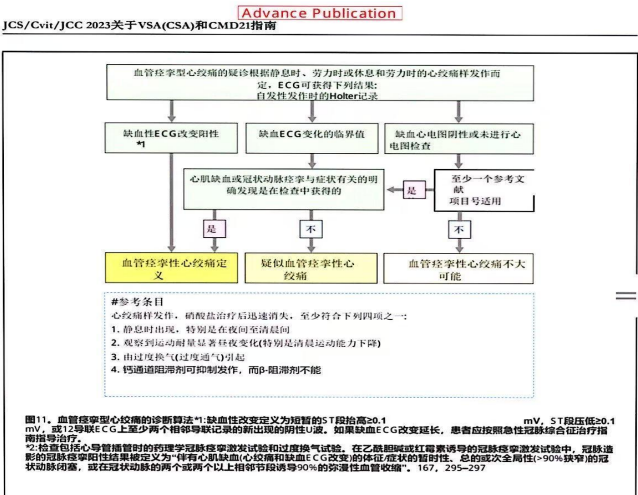
确定/疑似血管痉挛性心绞痛的诊断：如果满足以下任一条件和任一要求，则认为存在确定/疑似血管痉挛性心绞痛。如果一个都不满足，则被判断为不太可能是血管痉挛性心绞痛。

三个条件：

- (1) 自发发作；
- (2) 非药物冠脉痉挛激发试验（如过度换气试验和运动试验）阳性；
- (3) 药物冠脉痉挛激发试验阳性（如乙酰胆碱和麦角新碱）；

新指南中冠脉痉挛的阳性诊断标准发生了变化，定义如下：一支冠脉出现短暂、完全或次全局灶性闭塞（> 90%狭窄），伴有心肌缺血的体征/症状（心绞痛和缺血性心电图变化）或在一支冠脉≥2个连续节段诱发90%的弥漫性血管收缩。

冠脉痉挛诊断流程



冠脉痉挛的治疗：

(二) CAS的治疗

1. **钙通道阻滞剂** 钙通道阻滞剂是治疗CAS的基础药物，在患者可耐受的情况下可联合二氢吡啶类和非二氢吡啶类两种钙通道阻滞剂治疗。
2. **硝酸酯类药物** 反复发作的CAS可使用长效硝酸酯类药物控制。尼可地尔是ATP敏感的钾离子通道开放剂，亦可减少CAS的发作。

### 冠脉痉挛的治疗：

3. **β受体拮抗剂** 既往观点均认为β受体拮抗剂可诱发CAS发作。然而，近年发现CAS的基础研究中，传统观点受到挑战，β受体拮抗剂的作用逐渐被重视。
4. 其他药物 由于镁缺乏、氧化应激、内皮功能异常为CAS的可能机制，近年来发现**镁剂、抗氧化剂和他汀类降脂药物**对CAS有一定的治疗作用。
5. **抗血小板药物** 持续性的CAS可发展为AMI，需早期启动抗血小板治疗。
6. **器械治疗** CAS诱发的室性心动过速、心室颤动所致的心脏性猝死存活患者，可行植入型心律转复除颤器（ICD）进行二级预防治疗。

### 精神心理问题与冠脉痉挛：

精神心理问题包括焦虑、抑郁、惊恐发作等，发病隐匿、起病不定时、诊断困难、漏诊率高，CAS的诊断亦有难度，目前已明确，精神心理问题可在一定程度上诱发各类型CAS的发生。

### 焦虑抑郁导致冠脉痉挛的机制：

- ①内皮功能障碍：在焦虑合并CAS患者中血管内皮功能异常显著。
- ②炎症反应激活：焦虑和抑郁状态均为应激状态，炎症因子的增加是CAS发生的诱发机制之一。
- ③交感和副交感神经失衡：CAS多发生于睡眠期间的快速动眼期，交感神经兴奋且肾上腺素能物质增加，迷走神经处于抑制状态，CAS可能与增加的交感神经兴奋和抑制的副交感神经兴奋有关。

**焦虑合并冠脉痉挛的治疗**

- 1. 行为心理学干预（包括认知行为疗法和人际关系疗法）
- 2. 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI） SSRI类药物是治疗焦虑和抑郁的一线用药。  
选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI）作为替代疗法还可以改善疼痛等躯体症状。
- 3. 苯二氮卓类药物 小剂量苯二氮卓类药物可明显改善焦虑患者的恐惧、紧张、忧虑、失眠等症状。
- 4. 坦度螺酮 5-羟色胺受体激动剂，可有效控制精神压力所致的血压升高和心率增快，并改善躯体和精神症状。

---

---

---

---

---

---

---

---