

# 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。冠心病合并心理疾病（以下简称“双心”）

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”  
患者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；统一“冠  
心病合并心理疾病（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（培育基地提供也可）。

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”患者家医签约服务项目清单（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、护士和培育基地专家职责。

#### （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

利用现有的信息化系统，建立“双心”患者系统模块，能通过信息化数据平台，对本机构就诊的“双心”患者建立电子健康档案，患者的检查检验结果和门诊病历数据互联互通，信息共享，保证数据可溯源性。

内容包括但不限于：患者完整的基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等相关信息。能具备统计分析功能。

2. 病历质量控制

每月进行一次科室质控，每季度 1 次院内质控及标准化的 SOAP 病历书写。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。建立全科医生病历互查及专家点评制度，及时反馈质控结果并有整改措施。

3. 处方质量控制：冠心病和抗焦虑、抑郁用药的合理使用，建立每月处方点评制度。

4. 焦虑抑郁量表筛查的数量与质量的控制。

### （六）培育基地特色专科联动建设

1. 三级或专科医疗机构培育基地专家下沉

建立“双心”门诊分级诊疗制度，三级医疗机构或专科医疗机构建立培育基地，社区卫生服务机构同其心内科、精神科等与“双心”相关科室建立密切合作，完成专家每月不少于 4 个单元的出诊、查房、带教、授课等任务，形式不限。具备条件的社区可积极开展远程医疗服务，推动社区“双心”疾患防治水平的提升。

2. 畅通双向转诊绿色通道

社区卫生服务机构建立与三级或专科医疗机构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。转诊情况应记录在健康档案。

### （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”家医服务项目清单(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、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特色科室建设统一培训（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三级或专科医院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。

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 $\geq 4$ 次，每次参与人数 $\geq 20$ 人，培训形式不限，线上及线下均可。

### （十）专病特色科室绩效考核指标

1. “双心”患者规范管理率达到 60%，一年至少四次面对面随访患者。

2. “双心”患者病情控制率：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 $\geq 60\%$ 。

3. 专病特色科室“双心”患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

4. 专病特色科室“双心”患者中医药治疗率 $\geq 50\%$

## 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早期识别，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。

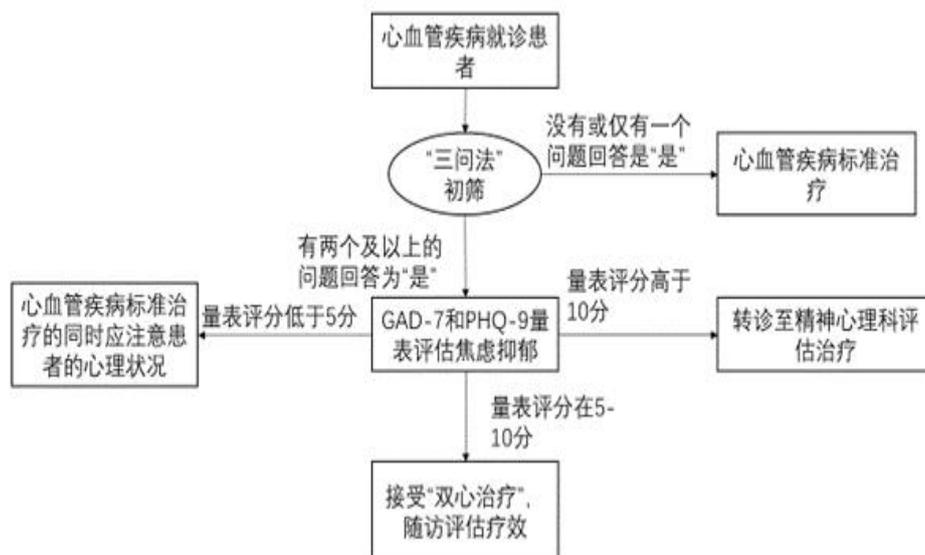
## （三）急性事件的具体应对措施（详见附件2）

### 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：

1. 冠心病合并心理疾病（“双心”）专病特色科室建设评估标准
2. 冠心病合并心理疾病（“双心”）技术规范
3. 冠心病急性事件的具体应对措施
4. 冠心病合并心理疾病的诊治
5. GAD-7 焦虑筛查量表
6. PHQ-9 抑郁筛查量表

## 附件 1:

## 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	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”患者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	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β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		8
2-1	心脏功能检查区域	区域面积 $\geq 10\text{m}^2$ 、统一标识标牌	1
		专病知识宣传栏、公示“双心”家医签约服务项目清单（包）	1
2-2	心理问题评估检测区域	区域面积 $\geq 8\text{m}^2$	1
		相关知识宣传栏	1
2-3	心脏功能检测设备 （*培育基地医院具	心理评估量表 PHQ-9、GAD-7 相关的软件系统 （专病科室）	1

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
2-4	备)	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
<b>3</b>		<b>药品</b>	
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
<b>4</b>	<b>专病特色科室工作 方案及管理制度</b>		<b>8</b>
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、“双心”患者家医签约服务项目清单（包）等。	2
4-3	制定各岗位人员职责	至少包括全科医生、社区护士、培育基地专家职	2

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
		责	
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>18</b>
5-1	“双心” 问卷筛查	“双心” 患者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” 患者例数（ $\geq 100$ 例/年）	4
5-3	双心疾病门诊量	“双心” 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	利用现有信息系统建立“双心” 模块，保证数据 可溯源性	2
6-2	病历质量控制	建立病历质量控制制度（自查病例有记录/现场核 查一定数量病例）	4
6-3	处方点评	定期进行处方点评（查看“双心” 处方合格率）	2
<b>7</b>	<b>培育基地特色专科 联动建设</b>		<b>4</b>
7-1	与三级或专科医疗 机构培育基地开展 “双心” 门诊指导等	三级或专科医疗机构培育基地专家到社区“双 心” 门诊出诊、带教、会诊、指导（不低于 4 个 门诊单元/月，形式不限，时间相对固定）	2
7-2	与三级或专科医疗 机构培育基地开展 “双心” 患者双向转 诊	与三级或专科医疗机构培育基地开展“双心” 患 者的双向转诊，有转诊记录	2
<b>8</b>	<b>培训考核</b>		<b>6</b>

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
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”专病特色科室建设规范培训	2
8-2	人员进修	两年内全科医生、护士(至少各有一名)均应参加一次三级或专科医疗机构培育基地心脏、心理学科进修，全科医生累计时间不少于一个月，护士累计不少于一个月	2
8-3	人员考核	专病科室全科医生、护士参加培训和进修参加过程性操作考核，考核合格	2
<b>9</b>	<b>开展健康教育活动</b>		<b>4</b>
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，每次参与人数 $\geq 20$ 人	4
<b>10</b>	<b>绩效考核指标</b>		<b>14</b>
10-1	“双心”患者家庭医生服务签约率	“双心”患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$	4
10-2	“双心”患者规范管理率	“双心”患者规范管理率 $\geq 75\%$	4
10-3	“双心”患者病情控制率	“双心”患者符合病情控制标准者 $\geq 60\%$	3
10-4	开展“双心”患者中医药治疗率	“双心”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

## 附件 2:

# 冠心病合并心理疾病（“双心”）技术规范

## 一、冠心病合并心理问题的诊断和分型

（一）冠心病合并心理问题的诊断主要包括冠心病的诊断以及心理问题的识别两部分。患者应根据年龄、性别、心血管危险因素、疼痛的特点来估计冠心病的可能性，并依据病史、体格检查、相关的无创检查及有创检查结果作出诊断及分层危险的评价。对于可能有心理问题的患者，可采用“三问法”进行初筛。三个问题中如果有两个及两个以上回答是，患有心理问题的可能性为 80%，再进行抑郁焦虑的筛查。

（二）冠心病的分型：WHO 冠心病根据其临床特点可分为心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病、隐匿型或无症状性冠心病、猝死五种类型。近些年来，从提高诊治效果和降低死亡率出发，根据冠心病的临床特点，将其分为稳定型心绞痛和急性冠脉综合征两大类。

（三）心理问题常见类型及诊断：冠心病合并的心理问题有抑郁、焦虑、创伤后应激障碍等。美国心脏协会（American Heart Disease, AHA）提出应用 PHQ-2 作为抑郁状态的初筛工具，再用 PHQ-9 判断抑郁的严重程度。焦虑可通过“90 秒 4 问题询问法”（表 2）进行初筛。再由广泛性焦虑筛查量表(GAD-7)适合广泛性焦虑快速评估，焦虑自评量表(SAS)等自评问卷对焦虑的类型以及严重程度进行。PTSD 的诊断可采用美国疾病诊断和统计分类标准第 IV 版（DSM-IV）的诊断标准。

## 二、辅助检查

（一）心电图检查：心电图对于心肌缺血和心肌梗死的诊断具有重要意义，还可辅助判断心肌缺血是神经源性还是器质性引起的，同时还可根

据其异常的严重程度和范围提供预后信息。

（二）心脏标志物检查：心脏标志物的检查对于心肌梗死的诊断具有重要意义，心脏肌钙蛋白（cTn）较传统的 CK 和 CK-MB 更为敏感、可靠，在症状发生后的 24 小时内，cTn 峰值对于急性冠脉综合症的诊断具有重要意义。

（三）冠脉 CT 检查：冠状动脉能提供详细的血管相关信息，帮助指导治疗和评价预后。

（四）心脏超声检查：心脏超声对于判断结构性心肌病以及心肌缺血具有重要意义，同时可通过评估左心功能，指导治疗和评价预后。

（五）心理状态评估：PHQ-9 和 GAD-7 是常用的焦虑抑郁评估量表，可辅助冠心病合并心理问题的诊断和治疗。

（六）其他检查：胸部 CT、胸部 X 线以及放射性核素检查也是常用的辅助诊疗手段。

### 三、社区冠心病合并心理问题患者的管理

冠心病患者具有较高的精神心理问题发病率，合并抑郁焦虑后，患者具有较高的病死率，预后较差。社区医生不仅要加强心血管疾病的二级预防，还要注意干预精神心理问题。目前对心血管疾病共病心理问题的干预治疗主要有以下方面：

（一）冠心病的防治：对于处于稳定期且无转诊指标的双心疾病患者，应积极给予抗血小板、降脂以及保护血管等药物治疗。加强冠心病的二级预防。如无禁忌，应长期服用阿司匹林（75mg-100mg）治疗，因存在禁忌或者不耐受而不能服用阿司匹林者，可用氯吡格雷代替，接受 PCI 术者，联合用药至少 12 个月。

（二）心理干预：心理治疗恰当的心理干预有利于心血管疾病患者的

快速康复，加强治疗效果，减少复发。心理干预首先要做好医患沟通。基层医生要从心理上帮助患者重新认识心血管疾病的发生、发展过程，合理解释患者心血管疾病的转归和预后，建立医患互信，恢复疾病的自信心。

（三）抗抑郁焦虑药物治疗：研究显示，在充分进行心血管疾病治疗的基础上，对心血管疾病合并心理问题(如焦虑、抑郁)的患者。可加用抗焦虑抑郁药物，以缓解或消除患者的心理状态。宜选用有安全性证据用于心血管疾病患者的抗抑郁焦虑药物，有：①选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂；②苯二氮草类；③其他。必要时可联合中西医治疗。

（四）体力运动为主的综合康复运动计划：有利于改善双心疾病患者的心脏功能和控制心理障碍症状，能有效改善双心疾病患者的预后，提高其生命质量，降低再发病率和死亡率等。

#### 四、社区冠心病合并心理问题患者的转诊

（一）冠心病患者达到下列转诊条件之一，应向上级心血管科转诊。

1. 生命体征不平稳
2. 首次发生心绞痛。
3. 无典型胸痛发作，但心电图 ST-T 有动态异常改变。
3. 首次发现的陈旧性心肌梗死。
4. 可疑心肌梗死。
5. 不稳定心绞痛。
6. 有新近发生的心力衰竭。
7. 正在恶化的慢性心力衰竭。
8. 需要调整防治方案者。心律失常治疗药物的调整；经强化药物治疗但仍有一般活动明显受限；需要药物治疗的危险因素控制不理想；需要接入、外科搭桥手术治疗；抗凝治疗药物调整。

9. 需要作进一步检查者，需要完善运动试验、核素成像检查、超声心动图检查、多层螺旋 CT 或冠状动脉造影检查等。

10. 病情稳定的患者，定期到专科的常规随访。

11. 患者要求转诊。

（二）冠心病合并心理问题患者达到下列转诊条件之一，需向上级医院或精神心理专科转诊。

1. 有自伤、自杀、伤人危险者。

2. 病程超过三周且呈进行性加重者。

3. 躯体疾病已稳定，但心理问题症状仍无好转者。

4. 心理问题症状严重，且有自杀或心理疾病的家族史。

5. 以往有发作，且症状较严重者。

6. 心理问题治疗效果差者。

7. 心理问题较轻，但社会功能受损严重者。

8. 在社区医生建议下需要转诊者。

## 附件 3

# 冠心病急性事件的具体应对措施

### 一、制定医疗风险防控预案

树立医疗风险防范意识，要求社区医师掌握“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。

### 二、急性并发症的识别与处理

#### （一）急性冠脉综合征

##### 1. ST 段抬高型心肌梗死的识别

（1）冠心病史。

（2）缺血性胸痛 $\geq 30$ 分钟。

（3）服硝酸甘油不缓解。

（4）心电图至少 2 个肢体导联或相邻 2 个以上的胸前导联，ST 段抬高 $\geq 0.1\text{mV}$ 。

##### 2. 非 ST 段抬高型急性冠脉综合征的识别

初发劳力性心绞痛或者恶化劳力性心绞痛，可有心肌缺血的客观证据：

①胸痛伴 ST 段压低 $\geq 0.05\text{mV}$ ，或出现与胸痛相关的 T 波变化，或倒置 T 波伪改善；②既往患急性心肌梗死、行冠脉介入治疗或冠状动脉旁路移植手术；③既往冠状动脉造影明确冠心病的诊断；④cTnT 或者 cTnI 增高。

3. 急性冠脉综合征的处理：①立即拨打 120 急救电话；②给予心电监护，建立静脉通道 4L/min 给氧；③维持氧饱和度 90%以上；④阿司匹林 300mg 嚼服（若院前未给）；⑤硝酸甘油（舌下、喷雾或静脉用药）；⑥硝酸甘油不能缓解胸痛则予吗啡静注。

## （二）心律失常

1. 心律失常的识别：如患者出现心悸、胸闷、头晕、低血压、出汗，严重者可出现晕厥、阿-斯综合征，应除外心律失常，心电图是必要的鉴别手段。

### 2. 心律失常的处理

（1）药物治疗：若患者血液动力学不稳定，需应用血管活性药物维持血压稳定；对于器质性心脏病，建议要先治疗原发病。如果治疗原发病同时仍有心律失常的发作，需应用抗心律失常药物，如快速型心律失常可考虑应用 $\beta$ 受体阻滞剂（如美托洛尔），I类抗心律失常药物普罗帕酮等。维持电解质平衡，高钾血症或低钾血症是诱发心律失常的常见原因，这类心律失常在改善电解质紊乱后，部分患者的症状可以缓解。如出现低血钾症状，应注意补钾。

（2）手术治疗：有条件的可以进行手术治疗。射频消融手术治疗，可用于阵发性室上性心动过速、房性心动过速、房颤、房扑、预激综合征等的治疗。

## （三）心源性休克

1. 心源性休克的识别：若出现低血压，收缩压在80mmHg以下，面色苍白，脉象弱而细，呼吸浅快，出冷汗，意识，少尿或者无尿等，应考虑为心源性休克。

2. 心源性休克的处理：诊断一旦确立，应立即开展抢救，积极纠正原发病治疗、对症治疗和加强支持治疗，防治并发症和重要脏器功能衰竭。

（1）药物治疗：血管活性药物、正性肌力药物；

（2）手术治疗：若考虑心源性休克的原因为急性冠脉缺血，则需尽快行血运重建，如急性心肌梗死合并心源性休克可考虑施行紧急冠脉介入治

疗或冠脉搭桥术(CABG)。

(3) 其他治疗：严密监护，吸氧等呼吸支持，有效止痛，尽快建立静脉给药通道。尽快向上级医院转诊。

#### (四) 心力衰竭

1. 心力衰竭的识别：如果患者于休息或运动时出现活动耐力下降、呼吸困难、乏力、下肢水肿的临床症状，应除外为心力衰竭。双肺干湿啰音、心音异常、心脏杂音、超声心动图异常、脑钠肽水平升高等心脏结构或功能异常的客观证据，有收缩性心力衰竭或舒张性心力衰竭的特征，可作出诊断。

#### 2. 心力衰竭的处理

(1) 药物治疗：急性心衰需积极筛查原发病，维持生命体征平稳，同时加强呼吸支持，并予静脉注射利尿剂、静脉扩血管药物使用。病情不缓解者应根据收缩压和肺淤血状况选择血管活性药物。慢性心衰应予指南推荐的药物治疗，包括 ACEI 或 ARB、 $\beta$  受体阻滞剂等并监测药物的不良反应。

(2) 日常护理：保持病室安静，空气清新，维持适当的湿度和温度。一般患者可取平卧位，对严重的心功能不全者应取半卧位或端坐位，但长期卧床易发生静脉血栓甚至肺栓塞，同时使消化功能降低，肌肉萎缩，必要时应建议适当运动。注意饮食，限制钠盐的摄入。

(3) 其他治疗：急性心衰初始治疗为经面罩或鼻导管吸氧。控制和消除各种诱因，及时矫正基础心血管疾病。病情严重、血压持续降低，甚至心源性休克者，采用机械通气支持、血液净化、心室机械辅助装置。慢性心衰应处理病因、改善症状。

## 附件 4:

## 冠心病合并心理疾病（“双心”）的诊治

## 一、“双心”疾病的诊断

心血管疾病合并的主要心理问题有抑郁、焦虑以及创伤后心理应激。对心理问题的正确识别对“双心”疾病的诊断至关重要，目前对几种主要的心理问题的识别主要如下：

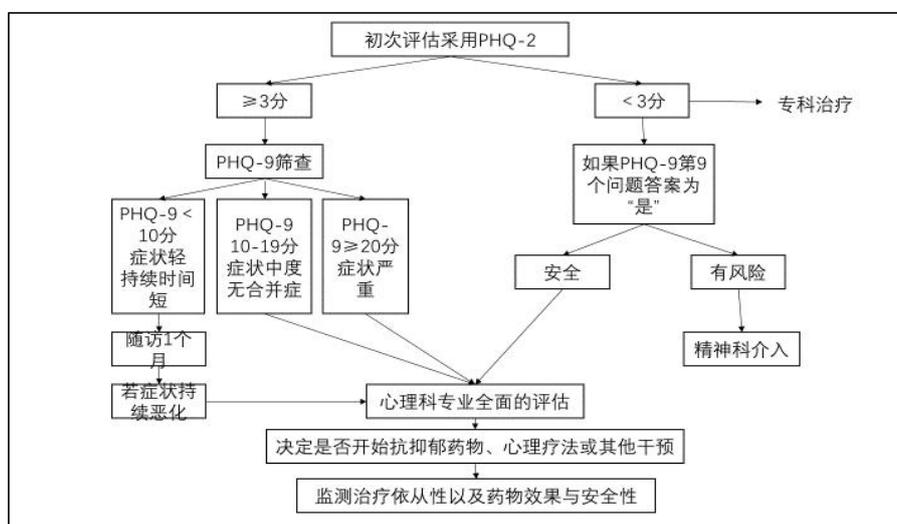
## （一）心理问题的识别

在诊疗时，可采用“三问法”（有附件），对可能有心理问题者进行初筛。三个问题为：①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？②是否有心烦不安，对以前感兴趣的事情失去兴趣？③是否有明显身体不适，但多次检查都没有发现能够解释的原因？三个问题中如果有两个及两个以上回答是，患有心理问题的可能性为 80%，需进行抑郁焦虑的筛查。

## 1. 抑郁状态的识别

美国心脏协会（American Heart Association ,AHA）提出应用 PHQ-2 和 PHQ-9 作为抑郁状态的筛查工具，其具体筛查流程示意图如下：

图 2 AHA 推荐冠心病合并抑郁状态的筛查流程



除选用 PHQ2 作为初筛的方式，还可选用“90 秒 4 问题询问法”（表 1）进行初筛，若四个问题均为阳性，则可进行下一步临床评估。

表 1 抑郁状态的简单筛查

问题	阳性
①过去几周或几个月是否感到无精打采、伤感，或对生活的乐趣少了？	是
②除了不开心之外，是否比平时更悲观、想哭？	是
③经常有早醒吗？（事实上并不需要这么早醒来	每个月超过一次以上为阳性
④近来是否经常想到活着没意思？	经常或“是”

## 2. 焦虑状态的识别

2016 年由中华医学会神经病学分会神经心理学与行为神经病学组制定的《综合医院焦虑、抑郁与躯体化症状诊断治疗的专家共识》中提出以“90 秒 4 问题询问法”（表 2）筛查焦虑，如果有两个及以上的问题为阳性，则需进行下一步临床评估。

焦虑是我们对生活的反应，是一种身体能感觉到的、可怕的、受威胁的体验。

可出现精神性焦虑、躯体性焦虑、自主神经功能紊乱等临床表现。焦虑可分为惊恐、广泛性焦虑、社交恐怖症、场所恐怖症、强迫症等类型。而在心内科常见到的是惊恐和广泛性焦虑。广泛性焦虑筛查量表(GAD-7)适合广泛性焦虑快速评估,焦虑自评量表(SAS)、状态-特质焦虑问卷(STAI)、综合性医院焦虑抑郁量表(HADS) 等自评问卷适合各种类型焦虑快速评估;有条件可选用汉密尔顿焦虑量表(HAMA) 等他评量表。

表 2 焦虑症状的简单筛查

问题	阳性
①你认为你是一个容易焦虑紧张的人吗？	是（了解是否有焦虑性人格或特质）
②最近一段时间，你是否感觉比平常更为焦虑或忐忑不安？	是（了解是否有广泛焦虑）
③是否有一些特殊情境或场合更容易使你紧张、焦虑？	是（了解是否有恐惧）
④你曾经有过惊恐发作吗，或突然发生的强烈不适感或心慌、眩晕、感到憋气或呼吸困难等症状？	是（了解是否有惊恐）

### 3. 创伤后应激障碍（PTSD）

PTSD 是对应激事件强烈的、迁延的或延迟的异常反应。表现为不自主的再体验应激性事件的片段，并伴有警觉性增高、对事件的相关事物等加以回避。其诊断可采用美国疾病诊断和统计分类标准第IV版（DSM-IV）的诊断标准。

### 4. 冠心病的诊断

患者应根据年龄、性别、心血管危险因素、疼痛的特点来估计冠心病的可能性，并依据病史、体格检查、相关的无创检查及有创检查结果作出诊断及分层危险的评价。

#### （1）稳定型心绞痛的诊断

①心绞痛的发作具有典型性（性质和部位，多由体力活动和精神因素诱发，去除诱发因素或口服硝酸甘油可缓解），部分症状不典型者，可由舌下口服硝酸甘油是否缓解判断；

②存在冠心病危险因素，如高血压、高脂血症、肥胖、吸烟以及家族史等；

③有客观依据证实心肌缺血，心电图 ST-T 段发生改变；

④冠状动脉影像学检查提示冠脉狭窄；

⑤心肌损伤标志物无明显异常。

（2）不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死的诊断

①症状与稳定型心绞痛相似，但可呈恶化劳力型心绞痛、变异性心绞痛、初发心绞痛特征；

②存在冠心病的危险因素；

③心电图发生一过性 ST 段抬高，症状缓解后 ST 段回落，但心电图正常不能排除诊断；

④冠状动脉影像学检查提示冠脉狭窄；

⑤心肌损伤标志物升高。

（3）ST 段抬高型心肌梗死的诊断

①症状和部位类似稳定型心绞痛，口服硝酸甘油无缓解。

②存在冠心病的危险因素；

③心电图出现典型的 ST 段抬高；

④冠状动脉影像学检查提示冠脉狭窄；

⑤心肌损伤标志物升高。

## （二）冠心病的分型

WHO 冠心病根据其临床特点可分为以下五种类型：

1. 心绞痛，主要表现为发作性的胸闷胸痛，多由运动或情绪激动诱发，持续时间 3-5 分钟，一般不超过 20 分钟，含服硝酸甘油疼痛可缓解。

2. 心肌梗死，在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉供血急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血导致心肌坏死，疼痛程度较为剧烈，死亡率可达 10%。

3. 缺血性心肌病，由于冠状动脉血管狭窄，心肌长期缺血导致心肌纤

维增生、心脏增大以及急性心力衰竭。

4. 隐匿型或无症状性冠心病，患者平时没有任何的胸闷胸痛症状，通过心电图检查，或者是冠状动脉造影检查可确诊为冠心病。

5. 猝死，主要表现为反复发作的恶性心律失常，这类冠心病有猝死的风险。主要由于在动脉粥样硬化的基础上，发生冠状动脉痉挛或栓塞，导致心肌急性缺血，造成局部电生理紊乱，诱发严重心律失常所致。

近些年来，从提高诊治效果和降低死亡率出发，根据冠心病的临床特点，将其分为稳定型心绞痛和急性冠脉综合征两大类。

### （三）患者随访以及合并症的筛查

“双心”疾病患者多伴有高血压、高脂血症、糖尿病、肝肾功能异常、脑血管疾病等、在随访中应加以监测。

表3 慢性稳定性心绞痛患者的随访与管理内容

随访内容	随访问隔	
	治疗的第一年	一年后
建立健康档案输入临床信息系统	治疗的第一年	一年后
门诊随访了解患者自觉症状，包括： 1.体力活动水平下降与否； 2.治疗耐受程度； 3.是否有新的伴随疾病，已有的伴随疾病的严重程度；对其治疗是否加重了心绞痛； 4.心绞痛发作的频率和严重程度加重与否； 5.是否成功地消除了危险因素并增加了对危险因素的认识	每 4-12 个月一次	每 4-12 个月一次
门诊随访评估患者当前使用的所有抗心绞痛药物及抗血小板治疗情况	每 4-12 个月一次	每 4-12 个月一次

随访内容	随访问隔	
门诊随访评估患者生活方式、血糖、血脂、血压的控制情况以及心功能情况,评估患者当前使用的所有药物	每 4-12 个月一次	每 4-12 个月一次
体检（体重、血压、脉搏、颈静脉、颈动脉,心脏、肺、血管、肝肾、有无浮肿等。）	每 4-12 个月一次	每年一次
健康教育与行为干预	每 4-12 个月一次	每年一次
心电图	每 3-6 个月一次或需要时	每年一次或需要时
监测血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇）	降脂治疗后 6-8 周一次,以后 4-6 个月一次	每 4-6 个月一次
监测血糖（无糖尿病患者）	每年一次	每年一次
监测糖化血红蛋白（有糖尿病患者）	每年一次	每年一次
监测肾功能	需要时	需要时
监测肝功能	需要时	需要时
监测肝功能、肌酶（服降脂药物者）	降脂治疗前基线、6-8 周后各查一次,以后需要时	需要时
平板运动试验（临床状态没有变化）		每 3 年一次或酌情

对于经皮冠状动脉介入治疗术后患者,其随访还需观察介入术后情况,目前常用的支架为药物支架,裸支架较少用,以下主要为药物支架术后患者的随访管理。

表 4 经皮冠状动脉介入治疗术后患者的随访与管理内容

随访内容	具体内容及间隔	
抗血小板制剂	阿司匹林 100mg/日,终身服用,加氯吡格雷 75mg/日或替格瑞洛 90mg BID,服用至少 12 个月。停药需上级医院复诊后。	

随访内容	具体内容及间隔	
观察内容	心绞痛发作情况；活动能力；有无劳力性呼吸困难	
门诊随访评估患者生活方式、血糖、血脂、血压的控制情况以及心功能情况，评估患者当前使用的所有药物	每 4-12 个月一次	每 4-12 个月一次
体检（体重、血压、脉搏、颈静脉、颈动脉，心脏、肺、血管、肝肾、有无浮肿等。）	每 4-12 个月一次	每年一次
健康教育与行为干预	每 4-12 个月一次	每年一次
心电图	每 3-6 个月一次或需要时	每年一次或需要时
监测血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇）	降脂治疗后 6-8 周一次，以后 4-6 个月一次	每 4-6 个月一次
监测血糖（无糖尿病患者）	每年一次	每年一次
监测糖化血红蛋白（有糖尿病患者）	每年一次	每年一次
监测肾功能	需要时	需要时
监测肝功能	需要时	需要时
监测肝功能、肌酶（服降脂药物者）	降脂治疗前基线、6-8 周后各查一次，以后需要时	需要时
平板运动试验（临床状态没有变化）		每 3 年一次或酌情

为了改善“双心”疾病患者的预后及生活质量，患者还需接受基于心脏康复技术的“双心”治疗及随访与管理。

表 5 基于心脏康复技术的双心治疗及随访与管理内容

随访内容	随访间隔
心理治疗	个人访谈及认知行为治疗每周 2 次 互动小组每周 3 次
心理健康教育	每周一次
个人与团体艺术治疗	每周 1-2 次
个人与团体心脏康复运动治疗	每周 1-2 次
抗阻运动及肌力训练	每周 2 次
放松训练	每周 3-5 次
体外反搏治疗或生物反馈治疗	每周 5 次

#### （四）治疗方案的选择

##### 1. 焦虑抑郁治疗

###### （1）非药物治疗

- ①焦虑抑郁知识教育；
- ②认知和行为治疗；
- ③运动疗法。

###### （2）药物治疗

- ①苯二氮草(安定)类，如地西泮、舒乐安定、氯硝安定等；
- ②5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs），如氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、西酞普兰、艾司西酞普兰等；
- ③5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI），如文拉法辛、度洛西汀；
- ④去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂(NDRIs)，如安非他酮；
- ⑤去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁药 (NaSSA)，如米氮平；
- ⑥5-HT<sub>2A</sub> 受体拮抗剂和 5-羟色胺再摄取抑制剂（SARIs），如曲唑酮；
- ⑦选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂(NRIs)，如瑞波西汀；
- ⑧5-HT<sub>1A</sub> 受体部分激动药，如坦度螺酮；

### ⑨其他抗抑郁焦虑药物。

（3）中医药治疗，中医对于双心疾病在辩证虚实的基础上继而施治，强调双心同治。虚证予以益气养血、滋阴温阳；实证予以理气、化痰、活血、行淤。临床常用的中成药有血府逐瘀、丹参滴丸等。此外，针灸疗法、情志相胜疗法也可用于双心疾病的治疗。

## 2. 冠心病的治疗

### （1）一般治疗

#### ①冠心病知识教育；

②饮食治疗，强调植物性饮食，低盐低脂饮食，戒烟戒酒，可因个体特征做出适宜调整；

③运动疗法，体力活动应根据个体身体情况等做出具体调整，以不过多增加心脏负荷和不引起不适感为原则，对老年人提倡散步（每天一小时，可分次进行）、保健体操、打太极拳等。

### （2）药物治疗

#### ①抗血小板药物治疗，如氯吡格雷、阿司匹林等；

②抗心肌缺血药物治疗，硝酸酯类药物如硝酸甘油， $\beta$ 受体阻滞剂如美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔、阿罗洛尔、贝凡洛尔等，钙通道阻滞剂二氢吡啶类如氨氯地平和非二氢吡啶类如维拉帕米等；

③二级预防用药。ABCDE原则：A. 抗血小板药物和ACEI或ARB。B.  $\beta$ 受体阻滞剂，控制血压。C. 控制血脂和戒烟。D. 控制饮食和糖尿病。E. 健康教育和运动。

### （3）手术治疗

有适应症且有条件的情况下可采取手术治疗，主要是为了冠脉血运重建、恢复心肌再灌注，包括经皮冠脉介入治疗（PCI）和冠脉旁路移植术（CABG）。

## 附件 5:

### GAD-7焦虑筛查量表

姓名: \_\_\_\_\_

年龄: \_\_\_\_\_

性别:  男性  女性

日期: \_\_\_\_\_

在过去的两周里，你生活中有多少天出现以下的症状？请在答案对应的位置打“√”

	没有	有几天	一半以上时间	几乎天天
1.感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2.不能停止担心或控制不了担心	0	1	2	3
3.对各种各样的事情过度担心	0	1	2	3
4.很紧张，很难放松下来	0	1	2	3
5.非常焦躁，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

计分:

总分为 1 到 7 题所选答案对应数字的总和

总分	判断
0-4	没有焦虑
5-9	可能有轻度焦虑
10-13	可能有中度焦虑
14-18	可能有中重度焦虑
19-21	可能有重度焦虑

## 附件 6:

## PHQ-9抑郁筛查量表

姓名: \_\_\_\_\_

年龄: \_\_\_\_\_

性别:  男性  女性

日期: \_\_\_\_\_

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？把相应的数字总合相加

序号	问题	没有	有几天	一半以上时间	几乎每天
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、睡不安稳或睡眠过多	0	1	2	3
4	感觉疲倦或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟，或觉得自己很失败，或让自己或家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时不能集中注意力	0	1	2	3
8	动作或说话速度缓慢到别人已经觉察？或正好相反，烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜于平常	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: \_\_\_\_\_

## 【计分规则】

## 1.计算总分

总分	判断
0-4 分	没有抑郁
5-9 分	可能有轻度抑郁
10-14 分	可能有中度抑郁
15-19 分	可能有中重度抑郁
20-27 分	可能有重度抑郁

2.核心项目分项目 1、项目 4、项目 9，任何一题得分>1（即选择 2、3），需要关注；项目 1、项目 4，代表着抑郁的核心症状；项目 9 代表有自伤意念。

