

- fact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a two year follow-up. Arch Neurol, 1990,47;785-789.
- 14 Morris PLP, Robinson RG, Andrzejewski R, et al. Association of depression with ten-year poststroke mortality. Am J Psychiatry, 1993,150,124-129.
- 15 Lipsey JR, Robinson RG, Pearlson GD, et al. Nortriptyline treatment of post-stroke depression; a double-blind study. Lancet, 1984,1;297-300.
- 16 Andersen G, Vestergaard K, Lauritzen L. Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Stroke, 1994, 25;1099-1104.
- 17 Robinson RG, Scultz SK, Castillo C, et al. Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of depression and short term recovery after stroke; a placebo controlled double blind study. Am J Psychiatry, 2000,157; 351-359.
- 18 Wiart L, Petit H, Joseph PA, et al. Fluoxetine in early post stroke depression; a double blind placebo controlled study. Stroke, 2000,31; 1829-1832.
- 19 Kimura M, Robinson RG, James T, et al. Treatment of cognitive impairment after poststroke depression; a double-blind treatment trial. Stroke, 2000,31;1482.
- 20 Plomaki H, Kaste M, Berg A, et al. Prevention of PSD; one year randomized placebo controlled double blind trial of mianserin with six month follow up after therapy. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1999,66; 490-494.
- 21 Narushima K, Kosier J, Todd BS. Preventing PSD; a 12 week double blind randomized treatment trial and 21 month follow up. J Nerv Ment Dis, 2002,190; 296-303.

• 专题笔谈 •

老年人冠心病与惊恐障碍

贺建华

老年人是冠心病 (coronary artery disease, CAD) 同时也是焦虑症、抑郁症等精神疾患的高危人群,在过去的 15~20 年间,大量的研究证实焦虑、抑郁情绪障碍显著地影响着心血管病人的病程、临床症状的出现以及患者的整体生活质量,从而使得患者的社会功能减退,医疗资源的使用增加,也增加了个人的经济和社会保险业的负担。Todaro 等^[1]报道焦虑抑郁情绪与美国老年男性 CAD 的发病率呈线性正相关 (OR 1.06, 95%CI 1.01~1.12)。国内资料显示因胸痛而行冠状动脉造影术的患者中 62% 冠状动脉造影结果为正常或接近正常, 42%~46% 有焦虑、抑郁症状, 冠状动脉造影证实的 CAD 患者合并焦虑抑郁症状的有 38%~42%^[2]。焦虑抑郁病人常表现出病态的行为,对医嘱的依从性差,

危险因素的控制欠佳。加之焦虑抑郁对心脏自主神经的平衡的影响和对血小板及凝血功能的影响,焦虑抑郁的老年人 CAD 发生率、心血管事件和猝死增加,然而这些精神心理问题在非精神专科医院却很少被识别和治疗^[3~5]。

1 惊恐障碍 (panic disorder, PD) 的临床表现与诊断

PD 是非精神专科医院急诊室最常见的焦虑障碍,以反复的惊恐发作 (panic attack) 为特征,终生患病率为 3%~5%。虽以 20~40 岁最多见,但可发生在任何年龄。PD 常合并其它精神障碍,如焦虑症状、抑郁 (约 40% 有自杀意念)、酒精依赖和药物依赖。PD 呈现慢性和复发性病程,常可导致严重的功能性残疾。惊恐发作又称急性焦虑发作,症状突如其来,1min 之前还好好的,突然感到自己不行了,多在 10min 之内达到发作高峰,一般 30min 自然消除和缓解。生理症状有胸憋、胸痛、气短、出汗,四肢麻木等,更突出的是心悸,心率可达 180 次/min。精神症状除莫名的害怕外,典型症状有濒

收稿日期:2006-06-05

作者单位:100029 北京市,首都医科大学附属北京安贞医院神经内科

作者简介:贺建华,女,1963 年 2 月生,河南省洛阳市人,医学博士,主任医师,副教授。Tel:010-64456763

死感、失控感:担心自己会发疯,怕自己跳楼,怕拿刀砍人等,恐惧。非真实感:感觉客观事物不真实了,陌生,象有层纱;或自我不真实-人格解体。

常呼叫急救系统,但身体检查除了心动过速以外通常无异常,症状常常在医生进行检查时或甚至在看见医护人员后即缓解。在发作间期,患者常因害怕再发作而有不安和恐惧感,即预期焦虑。由于害怕,多数病人有回避行为,不愿外出或乘公交车,不敢单独在家或外出旅行、购物,过度要求有人陪伴。病人一般不会首先求助于精神科医生,大多认为自己得了心脏病,在惊恐发作时不断到急诊室或心内科就诊,反复进行有关心脏病的各种先进的检查。但即使告诉病人其冠状动脉造影结果正常,仍有60%病人胸痛持续存在,17%再次住院,30%活动受限^[6]。这与不能确定胸痛原因有关系,可以说PD对于非精神专科医院是一种比任何其他精神疾患都昂贵的疾病。

PD的诊断标准:国内较常采用中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3),其临床操作标准为:(1)症状标准,惊恐发作需符合以下4项:①发作无明显诱因,无相关的特定环境,不可预测;②在发作间歇期,除害怕再发作外,无明显症状;③发作时表现强烈的恐惧、焦虑及明显的自主神经症状,并常有人格解体、现实解体、濒死恐惧,或失控感等痛苦体验;④发作突然开始,迅速达到高峰,发作时意识清晰,事后能回忆。(2)严重标准,病人因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。(3)病程标准,在1个月内至少有3次惊恐发作,或在首次发作后继发害怕再发作的焦虑持续1个月。(4)排除标准:①排除其他精神障碍,如恐惧症、抑郁症,或躯体形式障碍等继发的惊恐发作;②排除躯体疾病如癫痫、心脏病发作、嗜铬细胞瘤、甲亢或自发性低血糖等继发的惊恐发作。

2 胸痛与惊恐障碍及冠心病

胸痛既是PD又是CAD的常见症状。Fleet等^[5]报道以胸痛为主诉的病人中,约25%的患者符合美国精神疾病诊断与统计手册第3版修订版(DSM-III R)PD的诊断标准,其中44%的患者先前被确诊为CAD,但本次胸痛80%为非典型性或非心源性胸痛(noncardiac chest pain, NCCP),有75%的患者以NCCP诊断出院。PD在非CAD胸痛病人中的发病率显著高于CAD患者,荟萃分析显示,非CAD的胸痛患者惊恐发作率为41%~42%,确

诊为CAD的胸痛患者惊恐发作率为8%~22%。前者胸痛的病史更长,且不典型胸痛的比例高^[7,8]。非心绞痛性胸痛患者PD的相对危险度为2.03(95%CI 1.41~2.92),来自急诊室的CAD患者PD的相对危险度为1.25(95%CI 0.87~1.80)^[6]。

临床上更紧急、更危险的病人是那些既有急性心肌缺血又有PD的患者,鉴别胸痛来源到底是惊恐发作还是心绞痛或心肌梗死是一个重要而又很困难的事情。一方面,典型的心绞痛患者有4%~65%合并PD,非典型心绞痛患者10%合并PD。另一方面,仅64%的心脏病患者有胸痛,CAD患者也有很多胸痛不典型,仅74%的严重CAD有心绞痛发生^[9]。通常CAD的胸痛特点被描述为劳累后出现、压迫感,部位在胸骨后或心前区;而焦虑或PD的胸痛是非劳累性、消化不良(与食物有关)或神经质、夜间发生、位于胸壁(廓)、右手或四肢。但劳累后发作模式及使用硝酸酯类药物后缓解对CAD的预测性并不好。荟萃分析显示以下5方面特征有助于单纯PD的诊断^[7]:(1)没有冠状动脉疾病;(2)胸痛性质不典型;(3)女性,尤其是既往有焦虑障碍病史的妇女;(4)较年轻的患者;(5)焦虑自评分值较高。

PD患者情感上很敏感,更容易关注疼痛、相信自己得了心脏病,恐惧疾病和死亡,对心脏疾病的恐惧是NCCP患者较好的预测因子,患者选择性地关注心率和心电图变化。高度焦虑和PD病人吸入二氧化碳(CO₂)后胸壁肌肉的兴奋性增高是识别恐惧的症状之一,CO₂激发试验是识别隐匿性PD的有用方法^[9]。

此外,NCCP还见于食管疾病(食管反流)、肌肉骨骼异常等。当胸痛患者冠状动脉造影检查正常时应对其进行包括精神状态和其他相关疾患的评估,确定NCCP的原因。

3 惊恐障碍与冠心病

目前关于PD与CAD发生有关的证据还不足^[6,10]。PD虽然更常见于无CAD的患者,但有相当一部分患者合并有CAD。有研究使用CO₂激发试验诱发患者惊恐发作,并对其心肌进行SPECT核素扫描,发现CAD合并PD的患者在惊恐发作时更容易导致心肌发生可逆性的低灌注^[11]。PD患者的胸痛可能与心肌缺血有关,其机制可能有以下3种^[6]:(1)心率变异性(heart rate variability, HRV)降低:与对照组相比,PD患者最大心率更高、站立

时心率更快、PR 间期较短。以上这些都可使 HRV 降低,导致心肌耗氧量增加和缺血。HRV 是用来检测自主神经对心率的控制的,HRV 降低表明自主神经的控制能力降低。与单纯 PD 或单纯 CAD 患者相比,CAD 合并 PD 的患者在常规日常生活条件下表现出交感神经调节性较低^[12]。HRV 降低,易发生心律失常和猝死。(2)微血管心绞痛(microvascular angina):惊恐发作时患者过度换气,交感神经的张力增高,血中儿茶酚胺的水平升高,外周阻力增加,心肌内小动脉痉挛,导致微血管心绞痛。约 50% 的女性非 CAD 胸痛患者有和心血管危险因素无关的微血管功能障碍,40% 有微血管心绞痛的病人有惊恐发作,PD 与微血管心绞痛患者具有相似的心电图。(3)冠状动脉疾病:长期的焦虑可能加速动脉硬化的发生,特别是男性。与对照组相比,持续焦虑病人的颈总动脉中内膜厚度显著增厚^[13]。此外,焦虑与高凝状态有关。在健康人,急性焦虑状态可同时激活凝血和纤溶两个系统,而在有动脉硬化和血管内皮功能受损的病人,急性焦虑引起的促凝血反应可能超过纤溶机制导致高凝状态。慢性社会心理应激(工作紧张或社会经济地位低)则使前凝血因子(纤维蛋白原或凝血因子 VII)升高,纤溶能力降低^[14]。

PD 还可能与传统的心血管危险因素有关。PD 患者经常有 CAD 家族史,32%~64% 是吸烟者。PD 与收缩压和舒张压的升高均有关;有些来自精神科的小样本研究显示 PD 与高胆固醇有关。有研究显示有高度担心症状的男性比担心程度极轻者发生非致死性 CAD 的危险高 2.5 倍;与之相似的是 Framingham 研究(20 年随访)显示有焦虑症状的家庭主妇因心肌梗死和冠脉事件死亡的显著增高^[15]。

4 治疗

一旦 PD 诊断成立,无论是否合并 CAD 均应进行治疗,常用治疗有药物治疗和认知行为治疗(cognitive behavioral therapy)。苯二氮草类(阿普唑仑、氯硝西泮等)能有效地缓解焦虑,降低惊恐发作频率,对合并 CAD 患者能减少心绞痛时硝酸甘油的用量^[6]。因有引起认知功能损害、抑郁和体位性低血压的风险,尤其是老年人,应小剂量短时间应用。三环类抗抑郁剂虽有疗效肯定而且便宜的优点,但因有较明显的心血管系统副作用而不作为推荐的一线药物。新型抗抑郁剂 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)对 PD 有良好的临床疗效,目前应用广

泛。其中帕罗西汀较早获 FDA 批准用于 PD,老年人推荐初始剂量为 10mg/d,治疗量 20~40mg/d。如患者合并 CAD 或有多种心血管危险因素,需多种药物同时服用,则应选用对 P₄₅₀ 酶影响较小的药物,如舍取林和西肽普兰。也可选用 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)万拉法新,但后者对患高血压的病人应慎用。随机双盲安慰剂对照研究显示,舍取林对急性心肌梗死、不稳定心绞痛患者的心率、血压、左心射血分数、PR 间期、QT 间期等方面与安慰剂无显著差异,心血管事件较安慰剂组减少,非心血管事件与安慰剂组类似,推荐剂量为 50~100mg/d,在老年人群应用耐受性较好^[16]。认知行为治疗是在对患者进行疾病知识系统教育的基础上,让患者学会通过想象和控制呼吸方法消除相应的症状。心理干预可能对降低 CAD 发病率和死亡率有益,更多地关注焦虑并给予恰当的治疗应作为 CAD 康复和二级预防的一部分。

参考文献

- 1 Todaro JF, Shen BJ, Niaura R, et al. Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study). *Am J Cardiol*, 2003,92:901-906.
- 2 贺建华,郭路芬,吴兆苏,等.胸痛患者冠状动脉造影术前心理状态的研究. *中华心血管病杂志*,2005,33:823.
- 3 Fleet RP, Beitman BD. Cardiovascular death from panic disorder; a critical review of the literature. *J Psychosom Res*,1999,44:71-88.
- 4 Doerfler LA, Paraskos JA. Post-traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease: screening and management implications. *Can J Cardiol*, 2005,21: 689-697.
- 5 Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med*, 1996,101:371-380.
- 6 David K, Plaques P. Panic disorder and coronary artery disease in patients with chest pain. *J Am Board Fam Prac*, 2004, 17: 114-126.
- 7 Jeff CH, Mark HP. Predicting panic disorder among patients with chest pain; a analysis of the literature. *Psychosomatics*, 2003,44:222-236.
- 8 Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, et al. Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*,2004,26:463-469.

- 9 Stollman NH, Bierman PS, Ribeiro A, et al. CO₂ provocation of panic: symptomatic and manometric evaluation in patients with noncardiac chest pain. *Am J Gastroenterol*, 1997;92:839-842.
- 10 Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust*, 2003,178:272-276.
- 11 Lambert BB, Nancy FS. Myocardial perfusion study of panic attacks in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 2005,96:1064-1068.
- 12 Lavoie KL, Fleet RP, Laurin C, et al. Heart rate variability in coronary artery disease patients with and without panic disorder. *Psychiatry Res*, 2004, 128:289-299.
- 13 Paterniti S, Zureik M, Ducimetiere D, et al. Sustained anxiety and 4-year progression of carotid atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2001,21:136-141.
- 14 Roland VK, Paul JM, Claudia F, et al. Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis. A biobehavioral pathway to coronary artery disease? *Psychosom Med*, 2001,63:531-544.
- 15 Kubzansky LD, Davidson KW, Rozanski A. The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosom Med*, 2005,67 (Suppl) 1:S10-S14.
- 16 Wei J, Jonathan RTD. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J*, 2005, 150:871-881.

• 专题笔谈 •

老年期抑郁障碍

牛京育

老年期抑郁障碍(depressive disorder in the elderly)是老年人群中患病率相当高的精神障碍。临床特征以情绪低落,孤独感、自卑感突出,更多的焦虑、激惹、认知功能障碍、迟滞、妄想观念和繁多的躯体不适症状,躯体疾患伴发率高,自杀率高等为主。在概念上,有人认为,老年期抑郁障碍是指老年期首次发病的原发性抑郁障碍(抑郁症),一般病程较长,具有易反复倾向,部分病例预后不良。也有人将其分为广义与狭义两种。广义的老年期抑郁障碍指见于老年期(≥ 60 岁)这一特定人群的抑郁病症,既包括老年期首次发病的抑郁症,也包括老年期前发病持续到老年期或老年期复发的抑郁症,还包括见于老年期的各种继发性抑郁障碍,又称症状性抑郁。在精神病学分类中,被分别归属于器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍、抑郁症、心境恶劣、抑郁性适应障碍、创伤后应激障碍等。狭义的即特指老年期首次发病的抑郁症^[1]。

有关发病率的报道^[1~4],据国内门诊病例统计,本病约占全年老年出诊病例的约7%。上海及北京的调查发病率为1.28%~5.2%,男、女无显著差异。在西方国家中,精神科门诊的调查为38.4%。因本病住院治疗者占全部老年精神障碍病人总数的21%~54%。重型抑郁症年发病率为1.25%~18%,女性明显多于男性。

有关患病率的研究^[1~3],国内的调查患病率为0.16%~12.89%,男性明显低于女性。欧美的调查,患病率为1%~3.7%。男性亦明显低于女性。时点患病率为0.5%~6.4%,平均为1.11%。社区调查为5%~15%,老年护理机构为15%~25%。从国外研究综合来看,老年期首次发病的抑郁障碍占有老年期情感障碍的40%~50%以上。

有学者认为,30岁以前发病者,双相型较多见;30岁以后发病者单相型多见^[5]。

关于继发于各种脑器质性及躯体性疾病的抑郁障碍,国内外报道,脑卒中后发生率为24.2%~70%^[6~8];日本有报道,脑卒中后及帕金森病患者的40%~60%、阿尔茨海默病的30%存在抑郁,而且经常被忽视^[9]。抑郁障碍多在(79%)脑卒中后的

收稿日期:2006-06-05

作者单位:100036 北京市,空军总医院临床心理科

作者简介:牛京育,女,1956年5月生,北京人,医学博士,副主任医师。

Tel:010-66928091