



《心理应激导致稳定性冠心病患者心肌缺血的诊断与治疗专家共识》十大要点

心理应激性心肌缺血：另一种心痛

▲ 首都医科大学附属北京安贞医院心内科 刘梅颜



刘梅颜 教授

大量证据表明，1/3 以上的冠心病患者可能在心理应激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（MSIMI）。MSIMI 除影响患者生活质量外，还会导致临床预后恶化，死亡风险增加。

目前，对于 MSIMI 的认识虽日趋完善，但其相关诊疗尚不规范，临床工作中误诊、漏诊率较高。为此，中国医师协会全科分会双心（心脏心理）学组制定《心理应激导致稳定性冠心病患者心肌缺血的诊断与治疗专家共识》（中华心血管病杂志.2016,44:12）。旨在进一步指导临床医师对 MSIMI 的识别、诊断与治疗。

定义

MSIMI 又称精神压力导致的心肌缺血，指患者在心理应激下诱发的心肌缺血，其不同于运动和药物负荷为诱发因素所致的心肌缺血。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，包括心算、伴随愤怒回忆的公众演讲、镜描、干扰性色卡测试等。注意与运动诱发心肌缺血（ESIMI）的鉴别。

流行病学

相关研究显示，冠心病患者 MSIMI 的发病率为 20%~70%。发病率的变异主要与不同研究中心心肌缺血的评价标准、心理应激采用的方法和频次、患者是否在施加压力应激前服用抗心肌缺血药物、施加压力应激的时间、入选患者的性别差异、是否合并 ESIMI 等因素有关。

危险因素

- （1）性别：冠心病患者中女性较男性更易发生 MSIMI。
- （2）心功能状态：严重左心室功能异常（左室射血分数 $\leq 30\%$ ）的冠心病患者较左心室功能正常的患者更易发生 MSIMI。
- （3）心理因素：冠心病患者如伴抑郁，更易患 MSIMI。在心理应激下，合并有 MSIMI 的患者更易出现争斗、敌意、生气等状态。

发病机制

- （1）血液动力学反应；（2）冠脉血管收缩反应：对于有冠脉狭窄的患者，心理应激时冠脉血流减少 27%；（3）中枢神经系统因素：MSIMI 患者，心理应激时可有左海马和大脑顶叶回、左额回和视觉联合皮质等局部脑血流速度增加，前扣带回和右中上额回血流速度减缓。提示脑血流活动异常可能与冠心病患者 MSIMI 的发生相关；（4）遗传因素：在心理应激时，交感神经兴奋性较高的患者容易发生 MSIMI。

临床特点

合并 MSIMI 的冠心病患者心脏负性事件增加，MSIMI 可使冠心病患者心血管终点事件的发生率或总病死率增加 2 倍。

冠心病患者 MSIMI 的诊断

MSIMI 发作较为隐匿，而且发作时可能没有缺血的心电图表现。故判断冠心病患者是否合并 MSIMI，需给予一定的心理应激刺激，然后通过心电图、超声心动图、心肌灌注显像等方法观察有无心肌缺血的表现。

生活方式干预

包括合理膳食、控制体质量、适度运动、戒烟、限酒、保持良好的心理状态等，本共识着重介绍适度运动。

行为心理学干预

包括认知行为疗法和人际关系疗法。认知行为疗法是一大类包括认知治疗和行为的心理治疗方法，通过改变个人非适应性的思维和行为模式来减少失调情绪和行为，改善心理问题。

西医药物治疗

在规范使用包括抗凝、抗血小板、调脂药物在内的稳定性冠心病药物治疗基础上，针对 MSIMI 的药物： β 受体阻滞剂、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂、苯二氮卓类药物、坦度螺酮等。

中医药治疗

中医认为，心不仅主司血液在脉道运行，还具有主意识、思维、情志等精神活动的作用。中医药有改善心肌微循环的优势。在冠心病常规用药基础上加用抗焦虑抑郁药和（或）中药是中西医结合治疗 MSIMI 的常用组合。

我国学者国际上首次对早期心尖肥厚型心肌病的诊断标准提出新见解

心脏磁共振成像 诊断早期心尖肥厚型心肌病理想工具

▲ 本报记者 牛艳红



陆敏杰 副教授

近日，中国医学科学院阜外医院陆敏杰副教授、赵世华教授等发表的一项研究表明，正常人左室壁各部位的厚度并不完全一致，存在自基底部向心尖逐渐变薄的

趋势，且室间隔的厚度大于左室游离壁。因此，采用同一标准诊断所有节段的心肌增厚可能并不恰当。对于最薄的心尖部，指南标准可能过于严格，造成早期或轻型患者的漏诊。（Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2016 年 3 月 29 日在线版）

该研究结果的发布，在国际上首次对既往心尖肥厚型心肌病的诊断标准提出质疑，提出了心尖部作为左心室最薄的部位，不应和其他类型的肥厚型心肌病（如室间隔肥厚）共用同一诊断标准，这可能造成早期或轻型患者的漏诊，而进一步的诊

断将变得十分困难，甚至迁延数年。患者可能被怀疑为冠心病等其他心脏病而反复就诊，接受各种有创检查，严重影响生活质量。

2011 年美国心脏学会 / 美国心脏病学院发布的“肥厚型心肌病诊断治疗指南”和 2014 年欧洲心脏病学会发布的相关指南均以左室壁厚度 ≥ 15 mm 为肥厚型心肌病的诊断标准。上述指南并未对心尖肥厚型心肌病作特殊说明和规定，而是与室间隔或其他节段采用相同的诊断标准。陆敏杰等进行的这项研究无疑进行了有益探索。

研究最大的亮点是从临床工作中的具体问题出发，针对一组临床症状体征和心电图改变、高度怀疑为心尖肥厚型心肌病，但其心尖部厚度并未达到 15 mm 的诊断标准的患者。医生该如何诊断并处置这样一批处于临界状态的患者？如能认定这些患者属于肥厚型心肌病范畴，只需随访即可，预后相对较好。陆敏杰和赵世华教授等创新性地利用磁共振大视野、无观察死角的优点，研究了这组患者心尖部的形态学特征，克服了超声心动图无法准确测量左室心尖部厚度的局限。

研究介绍

研究入选 60 例因临床症状体征、心电图改变而高度怀疑心尖肥厚型心肌病的患者，与健康志愿者作对照。

研究表明，这类患者虽未达到当前肥厚型心肌病的诊断标准，但其心尖部的形态较正常人已发生明显改变。临床医生不能无视这种改变，尤其这可能是引起患者症状体征或心电图改变的唯一原因。

这项研究表明，单纯 T 波倒置且室壁厚度 < 15 mm 患者的左室形态改变主要有两方面：首先，左室壁失去自基底部至心尖逐渐变薄的趋势，心尖部的室壁厚度已出现逆转而超过心室中部的厚度。其次，心尖部的角度明显缩小，而心尖角的缩小明显早于“黑桃尖”征的出现。如能排除其他任何引起类似变化的因素，这类患者应属于早期心尖肥厚型心肌病。