

■技术·思维

心血管病并发焦虑、抑郁的药物治疗

□高路 王铮

心血管病患者是焦虑、抑郁等精神疾病高危人群。大量流行病学研究证实,焦虑、抑郁显著影响心血管病患者的病程、临床表现和心血管不良事件的再发,导致患者的社会功能减退,整体生活质量下降,同时增加家庭和社会负担。此外,治疗焦虑、抑郁的药物,因为不良反应可能导致心血管病的发生风险增加,或因为与其他药物的相互作用而导致心血管不良事件。

因此,对心血管医生而言,要明确焦虑、抑郁对心血管病患者临床终点的影响并且选择合适的药物治疗,使所选药物既不至于潜在地影响患者的心血管系统,又能有效地控制焦虑、抑郁。

心血管病并发焦虑、抑郁的一线用药

选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(SSRIs)

SSRIs是当今治疗焦虑、抑郁的一线用药,一般2周以上起效。研究认为,该类药物用于心血管病患者相对安全。

适应证:各种类型和各种不同程度的抑郁、焦虑、疑病症、恐惧症、强迫症、惊恐障碍、创伤后应激障碍等。

用法:SSRIs的镇静作用较轻,可白天服用;若患者出现困倦、乏力,可晚上服用。建议心血管病患者从最低剂量的半量开始,老年体弱的患者从1/4量开始,每5天~7天缓慢加量至最低有效剂量(见下表)。

苯二氮革类(BDZ)

用于焦虑和失眠的治疗。特点是抗焦虑作用起效快。按半衰期,大致可分为长半衰期药物和短半衰期药物两类。常用的长半衰期药物有地西泮(安定)、艾司唑仑(舒乐安定)、氯硝西泮(氯硝安定)等;常用的短半衰期药物有劳拉西泮(罗拉、佳普乐)、阿普唑仑(佳静安定)、咪达唑仑(力月西、多美康)、奥沙西泮(优菲)等。长半衰期药物更适用于伴有失眠的情况,睡前用药;由于有一定成瘾性,现在临床上一般作为抗焦虑初期的辅助用药,较少单独用来控制慢性焦虑。

注意事项:有呼吸系统疾病者要慎用,易引起呼吸抑制,导致呼吸困难。长期使用会产生药物依赖,突然停药可引起戒断反应。建议连续应用不超过4周,逐渐减量停药。唑吡坦(思诺思,10毫克)和佐匹克隆(右佐匹克隆,3毫克)是在BDZ的基础上开发的新型助眠药物,肌松作用和成瘾性相对较轻。特点是对入睡困难者效果好,晨起没有“宿醉效应”。但是,相应缺乏改善中段失眠的作用,也不能改善早醒,没有抗焦虑作用。

复合制剂——氟哌噻吨美利曲辛(黛力新)

该药是复合制剂,含有神经松弛剂(每片含氟哌噻吨10毫克)和抗抑郁剂(每片含美利曲辛10毫克),其中美利曲辛的含量为单剂量的1/10~1/5,降低了药物的副作用,并协同调整中枢神经系统功能,发挥抗抑郁、抗焦虑和调节兴奋性的作用。

适应证:轻中度焦虑、轻中度抑郁、神经衰弱、心因性抑郁、抑郁性神经官能症、隐匿性抑郁、心身疾病伴焦虑和情感淡漠、更年期抑郁、嗜酒及药瘾者的焦躁不安及抑郁。

用法:成人通常每天2片,早晨及中午各1片;病情严重的患者早晨剂量可加至2片。老年患者早晨服用1片即可。维持量:通常每天1片,早晨口服。失眠或严重焦躁不安患者,建议在急性期加服镇静剂。

5-HT受体拮抗和再摄取抑制剂(SARI)

代表药物曲唑酮(50毫克/天~100毫克/天)。

曲唑酮主要用于有轻中度抑郁或焦虑并发失眠的患者。由于该类药物可引起体位性低血压,建议夜间使用。

5-HT和去甲肾上腺素(NE)再摄取抑制剂(SNRIs)

代表药物文拉法辛(75毫克/天~225毫克/天)。临床常用药:怡诺思75毫克,博乐欣75毫克(国产);度洛西汀(60毫克/天~120毫克/天),欣百达60毫克(进口),度洛西汀(江苏,20毫克)。

SNRIs类药物有升高血压的风险。正在接受抗高血压治疗的患者如果服用该药,应该密切监测血压。

NE和特异性5-HT受体拮抗剂(NaSSA)

代表药物米氮平(15毫克/天~45毫克/天)。临床常用药:米尔宁15毫克,米氮平20毫克(无锡)。

NaSSA类药物有促进食欲、增加体重和引起糖代谢紊乱的风险,临床上使用时应咨询精神科医生意见,并加强监测。

多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(NDRI/NARI)

代表药物丁螺环酮、坦度螺酮,主要作用为抗焦虑,可用于心血管疾病并发焦虑的患者。

常用选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂				
药名	临床常用药	常用治疗量(毫克/天)	最大剂量(毫克/天)	主要副作用
氟西汀	百忧解20毫克(进口) 氟西汀10毫克(国产)	20~40	60	常见的不良反应有失眠、恶心、易激动、头痛、运动性焦虑、精神紧张等,多发生于用药初期
帕罗西汀	赛乐特25毫克(进口) 帕罗西汀20毫克(北京福元)	20~40	60	轻微而短暂。常见的不良反应有轻度口干、恶心、厌食、便秘、头痛、震颤、乏力、失眠和性功能障碍
舍曲林	左洛复50毫克(进口) 唯他停50毫克(国产片剂) 舍曲林胶囊50毫克(国产)	50~100	200	可有胃肠道不适,如恶心、厌食、腹泻等;亦可出现头痛、不安、无力、嗜睡、失眠、头晕或震颤等
西酞普兰	喜普妙,喜太乐20毫克(国产) 来士普10毫克(进口) 百洛特10毫克(国产)	20~40	60	约5%的患者会有失眠、恶心、便秘、多汗、口干、疲劳、嗜睡症状,男性患者可能发生阳痿。约2%的患者有头痛、上呼吸道感染、焦虑等

药物治疗的注意事项

因为副作用多,药物相互作用复杂,目前已不建议三环类和四环类抗抑郁药用于心血管病患者。

1.需要密切关注抗焦虑、抗抑郁药物的心脏安全性。

心率减慢:SSRIs通过激动5-HT3受体抑制多巴胺释放,进而抑制 β_1 受体;同时通过抑制CYP2D6酶的活性,增加 β 受体阻滞剂血药浓度。

QT间期延长(心电图上Q波和T波之间的时间超过正常值范围):西酞普兰/艾司西酞普兰可呈剂量依赖性地延长QT间期,文拉法辛通过阻断Na⁺通道效应,延长复极化时间。

2.需要密切关注其与心血管病药物之间的相互作用。

舍曲林、西酞普兰/艾司西酞普兰、文拉法辛轻度抑制CYP2D6酶的活性,帕罗西汀、氟西汀重度影响CYP2D6酶的活性。因此,经CYP2D6酶代谢的心血管药物(如 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂)合用SSRIs/SNRIs时需要减少用量,并且密切观察患者的心率和血压。

低钠血症:SSRI可以直接抑制抗利尿激素的分泌,导致多尿和低钠血症。

出血:增加华法林出血风险的药物依次为氟西汀/氟伏沙明、帕罗西汀、文拉法辛/度洛西汀/米氮平、舍曲林/西酞普兰,长期联合使用非甾体抗炎药物也会增加出血风险。

对血压的影响:帕罗西汀和度洛西汀可升高患者的血压,而曲唑酮可降低患者的血压,因此联用降压药物时要注意观察患者血压的变化。

对血糖的影响:氟伏沙明、舍曲林可降低血糖,而米氮平由于会增大食欲可升高血糖,因此糖尿病患者应用上述药物时,要注意血糖水平的变化。

3.使用抗抑郁药物治疗时,如果足量治疗6周~8周无效,应重新评估病情。若考虑换药,要先考虑作用机制不同的药物。

4.治疗持续时间一般在3个月以上,症状完全缓解1个月,考虑减药。具体治疗,需要根据患者的具体病情决定后续康复措施和药物,并且治疗疗程要足够,减少复发。

5.加强随访,建议在患者就诊后1周~2周电话随访一次。随访内容包括药物治疗效果、药物的副作用、患者是否停药和QT间期。

综上所述,心血管病患者是发生焦虑、抑郁的高危人群。而一旦并发焦虑、抑郁,心血管病患者的预后将会受到严重影响。及早对焦虑、抑郁进行正确识别,选择安全有效的药物是治疗心血管病患者并发焦虑、抑郁的重要手段。

(主审:张彦周;作者供职于郑州大学第一附属医院)

■临床笔记

这不是脑梗死,是脑出血!

□张莉

病例

这天,一名女子陪同母亲来到医院就诊。母亲步态不稳,迈步时右腿使不上劲,她只能由女儿搀扶着走路。进门后,女儿说1周前发现母亲反应稍迟钝,右下肢无力,觉得可能是天气变冷了,又发生了脑供血不足,该去输液了,就带着母亲去附近诊所输“活血”药物。

可是,输液后,母亲的症状越来越严重了,实在没办法,只好来医院看病。

接诊医生问患者最近几个月有没有摔倒。患者说:“没有。”这时,她的女儿说:“2个月前,母亲起床时没有站稳,头撞到床上上,当时我还带她去

医院做了头颅CT检查,结果没发现什么问题。”听到这里,医生让患者进行头颅CT复查,因为怀疑患者可能患了硬膜下血肿。

硬膜下血肿有以下几个特点:

1.患者外伤轻微,甚至无外伤史。

此病的最主要原因是颅脑外伤,而老年人由于动作迟缓、行动不便等容易跌倒,甚至没有明确的外伤史,仅仅头部做一个大的摆动动作亦可引起重度慢性硬膜下血肿。颅脑外伤主要损伤桥静脉或皮质小静脉而引起出血。老年人普遍存在脑萎缩,可使蛛网膜下腔扩大,桥静脉相对拉长并且充盈,增加了血管的易损性。脑萎缩还

会使颅腔相对扩大,当头部加速或减速运动时桥静脉易撕裂或断裂而出血。老年人颅内压相对较低,一旦发生少量硬脑膜下出血,不易自行停止,容易形成血肿。这就是老年人轻微颅脑损伤易产生慢性硬膜下血肿的原因。由于当时未注意或因记忆障碍而遗忘,部分患者否认有外伤史,在医生问诊时能记起有颅脑损伤史的老年患者只占70%左右。

2.潜伏期长。

老年人发生外伤至出现症状的时间在3个月以上,有的长达数年;由于病情发展缓慢、潜伏期长,更增加了患者及家属对外伤史的遗忘。因此,仔细追问外伤史至关重要。

3.精神症状突出。

由于包膜新生血管再出血等原因,对于慢性硬膜下血肿,老年患者的出血量比中青年多(经常超过100毫升),且出血量常与症状不成正比。

慢性硬膜下血肿的CT检查结果有高密度影、低密度影、等密度影和混杂密度影4种表现。本病需要与脑血管病、脑肿瘤、正常颅压脑积水及精神疾病等相鉴别。

治疗

钻孔冲洗引流术为治疗慢性硬膜下血肿的首选方法。对老年人,手动动作应更加轻柔,血肿放液要慢,防止颅压骤降而发生脑内出血和硬膜外血肿。

血肿清除术适用于以下情况:1.血肿腔内有血凝块。2.血肿包膜过厚且为多房性。3.老年人的脑组织弹性差,复位困难,引流术后无效者。预后一般良好,少后有遗症或死亡。

因此,年老体弱者,尤其是行动不便者,需要有人陪护,防止摔伤,以免发生意外。万一不慎头部发生磕碰,要及时到医院就诊并进行头颅CT检查,当时结果正常也不能“万事大吉”,一定要定期进行头颅CT复查,因为这个病的出血速度有时是很慢的。

患者在女儿的陪同下进行头颅CT复查,果然是硬膜下血肿,立即住院进行手术治疗。

经过积极治疗,出院时,患者右下肢的肌力恢复正常。

(作者供职于洛阳市中心医院)

■医技在线

微创手术治疗脐疝患者

□高磊 文/图

70多岁的王女士来到医院就诊,刚开口说话,立马脸就红了。她说肚脐发炎了,流出的东西跟大便一样,觉得很脏,一直羞于看医生,最近感觉症状越来越严重,还出现了肚子痛,这才来到医院就诊。

通过检查,我发现王女士的肚脐上有一个洞,周围红肿,一碰就痛;挤压肚脐,周围会流出像大便一样的东西。我拿着棉签探了探,发现里面很深,已经进入腹腔。

直觉告诉我,这不是单纯的脐炎,一定另有“玄机”。

通过进一步了解,我得知,几十年前,王女士这里曾经有一个包块,因为不痛不痒,包块也能下去,一直也没治疗;最近一段时间,这个包块变大了,变硬了,隐隐还出现了疼痛,并且破溃了,开始流出来的是带有臭味的脓液,换了几次药不见好转,最后流出来的就是像大便一样的东西。

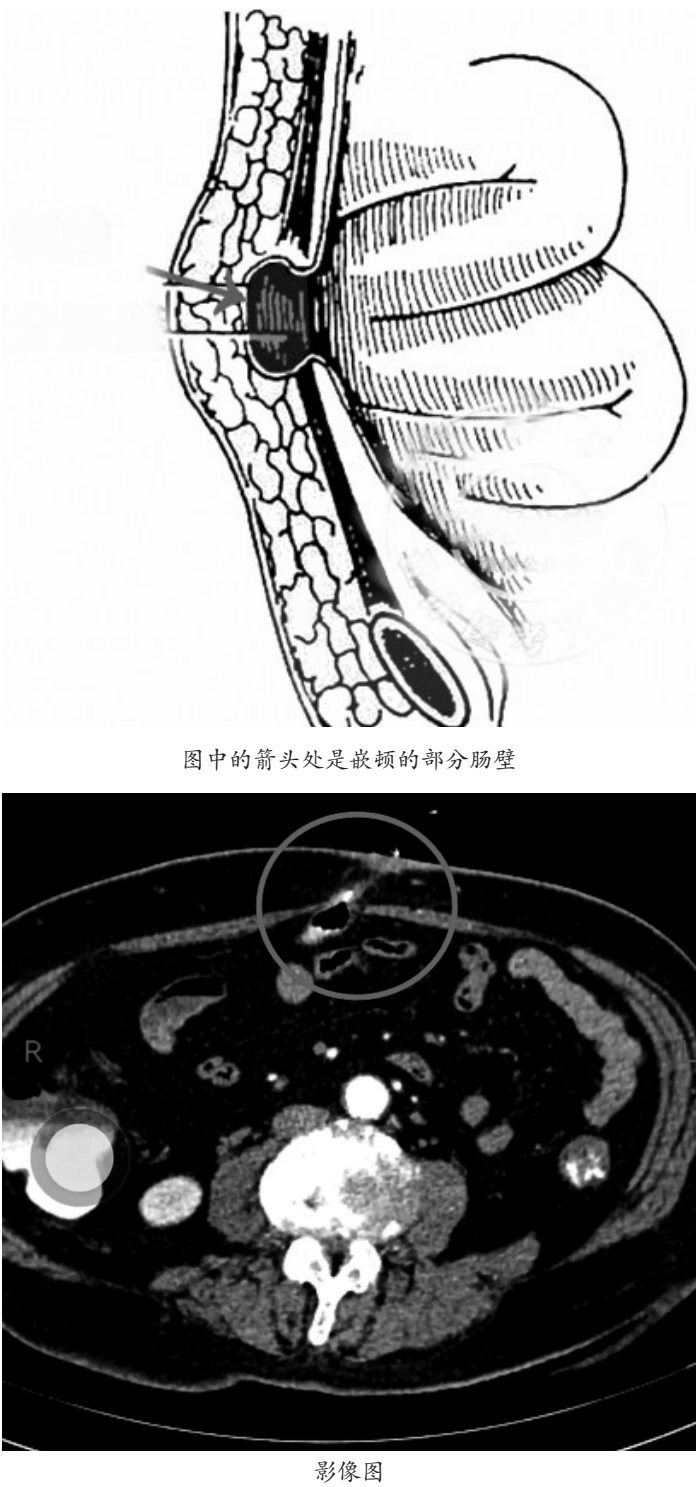
多年的经验告诉我,这应该是一个特殊的脐疝——Richter疝(一种特殊的嵌顿疝),疝出来的只是一部分肠管,卡住之后出现慢性缺血和坏死,最后穿孔、破溃,导致大便从肚脐里流出来。王女士的CT检查结果证实了我的判断:横结肠的一部分肠壁从肚脐疝出来了,穿孔之后形成了肠瘘,因为大部分的肠管还是通畅的,所以并没有形成肠梗阻。王女士出现的疼痛,则是脐疝周围的感染引起的。

真相终于大白。接下来,我们为王女士实施了腹腔镜下的微创手术:切除了肠瘘,修补了脐疝。

术后没几天,王女士就康复了,很快出院。

我在这里提醒大家,Richter疝是一种特殊类型的疝,指的是肠壁的一部分进入疝囊,而肠系膜侧肠壁及系膜不进入疝囊,多由慢性腹腔压力增加而引起,较高的腹腔内压力使得腹膜被推挤进入人体先天性薄弱区域,从而形成疝囊。由于疝环狭小,疝囊浅,当肠管疝入时只有肠壁的一部分成为疝内容物,而肠系膜侧肠壁没有进入疝囊;同时,由于周围组织弹性差,肠壁一旦疝入很难自行复位,常常造成肠壁的嵌顿,使患者出现腹痛、呕吐等症状,严重时甚至出现坏死及穿孔。通过彩超或者CT检查往往可以明确诊断,而手术则是唯一可以治愈的方法。

(作者供职于郑州市中心医院)



征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍

电话:(0371)85966391

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部