

双心门诊建设规范中国专家共识

中华医学会心身医学分会，中国康复医学会心血管病预防与康复专委会

执笔人：丁荣晶¹，刘园园²，袁丽霞³，王一波⁴，李忠艳⁵

1.100032 北京市，中国医学科学院北京协和医院

2.300350 天津市胸科医院

3.450016 河南省郑州市第七人民医院

4.200011 上海市，上海交通大学医学院附属第九人民医院黄浦分院

5.116033 辽宁省大连市，大连医科大学附属第二医院

通信作者：丁荣晶，主任医师/教授；E-mail: drj2003@vip.163.com

袁勇贵，主任医师/教授；E-mail: yygyh2000@sina.com

胡大一，主任医师/教授；E-mail: dayi.hu@hotmail.com



扫描二维码
查看原文

【摘要】 临床上，心血管疾病患者广泛存在精神心理问题，两者相互影响，加重疾病状态。双心医学是一门由心脏病学和心理学交叉并综合形成的学科，强调关注心血管疾病的同时关注患者的精神心理状态。中华医学会心身医学分会双心学组的专家们经查阅文献、开展研讨，制定了《双心门诊建设规范中国专家共识》，以完善并提高我国双心医学诊治能力，推动各级医疗机构开设双心门诊，不断健全我国双心医疗服务体系。

【关键词】 双心医学；双心疾病；心脏病学；心理学；门诊医疗设施；共识；指南

【中图分类号】 R 541 R 395 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0499

Chinese Expert Consensus on the Construction Standardization of Psycho-cardiology Outpatient

Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association, Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine

Writers: DING Rongjing¹, LIU Yuanyuan², YUAN Lixia³, WANG Yibo⁴, LI Zhongyan⁵

1. Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100032, China

2. Tianjin Chest Hospital, Tianjin 300350, China

3. Zhengzhou Seventh People's Hospital, Zhengzhou 450016, China

4. Huangpu Branch of the Ninth People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200011, China

5. The Second Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116033, China

Corresponding authors: DING Rongjing, Chief physician/Professor; E-mail: drj2003@vip.163.com

YUAN Yonggui, Chief physician/Professor; E-mail: yygyh2000@sina.com

HU Dayi, Chief physician/Professor; E-mail: dayi.hu@hotmail.com

【Abstract】 Clinically, patients with cardiovascular disease widely have psycho-psychological problems, which interact with each other and aggravate the disease state. Psycho-cardiology is a discipline formed by the intersection and integration of cardiology and psychology, which emphasizes the attention to cardiovascular diseases and the mental state of patients. Experts from the Psycho-cardiology Group of the Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association formulated Chinese Expert Consensus on the Construction Standardization of Psycho-cardiology Outpatient after reviewing literature and conducting discussions, in order to improve the diagnosis and treatment capacity of psycho-cardiology in China, promote medical institutions at all levels to set up psycho-cardiology outpatient, and continuously improve the medical service system of psycho-cardiology in China.

【Key words】 Psycho-cardiology; Psycho-cardiological disease; Cardiology; Psychology; Ambulatory care facilities; Expert consensus; Guidebook

引用本文：中华医学会心身医学分会，中国康复医学会心血管病预防与康复专委会. 双心门诊建设规范中国专家共识[J]. 中国全科医学, 2024, 27(3): 253-261. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0499. [www.chinagp.net]

Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association, Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Chinese expert consensus on the construction standardization of psycho-cardiology outpatient [J]. Chinese General Practice, 2024, 27(3): 253-261.

© Chinese General Practice Publishing House Co., Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

双心医学 (psycho-cardiology) 又称为心理-心脏病学或精神-心脏病学, 是一门由心脏病学和心理学交叉并综合形成的学科。双心医学立足于心血管疾病的学科体系, 强调在关注心血管疾病改善的同时, 关注精神心理状态对躯体的影响, 以达到最佳的患者预后、治疗效果和疾病转归。

为完善并提高我国双心医学诊治能力, 加强早期识别、早期筛查、规范诊治、合理用药和及时转诊管理, 提高双心障碍和双心疾病医疗服务能力。中华医学会心身医学分会双心学组组织专家查阅文献、开展研讨, 基于《在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识(2020版)》^[1]和《双心疾病中西医结合诊治专家共识》^[2], 结合分级诊疗的卫生政策^[3], 制定了《双心门诊建设规范中国专家共识》, 以推动各级医疗机构开设双心门诊, 合理配置医疗资源, 开展双心门诊医疗质量评价和持续改进工作, 不断健全我国双心医疗服务体系, 为双心障碍和双心疾病患者及高危人群提供适宜的门诊诊疗服务, 提高双心障碍和双心疾病的识别率和治疗率, 降低误诊、误治率, 从而改善双心障碍和双心疾病患者的预后, 并有效降低患者家庭和国家医疗负担。

1 建设双心门诊的意义

大量心血管内科就诊的患者存在精神心理问题。现有数据显示, 心血管内科就诊的患者中 31.18% 存在抑郁状态, 30.46% 存在焦虑状态, 其中轻中度抑郁状态和轻中度焦虑状态分别占比 30.30% 和 27.62%^[4]。轻中度焦虑状态、轻中度抑郁状态并不属于严格意义上的精神疾病, 由于其临床症状以心血管症状为主要表现, 因此心血管内科医生需担负起鉴别诊断、对症治疗和发起联络会诊的首诊责任。双心门诊为有焦虑、抑郁状态的心血管疾病患者或表现为心血管疾病症状的焦虑、抑郁状态患者提供规范诊治的场所, 以提高诊治效率。

2 双心门诊设置

2.1 双心门诊组织架构

双心门诊原则上由双心专业医师、心理治疗师(咨询师)和护师组成, 有条件的可以增加精神心理专科医师及康复师。

2.1.1 双心专业医师

资质要求: (1) 具有心血管专业或全科医学专业主治医师及以上职称, 一定的心血管专科临床工作经验; (2) 完成至少 20 学时的双心专业技能培训课程并获得培训证书。

职责: (1) 组织和管理双心门诊的日常工作; (2) 接诊双心门诊患者, 制定患者的评估计划和治疗计划, 发起联络会诊、提交申请, 推荐心理治疗师参与患者接诊; (3) 为患者撰写诊疗档案; (4) 制定随访计划;

(5) 组织并参与双心相关临床研究工作; (6) 定期开展双心疾病健康科普和宣传教育工作。

2.1.2 心理治疗师

资质要求: (1) 具有医学背景, 并具有一定的临床工作经验; (2) 通过由卫生行政管理部门实施的执业资格考试, 并取得心理治疗执照。

职责: (1) 协助双心专业医师对患者进行心理治疗、行为认知指导等治疗; (2) 坚持保密原则, 通过来访者及其家属获悉来访者心理问题的相关资料; (3) 对来访者进行全面评估, 评估内容包括人格发展、心理成长、智力、社会化及家庭、婚姻生活事件等, 概括来访者的心理和生理测量结果; (4) 对来访者作出心理诊断, 制定相应的心理治疗计划, 并指导来访者有效实施治疗计划; (5) 对来访者进行心理咨询, 从中发现其精神障碍或躯体疾病, 并及时告知双心专业医师, 尤其是来访者有自伤行为或者危及社会安全行为应立即采取必要措施, 以防止意外事件发生。

2.1.3 护师

资质要求: (1) 具有护师职称, 并具有一定的心血管专科护理工作经验; (2) 完成至少 20 学时的双心医学专业技能培训课程并获得培训证书。

职责: (1) 双心就诊患者建档。尽可能详尽的为患者建立健康档案, 并做好预约登记和后期随访工作。

(2) 护理问诊和评估。对患者进行详细问诊, 全面了解患者病情、家庭状况, 协助医师和康复师对患者的心理状态、心肺功能、家庭及社会功能进行全面评估。(3) 协助双心专业医师和康复师处理各种突发的医学事件。

(4) 对患者及其家属进行宣教和培训, 负责日常宣传手册的发放和宣教视频的播放, 协助双心专业医师患者进行用药指导、饮食营养指导及家庭生活照顾指导等。

(5) 指导和协助患者完成康复治疗。

2.1.4 双心康复师

资质要求: (1) 取得康复师资格证; (2) 完成至少 20 学时双心医学临床技能培训并获得培训证书; (3) 具备相关临床工作经验。

职责: (1) 执行双心专业医师的双心康复处方; (2) 根据双心康复处方, 为患者制定具体的双心康复方案;

(3) 进行疾病健康宣教和科普。

2.2 双心门诊工作模式

双心门诊接诊对象: 心血管疾病与心理障碍共病或以心血管疾病症状为表现的单纯心理障碍患者, 而不包括其他心理障碍患者。

(1) 心血管内科医师达到主治医师阶段, 接受至少 20 学时的双心医学临床技能培训并获得培训证书, 可单独出诊。

(2) 心血管内科医师与精神心理科医师联合出双心门诊。

(3) 对重度焦虑、抑郁或有法律风险的患者, 建立与精神科联络会诊、多学科诊疗 (MDT) 或转诊至精神科的工作机制。

2.3 双心门诊诊室设置

双心门诊诊室的设置既要便于患者就诊, 又要保护患者隐私。

双心门诊诊室: (1) 要求为独立诊间, 以便单人就诊, 减少不必要的干扰; (2) 建议为固定诊室, 设置“双心门诊”标识; (3) 诊室需配备电脑、电子病历诊疗系统等办公设施及血压计、听诊器等诊疗器材; (4) 配备必要的简易精神心理筛查工具, 可进行常规精神心理状态评估; (5) 设立心脏和精神心理相关的科普宣传资料角; (6) 诊室墙面粘贴双心门诊诊疗流程图等。

双心门诊心理评估/治疗室: (1) 需要独立的房间, 确保安静, 并设置醒目的“请勿打扰”标志; (2) 配备有尽可能全面的心理学测评量表及相关工具; (3) 建立双心疾病或双心障碍患者诊治电子随访数据库; (4) 配备必要的办公设施、资料储存设施, 如电脑、打印机、资料柜等。如有条件, 可配备专业的录音、摄像设备^[5]。

2.4 双心门诊工具

2.4.1 精神心理主观测量: 在心血管内科就诊的精神心理问题患者以及心血管疾病患者常见的精神心理问题主要为焦虑、抑郁、躯体化障碍、失眠、谵妄, 患者的人格障碍、认知能力、生活事件、疾病状态等影响其精神心理状态。精神心理主观测量指通过精神心理自评问卷或他评问卷, 判断患者的精神心理状态, 虽不能作为诊断工具, 但有助于评估患者的精神心理状态。

人格特质评估: 双心门诊重点关注心血管疾病患者 A 型人格及 D 型人格的筛查与评估。A 型人格推荐 A 型行为类型问卷 (TABPQ), 评分标准为每个条目分数相加, 最高分为 50 分, 将 50~29 分定义为 A 型人格^[6]。D 型人格推荐 D 型人格量表 (DS-14), 评分标准采用“完全不符合 (0 分)”到“完全符合 (4 分)”的 5 点记分法, 同样为每个条目分数相加, 两部分均须 ≥ 10 分才能确定为 D 型人格^[7]。

抑郁、焦虑评估: 自评问卷推荐采用“二问法”, 由患者完成健康自评问卷 2 项, 简化健康问卷抑郁量表 2 项 (PHQ-2) 进行抑郁筛查 (附表 1)、简化广泛性焦虑自评量表 2 项 (GAD-2) 进行焦虑筛查 (附表 2)^[8-9], 初步筛出可能有问题的患者, PHQ-2 得分 ≥ 3 分、GAD-2 得分 ≥ 3 分, 建议采用健康问卷抑郁量表 9 项 (PHQ-9) (附表 3)、广泛性焦虑自评量表 7 项 (GAD-7) (附表 4) 进一步评估抑郁和焦虑。精神心理他评问卷推荐采用汉密尔顿焦虑抑郁评估问卷, 使用他评问卷要求接受过精神心理基础知识培训。如患者躯体症状较多, 推荐应用健康问卷躯体症状群量表 15 项 (PHQ-15) 或躯体化症状自评量表 (SSS) (附表

5)^[10-11]进行评估。

其他精神心理测量: 在双心门诊可能用到的其他精神心理相关评估工具包括生活事件问卷、压力感知问卷、匹兹堡睡眠质量问卷、简易精神状态检查量表 (MMSE) 和蒙特利尔认知评估量表 (MOCA) 认知功能评价、谵妄筛查问卷“意识模糊评定法 (CAM)”的简本 (4 个条目) 或全版 (11 个条目)。

2.4.2 精神心理客观测量

心率变异分析: 心率变异性用于反映自主神经系统活性及其平衡协调的关系, 是目前无创评估心脏自主神经活动的工具, 包括时域和频域两种表示方法。检测方法包括 5 分钟法和 24 小时法, 5 分钟法更多评价自主神经功能状态, 主要以低频与高频的比值表示, 参考值为 0.5~2.0, 高于 2.0 提示机体处于高交感压力状态, 低于 0.5 提示机体可能处于迷走为主的抑郁状态; 24 小时法用以评价个体自主神经功能的协调能力, 主要看时域指标。

运动后的心率恢复 (HRR): 随着运动负荷试验的广泛开展, 运动后 1 min 的 HRR 受到关注, 运动后主动恢复 1 min 心率下降低于 12 次/min, 可作为评价心脏自主神经活动不良的指标。

睡眠呼吸监测: 多导睡眠呼吸监测通过监测患者睡眠过程中的脑电、肌电、血压、心率、鼻气流、胸部运动、腹部运动等, 反映睡眠中呼吸、心血管、中枢神经等多系统的变化, 用于诊断睡眠呼吸暂停综合征、上气道阻力综合征、鼾症, 也用于其他睡眠障碍的辅助诊断, 如不宁腿综合征、失眠分类、发作性睡病等。

便携式长程心电监测: 包括单导心电记录仪、8 导心电记录仪或 12 导心电记录仪, 支持遥测和离线记录存储, 可佩戴于胸前、上臂或指间, 穿戴便携, 并能识别筛选出被检测者的异常心电波形。主要用于反复主诉心悸的患者。

脑功能监测: 通过电极记录脑细胞群的自发性、节律性电活动。主要检测颅内器质性病变以及大脑功能状态, 包括记忆、应激、联想、工作负荷、激越等状态, 辅助用于老年痴呆、焦虑抑郁评估。

人工智能心脏心理评估: 使用人工智能技术, 同时评估患者的精神心理状态和心电、心率变异性等生理状态并进行自动化分析, 有助于客观判断患者的症状来源与精神心理和躯体的关系。

相关血液检查: 检测血液多巴胺、肾上腺素、去甲肾上腺素、5-羟色胺、皮质醇、脱氢表雄酮水平等有助于评估患者的精神压力状态。

2.4.3 干预工具

生物反馈: 生物反馈治疗是根据生物反馈的原理, 通过采集与分析患者脑电波形的指标, 来确定患者的精神和心理状态, 并且这些信号以容易理解的视觉、听觉

等形式展现出来,使患者能够了解自身生理的变化;通过反复的训练与治疗,帮助患者达到认知自身生理变化、自身调控,从而实现治疗疾病。目前主要用于治疗抑郁症、失眠、癫痫以及神经症等。

正念冥想:正念冥想训练促使大脑分泌一系列神经递质和激素,这些神经递质与失眠、焦虑、抑郁等存在密切联系,从而可以治疗上述精神心理问题。一般通过个体或小组培训,指导患者掌握正念冥想技术。

虚拟现实技术:暴露疗法(VRET)是一种新颖的焦虑症治疗技术,属于认知行为疗法,已有研究证实VRET对一些特殊焦虑症治疗有作用,如社交焦虑障碍、创伤后应激障碍等。

其他工具:包括经颅电刺激、沙盘治疗、音乐治疗、色彩治疗、专业认知行为治疗、家庭治疗等,可转诊至精神心理专科。

3 双心门诊临床路径

3.1 患者首诊登记评估

心血管内科门诊及双心门诊首诊患者,对不典型临床症状的患者进行常规临床诊疗同时,建议进行“三问法(附表6)”或“二问法(PHQ-2和GAD-2)”精神心理问题筛查,“三问法”中有两个问题回答“是”或“二问法”中得分 ≥ 3 分的患者,建议转诊到双心门诊采用自评量表(PHQ-9、GAD-7、PHQ-15/SSS)进一步评估,完成自评量表后提示可能存在精神心理问题,预约双心门诊。

3.2 双心门诊初诊思路

双心门诊医师接诊精神心理自评量表评分异常的患者,在双心门诊初诊时完成如下工作:(1)全面了解患者病史,包括发病诱因、症状性质、相关病史及危险因素、起病前中后的心理状态及心理状态演变,如心理应激的可疑来源,患者的性格特点、家庭环境、人际关系,以及患者对自身问题的认知等。(2)详细的体格检查,如心脏、肺部、甲状腺查体,必要的实验室检查,如肺功能检查、运动试验、冠状动脉检查等,明确是否存在心血管疾病及其严重程度,并排除哮喘等其他器质性疾病。(3)心理生理检查,给予情景性心理刺激的同时检测心率、血压、呼吸及脑电活动等,了解心身之间的联系;自主神经系统检查,如卧立位试验、深呼吸试验、VASAVAL试验等,了解交感神经、副交感神经的功能状况。(4)进行全面的心理测评以评估心理社会因素、了解患者人格特点等,如GAD-2、GAD-7、PHQ-2、PHQ-9、PHQ-15/SSS、TABPQ、DS-14、生活事件问卷等。

3.3 双心门诊鉴别诊断思路

心血管内科就诊患者常见的躯体化症状包括心悸、胸痛、胸闷气短、血压升高,双心专业医师应至少掌握以上4种症状的鉴别诊断。

3.3.1 心悸鉴别诊断:心悸常见的鉴别诊断,病理因素包括心律失常、甲状腺功能异常、贫血、电解质紊乱、感染高热、低氧血症等,生理因素包括失眠、饮酒、喝咖啡喝茶、情绪波动等。

3.3.2 胸痛鉴别诊断:对于有胸痛的患者,首先需要除外心肌缺血,其他需要排除的常见疾病包括主动脉夹层、肺栓塞、胸椎病变、肋软骨炎、食道裂孔疝、反流性食管炎、胸膜炎等。

3.3.3 胸闷气短的鉴别诊断:对于存在胸闷气短的患者,重点需要除外心肌缺血、心力衰竭、肺栓塞以及其他肺部疾病、睡眠呼吸暂停综合征等,初步筛查包括血肌钙蛋白、脑钠肽、D-二聚体、心电图、超声心动图,动态心电图或运动负荷试验,必要时行心血管有创影像学检查、胸部CT、肺功能等。

3.3.4 血压升高的鉴别诊断:精神心理问题伴发的血压升高表现为血压波动大或血压难以控制,重点需要除外肾上腺、肾脏、肾动脉、甲状腺功能异常导致的血压升高。

对于存在上述4种症状的患者,如果客观检查结果无法解释患者的症状,鉴别诊断中应考虑精神心理问题,采用精神心理测评工具以及客观评估手段进行评估。

双心门诊患者诊治流程见图1。

4 诊断

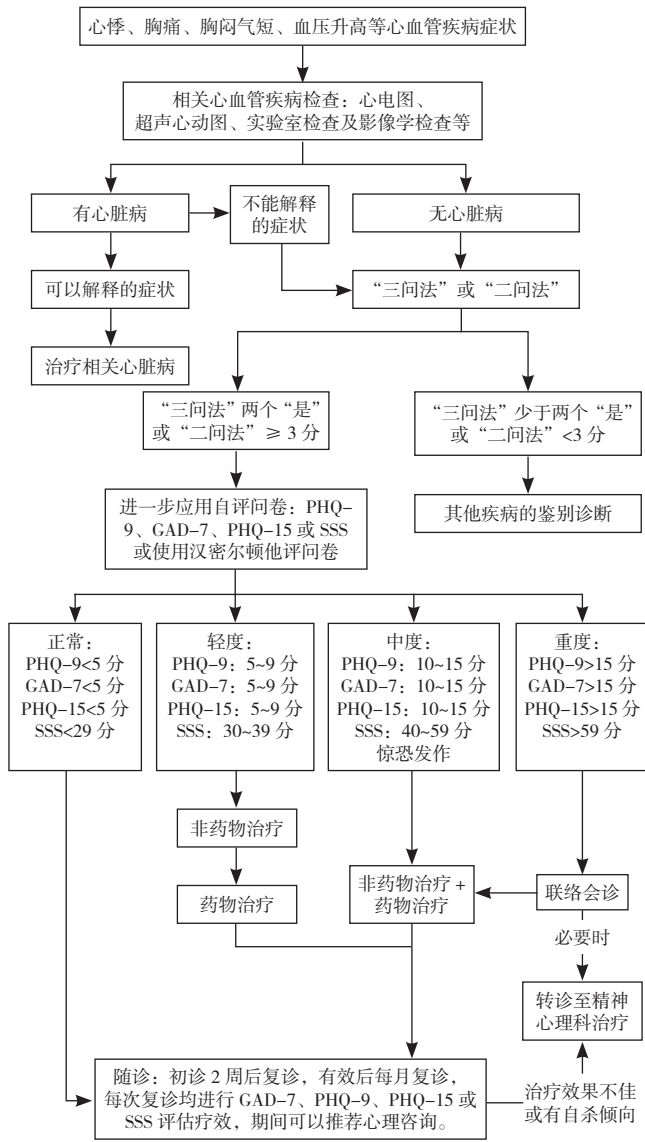
结合患者病史、体格检查、神经心理评估、实验室与影像学检查结果,以及患者的躯体症状和精神心理状态综合分析进行诊断,应包括生物学诊断和精神心理状态学诊断。生物学诊断如胸闷待查、冠心病、高血压、心悸待查等;精神心理状态学诊断如焦虑状态、抑郁状态、惊恐发作、自主神经功能失调等,避免给予患者精神心理疾病学诊断如焦虑症、抑郁症和惊恐障碍等。

患者有以下临床症状及客观检查结果,高度提示患者存在心理障碍:具有反复困扰患者的躯体症状不适,如胸闷、胸痛、心慌、晕厥、心前区不适等;并有以下4种情况中的3种:(1)发病前可能存在明显的心理社会等应激因素,并贯穿疾病的演变过程;(2)物理检查可能发现与体征不相符的躯体症状,实验室客观检查结果和主观症状不相符;(3)患者存在焦虑抑郁和/或失眠的临床表现,焦虑、抑郁评分超过参考值或躯体化症状评分超过参考值;(4)使用抗焦虑、抑郁药物对症治疗可改善临床症状。

5 治疗

5.1 治疗原则

双心医学强调在治疗心血管疾病的同时,关注患者的精神心理问题,遵循社会-心理-生物医学模式,强调对患者进行多层次、多角度、综合性干预,包括药物治疗和非药物治疗。



注：PHQ-9=健康问卷抑郁量表9项，GAD-7=广泛性焦虑自评量表7项，PHQ-15=健康问卷躯体症状群量表15项，SSS=躯体化症状自评量表；轻度：轻度焦虑或抑郁，中度：中度焦虑或抑郁，重度：重度焦虑或抑郁。

图1 双心门诊患者诊治流程

Figure 1 Consultation and treatment process of patients in the psychocardiology outpatient

5.1.1 非药物治疗：非药物治疗是基础，适用于所有双心障碍患者，尤其对于轻度焦虑、抑郁患者为首选。双心门诊推荐使用的非药物治疗包括心理教育、认知行为治疗、减压训练、虚拟现实技术、运动训练、生物反馈、传统中医技术等。具体内容请参考《在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识（2020版）》^[1]、《中国心脏康复与二级预防指南2018精要》^[12]和《冠心病患者运动治疗中国专家共识》^[13]。

5.1.2 药物治疗：证据分级和推荐意见的形成：在制定本共识过程中，参照WHO出版的《WHO指南编写手册》AGREE协作网发表的临床指南编写的方法学原则，结

合中国现况，建立制定本共识的方法学，将2009年更新后的AGREE II协作网推出的指南方法学质量评价标准作为质控标准。证据级别与推荐意见分级标准见表1。

抗焦虑、抑郁西药治疗：药物治疗适用于中度以上焦虑、抑郁患者，伴有躯体症状的轻度焦虑、抑郁患者，以及惊恐发作患者。药物选择的原则，首先考虑抗焦虑、抑郁药物的心血管安全性，其次考虑抗焦虑、抑郁药物的疗效强弱。《在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识（2020版）》^[1]中，根据抗焦虑、抑郁药物在心血管内科应用的研究文献以及药理学特点，推荐心血管内科患者出现焦虑、抑郁时，选择有心血管安全性证据的抗抑郁药物和抗焦虑药物。本共识查阅2000年1月—2023年1月中国知网和PubMed发表的抗抑郁药物在心血管内科使用的文献证据，根据推荐级别对心血管内科患者使用抗焦虑、抑郁的西药进行推荐。

表1 证据级别与推荐意见分级标准

Table 1 Evidence level and recommendation rating standard

推荐强度	证据级别 (级)	描述
A	1	单个多中心 RCT (原始数据开源)；基于 RCTs 的系统性综述 (有同质性, 原始数据开源)；大样本数据挖掘研究 (原始数据开源)；Meta 分析和系统性综述
B	2a	单个 RCT (原始数据不开源)；经典的基于病例对照研究的系统性综述 (有同质性)；大样本队列研究 (原始数据开源)
	2b	单个病例对照研究
C	3	病例报道 (低质量队列研究)；横断面研究
D	4	专家意见或评论

注：RCT=随机对照试验；A、B、C、D表示推荐意见强度从高到低。

推荐意见：

(1) 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs)，包括舍曲林 50~100 mg/d^[14] (1级, A类推荐)、西酞普兰 20~40 mg/d^[15] (1级, A类推荐)、艾司西酞普兰 10~20 mg/d^[16-18] (1级, A类推荐)、氟伏沙明 100~200 mg/d^[19] (2b级, B类推荐)、氟西汀 20~40 mg/d^[20] (2b级, B类推荐)、帕罗西汀 20~40 mg/d^[21] (2b级, B类推荐)。适应证：适用于各种类型和不同程度的抑郁障碍，包括焦虑症、疑病症、恐惧症、强迫症、惊恐障碍、创伤后应激障碍。禁忌证：①对SSRIs类过敏者；②与单胺氧化酶抑制剂、氯米帕明、色氨酸联用。注意事项：①SSRIs类药物镇静作用较轻，可白天服用；若患者出现困倦、乏力可晚上服用。②为减轻胃肠道刺激，通常餐后服药。③建议心血管病患者从最低剂量的半量开始，老年体弱者从1/4量开始，每5~7d缓慢增量至最低有效剂量。

(2) 苯二氮革类 (BDZ)，包括地西泮 5~20 mg/d、

艾司唑仑 1~6 mg/d、氯硝西泮 0.5~6 mg/d、劳拉西泮 0.5~6 mg/d、阿普唑仑 0.4~4 mg/d、咪达唑仑 7.5~15 mg/d、奥沙西泮 15~60 mg/d、唑吡坦 5~10 mg/d (4级, D类推荐)、佐匹克隆 7.5~15 mg/d^[22] (4级, D类推荐)。适应证: 用于焦虑症和失眠的治疗, 抗焦虑作用起效快。禁忌证: 体位性低血压、重度呼吸抑制。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。

(3) 复合制剂氟哌噻吨美利曲辛^[23], 成人通常 2 片/d, 早晨、中午各 1 片; 老年体弱患者早 1 片; 维持量早 1 片 (2a 级, B 类推荐)。适应证: 轻中度焦虑抑郁、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。禁忌证: 心肌梗死急性期、循环衰竭、房室传导阻滞、未经治疗的闭角型青光眼、急性酒精或巴比妥类药物及阿片类药物中毒, 禁与单胺氧化酶抑制剂同服。注意事项: 对失眠或严重不安的患者, 建议在急性期加服镇静剂。老人或此前未接受过精神科治疗的患者, 有时半片也能达到效果。

(4) 褪黑素受体激动剂和 5-羟色胺 2C 受体拮抗剂, 阿戈美拉汀^[24], 推荐剂量为 25 mg, 1 次/d, 睡前口服。如果治疗两周后症状没有改善, 可增加剂量至 50 mg, 1 次/d, 2 片/次, 睡前服用 (2a 级, B 类推荐)。适应证: 成人抑郁症患者的焦虑和抑郁症状。禁忌证: 对活性成份或任何辅料过敏。乙型肝炎病毒携带者/患者、丙肝病毒携带者/患者、肝功能损害患者或转氨酶升高超过正常上限者禁用。本品禁止与强效人细胞色素 P450 1A2 (CYP1A2) 抑制剂 (如氟伏沙明, 环丙沙星) 合用。

(5) 5-羟色胺受体拮抗和再摄取抑制剂 (SARI), 包括曲唑酮^[25], 建议成人初始剂量 25~50 mg/d (0.5~1 片), 睡前 1 h 服用, 然后每 3~4 天可增加 50 mg (1 片), 最大剂量不超过 400 mg, 分次服用 (2b 级, B 类推荐)。适应证: 主要用于治疗各种类型的抑郁症和伴有抑郁症状的失眠以及药物依赖者戒断后的情绪障碍。禁忌证: 对盐酸曲唑酮过敏者禁用, 肝功能严重受损、严重的心脏疾病或心律失常者禁用, 意识障碍者禁用。注意事项: 主要用于有轻中度抑郁或焦虑合并失眠的患者, 建议睡前使用, 文献报道有体位性低血压风险。

(6) 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs) 文拉法辛 75~150 mg/d^[26-27] (2b 级, B 类推荐)、度洛西汀 40~60 mg/d^[28-29] (2b 级, B 类推荐)、米那普仑 50~100 mg/d^[28] (4 级, D 类推荐)。

(7) 去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺受体拮抗剂 (NaSSA) 米氮平 15~45 mg/d^[30-31] (1 级, A 类推荐)。

(8) 多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (NDRU/

NARI), 包括丁螺环酮 20~40 mg/d^[32] (2b 级, B 类推荐)、坦度螺酮 30~60 mg/d^[33] (4 级, D 类推荐)。适应证: 用于抗焦虑及心血管疾病伴焦虑状态患者。禁忌证: 过敏者禁用。

抗焦虑、抑郁中药治疗: 双心障碍中药治疗以“双心同治”为治疗原则, 以补虚泻实、调理心神为治疗大法。虚证予以益气养血、滋阴温阳, 实证予以理气、化痰、活血、行瘀, 且应配合宁心安神之品。本病多虚实夹杂, 临证须分清虚实主次, 治当兼顾, 辨证可分心虚胆怯、心血不足、阴虚火旺、血瘀痰阻四型论治。本共识在《在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识 (2020 版)》^[1]基础上, 根据 2019 年以来更新的临床研究文献, 对心血管内科患者使用抗焦虑、抑郁的中药进行推荐。

推荐意见:

(1) 肝火扰心证。主证: 胸闷, 胸痛, 不寐多梦, 甚则彻夜不眠; 兼证: 急躁易怒、气促、精神抑郁, 头昏头胀, 目赤耳鸣, 口干而苦; 腹胀, 噎气, 善太息, 不思饮食, 大便秘结, 便秘溲赤。推荐药物轻症逍遥散、加味逍遥散^[34] (2b 级, B 类推荐); 重症可用龙胆泻肝丸 (4 级, D 类推荐); 大便秘结者可合用当归龙荟丸 (4 级, D 类推荐); 属于心肾不交证的神经衰弱患者, 可用乌灵胶囊^[35] (1 级, A 类推荐); 肝气郁结证患者可用舒肝解郁胶囊^[36] (4 级, D 类推荐)。

(2) 痰热扰心证。主证: 胸闷, 心烦不寐; 兼证: 胸膈痞痞, 泛恶噎气, 口苦, 头重目眩, 小便短赤, 急躁易怒。推荐药物牛黄清心丸^[1] (4 级, D 类推荐)。

(3) 心血瘀阻证。主证: 胸闷胸痛, 唇甲青紫, 舌紫黯或有瘀斑; 兼证: 腕腹胀痛, 时欲太息, 头痛, 痛如针刺, 心悸, 日久不愈, 伴烦躁易怒, 情志不遂时症状加重。推荐药物冠心丹参滴丸^[37] (1 级, A 类推荐)、芪参益气滴丸^[38] (2b 级, B 类推荐)、血府逐瘀口服液^[1] (4 级, D 类推荐)、养心氏片^[39] (4 级, D 类推荐)、气滞血瘀证患者可用心可舒片^[40] (1 级, A 类推荐)。

(4) 心脾两虚证。主证: 心悸气促, 头晕目眩, 失眠健忘, 面色无华, 倦怠乏力, 食少纳呆。推荐药物人参归脾丸、九味镇心颗粒^[41] (2b 级, B 类推荐)、天王补心丹 (4 级, D 类推荐)。

(5) 对于存在失眠的患者可考虑甜梦口服液^[42] (4 级, D 类推荐): 适用于脾肾两虚, 症见失眠健忘、心慌气短。除药物外, 也可加以针灸、推拿、移情易性、八段锦、太极拳、五禽戏等疗法综合施治。

药物治疗注意事项:

● 剂量逐步递增, 采用最低有效量, 使不良反应的可能性降到最低。与患者有效沟通治疗方法、药物性质和作用、可能的不良反应及对策, 增加患者治疗的依从性。

● 使用抗抑郁、焦虑药物如足量治疗 6~8 周无效,

应重新评估病情（咨询精神科），若考虑换药，首先考虑更换为作用机制不同的药物。

●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。具体疗程目前缺乏研究证据，需根据具体病情决定后续康复措施和药物治疗，强调治疗疗程要足够，减少复发。

●加强随访，建议药物使用1~2周后电话随访1次，随访内容包括药物的治疗效果、不良反应、是否停药，关注QT间期。

6 双心门诊会诊、转诊制度

6.1 双心门诊会诊制度

对于疑难、病情较重的病例，心血管内科医师需及时请精神科医师会诊，必要时及时转诊，有以下情况时需及时会诊、转诊精神科^[1]：

（1）难治性病例，即经过一次调整治疗仍不能耐受不良反应或仍无改善者。

（2）依从性不好的病例，在医师恰如其分地交代病情和处理必要性、注意事项前提下，仍反复中断治疗，导致病情波动者。

（3）重症病例，重症焦虑、抑郁，或伴有明显迟滞、激越、幻觉，或转为兴奋、敌对者；符合精神分裂症与其他中重度精神病性障碍临床诊断标准。

（4）危险病例，符合重度抑郁诊断标准，具有自杀行为或已发生自杀未遂者，或有伤人危险者。

（5）投诉病例，抱怨不同医师处理不当，理据并不充分者。

6.2 紧急转诊、紧急处置^[43-44]

（1）紧急转诊

具有以下情况需立即转诊至精神专科机构：

●患者目前有明确的自杀计划，比如写遗书、计划跳楼并去楼顶踩点、囤积大量治疗失眠的药物；近期已经实施过自杀行为；伴有自伤风险。

●出现精神病性症状。

●合并严重的双相情感障碍。

●伴有物质依赖。

●伴有严重躯体疾病，联合用药可能存在不良反应。

●服药后出现意识障碍、血压明显升高或肝功能异常等严重药物不良反应。

（2）紧急处置

●伴有急性焦虑发作时，有条件的机构可临时给予劳拉西泮0.5~1.0 mg或者阿普唑仑0.4~0.8 mg口服，必要时可予地西泮5~10 mg静脉注射。紧急处置后，建议立即转诊至精神专科机构。

●如果患者有强烈的自杀或明显的自责观念，应告知患者家属务必加强看护，防范患者实施自杀行为。如果患者已有自杀行为，可做相应处理，如止血、洗胃等。

紧急处置后，应建议立即转诊至精神专科机构。

（3）MDT会诊

MDT是由两个以上相关学科的专家组成相对固定的专家组，针对某一器官或系统疾病进行的临床讨论会，以共同制定科学、合理、规范的治疗方案。对合并多系统疾病的患者，经相关专科治疗后效果改善不明显者，必要时可进行MDT会诊以明确下一步诊疗方向。

7 质量管理指标

双心门诊应做到：（1）双心障碍患者的筛查与一级预防；（2）首次就诊或转诊来双心门诊患者的规范化评估、诊断、治疗与二级预防；（3）双心门诊患者的规范化随访和二级预防干预；（4）开展双心障碍患者相关非药物治疗；（5）严重双心障碍患者向精神科转诊或联络会诊。

8 双心科普及门诊间网络建设

双心门诊应通过义诊、各互联网平台、媒体等多种渠道有组织有计划地开展双心医学科普知识的普及和推广，进一步实现双心障碍和双心疾病患者自我居家管理及远程监护，帮助双心障碍和双心疾病患者真正做到双心康复。

双心门诊数据库建设可以实现对临床数据的集中和重用，从而充分发掘历史诊疗数据的宝贵价值，提高医疗质量，同时通过对数据的科学、合理、有效利用，又可以反哺医教研管。各级双心门诊应积极参与双心门诊数据库建设、管理及上报工作，最终实现网络数据共享。

附表1-6请扫描首页二维码获取。

《双心门诊建设规范中国专家共识》编写组名单：

共识指导委员：胡大一（北京大学人民医院），吴

爱勤（苏州大学附属第一医院），袁勇贵（东南大学附属中大医院），王玉平（首都医科大学宣武医院），沈鑫华（湖州市第三人民医院湖州市精神病院）

共识专家组成员（按姓氏首字母排序）：布艾加尔 哈斯木（南京明基医院），陈晓春（内蒙古国际蒙医医院），陈晓曙（温州市人民医院），程万军（国家心理健康和精神卫生防治中心），丁建东（东南大学附属中大医院），丁荣晶（中国医学科学院北京协和医院），郜立红（内蒙古呼伦贝尔市人民医院），郭兰（广东省人民医院），郭蓉娟（北京中医药大学东方医院），何益平（绍兴市人民医院），洪霞（中国医学科学院北京协和医院），黄峥（辽宁省金秋医院），姜荣环（中国人民解放军总医院第一医学中心），李亮（河北医科大学第二医院），李志梅（邯郸市第一医院），李忠艳（大连医科大学附属第二医院），刘慧（河南省安阳地区医院），刘玲（中南大学湘雅二医院），刘遂心（中南大

学湘雅医院), 刘园园(天津市胸科医院), 路岩(大连医科大学附属第一医院), 马欢(广东省人民医院), 马文林(同济大学附属同济医院), 毛家亮(上海交通大学医学院附属仁济医院), 孟晓萍(长春中医药大学附属医院), 秦纲(山西医科大学第一医院), 曲珊(北京大学人民医院), 饶芳(新疆喀什地区第二人民医院), 任明芬(新乡医学院第二附属医院), 任延平(西安交通大学第一附属医院), 司瑞(空军军医大学第一附属医院), 斯琴高娃(内蒙古自治区人民医院), 陶贵周(大连医科大学附属第一医院), 王一波(上海交通大学医学院附属第九人民医院黄浦分院), 夏志琦(中国医学科学院阜外医院深圳医院), 肖长江(湖南省中西医结合医院湖南省中医药研究院附属医院), 许锦荣(广东医科大学附属第二医院), 叶红华(宁波市医疗中心李惠利医院), 于勤(大连大学附属中山医院), 余国龙(中南大学湘雅医院), 余会平(乐山市人民医院), 袁丽霞(郑州市心血管病医院), 岳瑞华(重庆大学附属中心医院), 张敏(昆明医科大学第一附属医院), 张望(重庆市精神卫生中心), 张立晶(北京中医药大学东直门医院), 张丽霞(北京回龙观医院), 张抒扬(中国医学科学院北京协和医院), 赵计兰(山西省煤炭中心医院), 赵毅(大连市金州区第一人民医院), 郑茵(海南省肿瘤医院), 郑泽琪(南昌大学第一附属医院), 钟锦荣(福建省龙岩市第一医院), 周亚峰(苏州大学附属独墅湖医院), 朱宁(大连医科大学附属第二医院)

本文利益冲突: 所有作者声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] 中国康复医学会心血管病预防与康复专业委员会, 中国老年学学会心血管病专业委员会, 中华医学会心身医学分会. 在心血管科就诊患者心理处方中国专家共识(2020版)[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(10): 764-771. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20200203-00050.
- [2] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会双心学组. 双心疾病中西医结合诊治专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(14): 1659-1662. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.03.y04.
- [3] 谢宇, 于亚敏, 余瑞芳, 等. 我国分级诊疗发展历程及政策演变研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(3): 24-27.
- [4] 袁丽霞, 丁荣晶, 秦延平, 等. 心血管专科医院患者常见焦虑、抑郁、躯体化症状现状调查[J]. 东南大学学报(医学版), 2020, 39(5): 608-614. DOI: 10.3969/j.issn.1671-6264.2020.05.010.
- [5] 江苏省老年医学学会神经病学分会痴呆与认知障碍诊治专家组. 江苏省老年记忆障碍门诊规范化建设专家共识[J]. 实用老年医学, 2021, 35(6): 652-659. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2021.06.031.
- [6] 白俊云, 赵兴蓉, 许秀峰. D型人格量表的信效度检验[J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(5): 329-332. DOI: 10.3321/j.issn:1000-6729.2007.05.015.
- [7] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 中华医学电子音像出版社, 2005: 157-160.
- [8] 王历, 陆凯, 李建超, 等. 患者健康问卷在心血管门诊抑郁障碍筛查中的价值[J]. 中华心血管病杂志, 2015, 43(5): 428-431. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2015.05.013.
- [9] 王历, 陆凯, 王长鹰, 等. GAD-2和GAD-7在心血管门诊焦虑筛查中的信度与效度分析[J]. 四川精神卫生, 2014, 27(3): 198-201. DOI: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.03.002.
- [10] 庄琦, 毛家亮, 李春波, 等. 躯体化症状自评量表的初步编制及信度和效度研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(9): 847-849. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2010.09.026.
- [11] LICHTMAN J H, BIGGER J T, BLUMENTHAL J A, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association[J]. Circulation, 2008, 118(17): 1768-1775. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769.
- [12] 中国康复医学会心血管病专业委员会. 中国心脏康复与二级预防指南2018精要[J]. 中华内科杂志, 2018, 57(11): 802-810. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2018.11.003.
- [13] 中华医学会心血管病学分会预防学组, 中国康复医学会心血管病专业委员会. 冠心病患者运动治疗中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2015, 43(7): 575-588. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2015.07.004.
- [14] GLASSMAN A H, O'CONNOR C M, CALIFF R M, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina[J]. JAMA, 2002, 288(6): 701-709. DOI: 10.1001/jama.288.6.701.
- [15] LESPÉRANCE F, FRASURE-SMITH N, KOSZYCKI D, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial[J]. JAMA, 2007, 297(4): 367-379. DOI: 10.1001/jama.297.4.367.
- [16] BLUMENTHAL J A, SMITH P J, JIANG W, et al. Effect of exercise, escitalopram, or placebo on anxiety in patients with coronary heart disease: the understanding the benefits of exercise and escitalopram in anxious patients with coronary heart disease (UNWIND) randomized clinical trial[J]. JAMA Psychiatry, 2021, 78(11): 1270-1278. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.2236.
- [17] BLUMENTHAL J A, SMITH P J, JIANG W, et al. Longer term benefits of exercise and escitalopram in the treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: six month follow-up of the UNWIND randomized clinical trial[J]. Am Heart J, 2022, 251: 91-100. DOI: 10.1016/j.ahj.2022.05.014.
- [18] KIM J M, STEWART R, LEE Y S, et al. Effect of escitalopram vs placebo treatment for depression on long-term cardiac outcomes in patients with acute coronary syndrome: a randomized clinical trial[J]. JAMA, 2018, 320(4): 350-358. DOI: 10.1001/jama.2018.9422.
- [19] 杨鸣宇, 陈浩. 氟伏沙明联合倍他乐克治疗心脏神经官能症

- 的疗效分析 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15 (20): 3109-3111. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.20.032.
- [20] STRIK J J, HONIG A, LOUSBERG R, et al. Efficacy and safety of fluoxetine in the treatment of patients with major depression after first myocardial infarction: findings from a double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Psychosom Med*, 2000, 62 (6): 783-789. DOI: 10.1097/00006842-200011000-00007.
- [21] TIAN X Q, WANG Q, GUO R, et al. Effects of paroxetine-mediated inhibition of GRK2 expression on depression and cardiovascular function in patients with myocardial infarction [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016, 12: 2333-2341. DOI: 10.2147/NDT.S109880.
- [22] 中国医师协会全科医师分会双心学组, 心血管疾病合并失眠诊疗中国专家共识组. 心血管疾病合并失眠诊疗中国专家共识 [J]. *中华内科杂志*, 2017, 56 (4): 310-315.
- [23] 朱黎明. 黛力新在双心疾病治疗中的疗效观察 [J]. *中国现代药物应用*, 2021, 15 (8): 151-154. DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2021.08.058.
- [24] MEDVEDEV V E. Agomelatine in the treatment of mild-to-moderate depression in patients with cardiovascular disease: results of the national multicenter observational study PULSE [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2017, 13: 1141-1151. DOI: 10.2147/NDT.S129793.
- [25] 刘翠年, 王锋存, 马雪芹, 等. 盐酸曲唑酮对老年高血压合并抑郁患者的临床效果观察 [J]. *中国医药*, 2017, 12 (6): 823-826. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4777.2017.06.006.
- [26] 许恒军, 张凯, 朱坤涛, 等. 文拉法辛与小剂量阿米替林治疗心血管神经症临床疗效的对比研究 [J]. *实用心脑血管病杂志*, 2016, 24 (10): 69-71. DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2016.10.019.
- [27] HO J M, GOMES T, STRAUS S E, et al. Adverse cardiac events in older patients receiving venlafaxine: a population-based study [J]. *J Clin Psychiatry*, 2014, 75 (6): e552-558. DOI: 10.4088/JCP.13m08508.
- [28] BEHLKE L M, LENZE E J, CARNEY R M. The cardiovascular effects of newer antidepressants in older adults and those with or at high risk for cardiovascular diseases [J]. *CNS Drugs*, 2020, 34 (11): 1133-1147. DOI: 10.1007/s40263-020-00763-z.
- [29] 纪翠峰, 杨喜山, 董平栓. 度洛西汀与西酞普兰治疗慢性心力衰竭伴抑郁焦虑的比较研究 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2019, 18 (7): 518-522. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.07.110.
- [30] HONIG A, KUYPER A M G, SCHENE A H, et al. Treatment of post-myocardial infarction depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial with mirtazapine [J]. *Psychosom Med*, 2007, 69 (7): 606-613. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31814b260d.
- [31] SWEDA R, SIONTIS G C M, NIKOLAKOPOULOU A, et al. Antidepressant treatment in patients following acute coronary syndromes: a systematic review and Bayesian meta-analysis [J]. *ESC Heart Fail*, 2020, 7 (6): 3610-3620. DOI: 10.1002/ehf2.12861.
- [32] 柯道正, 葛义俊, 黄晓琴. 稳心颗粒联合丁螺环酮治疗伴有ST-T改变的神经症患者的疗效观察 [J]. *安徽医科大学学报*, 2017, 52 (3): 439-442. DOI: 10.19405/j.cnki.issn1000-1492.2017.03.030.
- [33] 中国医药卫生文化协会心身医学研究分会. 坦度螺酮在综合医院治疗患者焦虑状态临床应用的专家建议 [J]. *中国医药*, 2019, 14 (6): 935-939. DOI: 10.3760/j.issn.1673-4777.2019.06.033.
- [34] 陈全萍, 谢春毅, 张家美, 等. 逍遥散对慢性心力衰竭合并抑郁患者心功能、炎症介质和血清5-HT、NE、CORT的影响 [J]. *现代生物医学进展*, 2020, 20 (21): 4063-4067. DOI: 10.13241/j.cnki.pmb.2020.21.013.
- [35] ZHOU H F, ZHAO Y, PENG W H, et al. Efficacy and safety of Wuling capsule for insomnia disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Sleep Med*, 2022, 93: 1-14. DOI: 10.1016/j.sleep.2022.03.014.
- [36] 中华中医药学会心身医学分会专家组. 舒肝解郁胶囊治疗轻中度抑郁障碍临床应用专家共识 [J]. *北京中医药大学学报*, 2021, 44 (11): 969-977. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2157.2021.11.002.
- [37] WANG C L, HUAN N, WANG P L, et al. Guanxin Danshen dripping pills improve quality of life and cardiovascular prognoses of CHD patients after PCI with anxiety or depression (GLAD study): a randomized double-blind placebo-controlled study [J]. *Chin J Integr Med*, 2023, 29 (3): 195-204. DOI: 10.1007/s11655-022-3688-3.
- [38] 张恩圆, 刘园园, 吴雪, 等. 芪参益气滴丸在冠心病支架置入术后合并抑郁及焦虑患者中的应用 [J]. *中国心血管病研究*, 2022, 20 (11): 978-983. DOI: 10.3969/j.issn.1672-5301.2022.11.004.
- [39] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会, 中国中药协会心血管药物研究专业委员会. 养心氏片在中西医结合心脏康复中应用的中国专家共识 [J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2019, 17 (9): 1281-1285. DOI: 10.12102/j.issn.1672-1349.2019.09.001.
- [40] CHEN M T, ZHONG G F, MEN L, et al. Effectiveness and safety of Xinkeshu on coronary artery disease patients combined with anxiety and depression symptoms after percutaneous coronary intervention: a protocol for systematic review and meta-analysis [J]. *Medicine*, 2021, 100 (46): e27912. DOI: 10.1097/MD.00000000000027912.
- [41] 孙峰俐, 虞芳, 李伟, 等. 九味镇心颗粒辅助治疗心脾两虚抑郁症的Meta分析 [J]. *中成药*, 2020, 42 (5): 1398-1400. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1528.2020.05.058.
- [42] 甜梦口服液 (胶囊) 临床应用建议专家组. 甜梦口服液 (胶囊) 临床应用专家建议 [J]. *精神医学杂志*, 2019, 32 (4): 294-298. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2019.04.015.
- [43] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 广泛性焦虑障碍基层诊疗指南 (2021年) [J]. *中华全科医师杂志*, 2021, 20 (12): 1232-1241. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20211025-00790.
- [44] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 抑郁症基层诊疗指南 (2021年) [J]. *中华全科医师杂志*, 2021, 20 (12): 1249-1260. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20211020-00778.

(收稿日期: 2023-07-25; 修回日期: 2023-09-24)

(本文编辑: 张小龙)