

·综述·

急性心肌梗死患者创伤后应激障碍的研究进展*

刘霞¹, 林平¹, 王旻旻²

(1 哈尔滨医科大学护理学院; 2 哈尔滨医科大学附属第二医院, 黑龙江哈尔滨, 150081)

[关键词] 急性心肌梗死; 创伤后应激障碍; 综述

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2019)03-0053-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.03.011

Posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction: a literature review

Liu Xia¹, Lin Ping¹, Wang Yini²/Modern Clinical Nursing, -2019, 18(3):53.

(Nursing School, the Second Affiliated Hospital, Harbin Medical University, Haerbin, 150081, China)

[Key words] acute myocardial infarction; post-traumatic stress disorder; literature review

创伤后应激障碍 (post-traumatic stress disorder, PTSD) 是指因受到超常的威胁性、灾难性的创伤事件, 而导致延迟出现和长期持续的心身障碍。急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 为常见的急危重症, 也是危及患者生命的应激创伤性事件。研究显示^[1], 约有 12% 的患者在 AMI 后发生 PTSD, 2/3 的患者在 AMI 后两年仍会出现 PTSD 症状。AMI 后 PTSD 可引发患者持久的心理痛苦, 导致健康相关的生存质量受损, 并可使主要不良心脏事件 (major adverse cardiac events, MACE) 或死亡的风险增加^[2]。AMI 作为冠心病的严重类型, 起病急骤, 病情凶险, 具有极高的发病率及致死率, 对其心理健康问题进行研究显得尤为必要。国内相关研究尚处于起步阶段, 本文主要从 AMI 患者 PTSD 的发病率、危险因素及干预现状等方面进行综述, 以期为提高临床医护人员对 AMI 患者 PTSD 的认知, 并为其提供有效的预防和干预方案提供参考依据, 现报道如下。

[基金项目] * 本课题为国家自然科学基金资助项目, 项目编号为 31771241。

[收稿日期] 2018-06-28

[作者简介] 刘霞 (1993-), 女, 山东济宁人, 护师, 硕士在读, 主要从事临床护理工作。

[通信作者] 林平, 教授, 硕士生导师, 硕士, E-mail: linping_1962@163.com。

1 PTSD 的概述

PTSD 又被称为延迟性心因性反应, 是指遭受过强烈的精神创伤或经历重大生活事件后发生的延迟性精神病理反应的一类应激障碍^[3]。其特征性的症状为病理性重现创伤体验、持续性警觉性增高、持续性回避、对创伤性经历的选择性遗忘以及对未来失去信心等^[4]。PTSD 病程迁延, 严重影响患者的心理和社会功能。既往有关创伤后应激障碍的研究大都集中在飞机坠毁或交通事故、地震、暴力犯罪、战争等方面, 而最新的研究发现危及生命的疾病诊断及治疗被认为是引发 PTSD 的应激事件之一。美国精神疾病协会 (american psychiatric association, APA) 第 4 版《精神疾病诊断和统计手册》(diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSMMD) 及其修订本指出, 医源性疾病是造成 PTSD 潜在的应激创伤事件^[5]。AMI 是一种常见且严重的心脏疾病, 因其具有不可预知的突然发作和威胁生命的特性, 对患者来说是巨大的心理创伤经历。

2 AMI 患者 PTSD 的发病率

有关 AMI 患者 PTSD 发生率的研究结果有所不同。DOERFLER 等^[6]研究发现, AMI 后大约有 10% 的患者发生 PTSD。ROBERGE 等^[7]的研究指

出,约有4%的AMI患者出现PTSD,12%的患者出现部分PTSD症状。熊丹等^[8]研究发现,AMI患者PTSD症状发生率较高,检出率为28.3%。CRISTINA等^[9]的一项纵向研究评估AMI后PTSD 3个阶段的(48~72h、5个月、13个月)发病率,其发病率估计值介于3%~11%之间。EDMONDSON等^[10]对急性冠脉综合征患者PTSD发生率的Meta分析得出其发生率为12%。有研究者通过Meta分析指出,其发病率估值的不同主要来源于研究工具,而与PTSD的评估时间、研究地点和样本的性别无关。ERIKA等^[11]应用访谈和自我报告问卷统计AMI后PTSD的发生率,结果显示,使用筛查问卷时发病率估计为16%,而使用临床结构式访谈的发病率估计为4%,进一步证实异质性来源于研究工具。虽然不同研究报道中AMI患者PTSD的发生率不同,但其发生率明显超过普通人群,应引起医护人员重视。

3 AMI后PTSD的评估工具

PTSD通常在创伤事件发生3个月后出现,但也可在事发后数个月至数年间延迟发作,对AMI患者PTSD进行准确、快速的评估,可帮助筛选高危人群,及时作出早期预警及干预治疗,有利于患者的预后和社会功能的恢复。目前,国际上用于AMI患者PTSD的评估工具主要分为两类,分别是筛查量表和结构式访谈。

筛查量表大多较为简短,操作简便易行,便于在特定人群中开展快速、大范围筛查。这类量表虽不能准确诊断PTSD,但可提供PTSD的严重程度和频率。随着研究不断深入,国外研究者已经研发多种较为成熟的PTSD的测评工具,现应用于测量AMI患者PTSD的量表主要有修改版的PTSD症状自评量表(modified PTSD symptom scale-self-report,MPSS-SR)、临床医生使用创伤后应激障碍量表(clinician-administered PTSD scale,CAPS)、创伤后诊断评定量表(self-rated severity of PTSD symptom levels by the posttraumatic diagnostic scale,PDS)等^[12],上述量表均被证实具有良好的信度与效度,可为我国AMI患者PTSD研究提供可靠的测评工具。

结构式访谈被认为是PTSD诊断的金标准。部分研究者在量表筛查的基础上,进行结构化临床访谈来筛选出重点关注和早期干预的高危人群。临床访谈评定通常由经验丰富的临床心理医生实施,具有严格的操作流程标准,实施较为复杂,但由于其准确性较高,目前在临床诊断上被广泛使用。这类访谈中,使用最多的是第4版精神疾病诊断与统计手册的结构化临床访谈量表(structured clinical interview for DSM-IV,ASD module,SCID-IV-ASD)^[13]。结构化临床访谈常与筛查量表联合使用可以全面了解患者的症状。

4 AMI患者PTSD的危险因素

4.1 一般人口学资料

年龄、女性、种族是AMI患者PTSD发生的危险因素。HARI等^[14]的研究指出,年龄(即早期发病)是PTSD的危险因素,主要原因可能为老年患者对死亡以及AMI后部分功能的丧失已有心理预期,而年轻患者缺乏心理准备,对预后的担忧使他们的心理应激加重,往往更容易出现PTSD。研究表明^[15],女性是AMI患者发生PTSD的危险因素,女性AMI患者PTSD的发病率高于男性,可能与女性患者情绪障碍的易感性较高有关。WIKMAN等^[16]研究指出,种族也是危险因素之一,由于非洲裔美国人在青少年时期易患急性心肌梗死,他们发生PTSD的风险也更高。EDMONDSON等^[17]研究发现,其他社会人口因素包括婚姻状况、收入、教育程度、就业情况和宗教信仰等与PTSD无关。

4.2 疾病的严重程度

宋琼等^[18]研究发现,AMI严重程度如发病次数3次及以上、多支病变、冠心病史、并发症(以心律失常、心力衰竭等并发症多见)等是PTSD的危险因素。CHUNG等^[19]研究结果表明,侵入性治疗是AMI患者PTSD的危险因素,接受过侵入性手术治疗的患者比保守治疗患者更易出现PTSD症状。AMI严重程度的其他指标,如既往AMI病史和AMI后的住院天数也与PTSD相关^[20]。以上研究结果表明,AMI的严重程度是PTSD的危险因素,提示临床医护人员应重点关注病情程度重的AMI患者,进行针对性的干预。

4.3 心理状态

既往精神心理疾病或有焦虑、抑郁的个体更易出现 PTSD 症状。诸多研究证明^[21],AMI 前遭受负面生活事件与病后的 PTSD 症状相关。还有研究证实^[20],AMI 前经历的压力性生活事件与 AMI 后 3 个月的 PTSD 相关。OFLAZ 等^[22]研究发现,胸痛强度和疼痛持续时间、对 AMI 严重程度的感知是 PTSD 的风险因素。WHITEHEAD 等^[23]研究证实,PTSD 与抑郁病史和先前的创伤经历有关。MARKE 等^[24]的研究指出,AMI 患者的负面情绪、对诊断的关注和理解、对预后的负面认知以及对永久性残疾的预期等与 PTSD 有关。由此可知,AMI 前的心理问题可导致 AMI 后 PTSD 症状的发展,对 AMI 严重程度的感知与 AMI 患者 PTSD 的症状有关。

4.4 人格特质

人格是一个人独特、稳定的心理倾向,它是应激源和应激反应之间的重要中介因素,良好的人格特质是保持心理健康的重要基础^[25]。人格与 PTSD 的发生存在明显相关,特定的人格特质容易导致特定的负性情绪反应^[26]。在创伤事件后,具有神经质、内向性、冲动性人格的个体发展为 PTSD 的可能性大^[27],外向个性特征越明显,其 PTSD 的症状水平越低。据此,临床医护人员应重点关注特定人格特质的 AMI 患者,及时发现其不良的心理状态,鼓励其表达内心感受,进而减少 PTSD 的发生。

4.5 社会支持

社会支持指的是一个人实际获得的支持,是通过社会联系所获得的能减轻心理应激反应、缓解精神紧张状态、提高社会适应能力的因素^[28]。它能提高患者的心理应付能力,有“缓冲垫”样的保护作用。目前,较一致的观点是,社会支持能减少 PTSD 的发生,可作为 PTSD 发生的保护因素^[29]。DINENBERG 等^[30]的一项纵向研究显示,社会支持匮乏的患者更容易出现 PTSD 症状,良好的社会支持可缓冲创伤事件的强度,增强 AMI 患者的心理应对,从而可减轻 PTSD 的症状。OZER 等^[31]的一项关于社会支持的 Meta 分析,该研究发现发生创伤事件后的社会支持与 PTSD 之间并不会随着样本量或 PTSD 评价工具的不同而不同,社会支持和 PTSD 之间均呈强相关,但该项研究针对的是普通

大众人群,研究人群的不一致可导致结果有所差异。综上所述,临床医护人员应关注 AMI 患者心理需求,适时进行有益疏导,协助其改善社会支持系统状况。

5 AMI 患者 PTSD 的干预

临床上对 PTSD 的治疗主要采取药物治疗和心理疗法,也常使用心理治疗与药物治疗相结合的方法。药物治疗能缓解症状,可减少患者的痛苦体验,常作为心理治疗的辅助措施,以增加患者对心理治疗的依从性。近年来,国内外治疗 PTSD 使用的药物包括苯二氮卓类抗焦虑药和安眠镇静剂。心理治疗主要采用认知行为疗法(cognitive behavioral therapy,CBT)、催眠疗法、心理动力学疗法等手段。CBT 是目前针对 PTSD 最为有效的心理治疗技术,临床医生通过行为矫正来改变患者不合理的认知观念,达到缓解 PTSD 症状的目的。CBT 对于改善急性 PTSD 和防止以后发展成 PTSD 有一定的疗效^[32]。SCHUMM 等^[33]的研究证实,CBT 可显著减少或缓解退伍军人 PTSD 的症状。然而针对 AMI 诱发的 PTSD 的治疗研究较少,只有一项认 CBT 的 I 期安全性试验,该研究证实 CBT 可有效减轻 AMI 患者 PTSD 症状,对于 AMI 患者 PTSD 的治疗是安全和有效的^[34]。因此,未来还需要更多的研究来确定其他治疗是否可以减少 AMI 诱发的 PTSD 症状,并降低 AMI 复发和死亡的相关风险。

6 小结

PTSD 是一个慢性的、复杂的和高发病率的心理疾病,可引发个人和社会的幸福指数下降和沉重的财政负担。目前,我国对 PTSD 的研究主要集中在地震、洪灾等重大创伤的受难者、癌症患者以及维和部队的军人等特殊人群,而对于临床急危重症患者的研究,尤其是急性发作期 AMI 患者精神障碍相关的研究甚少。更好地了解 AMI 患者的 PTSD 特点以及影响因素,可早期发现 PTSD 高危人群,有利于针对高危患者制订和实施二级预防计划。目前,国内外关于 AMI 后 PTSD 的研究主要是调查性研究,今后需进行相关干预性研究的探索,以期 AMI 患者 PTSD 的群体提供有效干预措

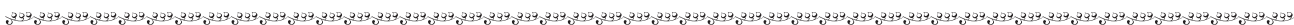
施,从而有利于其预后,帮助患者达到身心的全面康复。

参考文献:

- [1] WEN G R, JING Z M R, YANG L R, et al. Post-traumatic stress disorder symptoms in first-time myocardial infarction patients: roles of attachment and alexithymia[J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2015, 71(11):2575-2584.
- [2] KNNel R V, HARI R, Schmid J P, et al. Non-fatal cardiovascular outcome in patients with posttraumatic stress symptoms caused by myocardial infarction[J]. *Journal of Cardiology*, 2011, 58(1):61-68.
- [3] MARTENS U, CZERWENKA S, SCHRAUTH M, et al. Körperbild und psychische komorbidität bei patienten mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts[J]. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 2010, 56(1):47-55.
- [4] BOGDUK N. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[J]. *Encyclopedia of Applied Psychology*, 2013, 189(1):607-614.
- [5] MITTAL V A, WALKER E F. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [J]. *Psychiatry Research*, 2011, 189(1):158-159.
- [6] DOERFLER L A, PARASKOS J A, PINIARSKI L. Relationship of quality of life and perceived control with post-traumatic stress disorder symptoms 3 to 6 months after myocardial infarction[J]. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 2005, 25(3):166-172.
- [7] ROBERGE M A, DUPUIS G, MARCHAND A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors[J]. *Canadian Journal of Cardiology*, 2010, 26(5):e170-e175.
- [8] 熊丹, 陈龙, 邓桂元. 急性心肌梗死患者创伤后应激障碍发生率及其影响因素分析[J]. *医学临床研究*, 2014, 31(9):1805-1807.
- [9] CRISTINA C, CARMELO V. Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: a longitudinal analysis[J]. *European Journal of Psychotraumatology*, 2011, 2(1):75-84.
- [10] EDMONDSON D, RICHARDSON S, FALZON L, et al. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review[J]. *Plos One*, 2012, 7(6):e38915.
- [11] ERIKA GULER M S, JEAN-PAUL SCHMID M D, LINA WIEDEMAR M D, et al. Clinical diagnosis of post-traumatic stress disorder after myocardial infarction[J]. *Clinical Cardiology*, 2009, 32(3):125-129.
- [12] WIEDEMAR L, SCHMID J P, MÜLLER J, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction[J]. *Heart & Lung the Journal of Acute & Critical Care*, 2008, 37 (2):113-121.
- [13] DO L L T N. American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)[J]. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*, 2011, 20(6):84-85.
- [14] HARI R, MCCASLIN S E, BATES M N, et al. Social support may protect against development of posttraumatic stress disorder: findings from the heart and soul study[J]. *Am J Health Promot*, 2014, 28(5):294-297.
- [15] HARI R, BEGRÉS, SCHMID J P, et al. Change over time in posttraumatic stress caused by myocardial infarction and predicting variables[J]. *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, 69(2):143-150.
- [16] WIKMAN A, BHATTACHARYYA M, PERKINS PORRAS L, et al. Persistence of posttraumatic stress symptoms 12 and 36 months after acute coronary syndrome[J]. *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70(7):764-772.
- [17] EDMONDSON D, RIECKMANN N, SHAFFER J A, et al. Posttraumatic stress due to an acute coronary syndrome increases risk of 42-month major adverse cardiac events and all-cause mortality[J]. *Journal of Psychiatric Research*, 2011, 45(12):1621-1626.
- [18] 宋琼, 陈长香. 冠状动脉梗死范围和疼痛程度与 AMI 患者急性应激状态的相关性[J]. *现代预防医学*, 2016, 43(17):3248-3251.
- [19] CHUNG M C, RUDD H. Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction [J]. *Compr Psychiatry*, 2008, 49(1):55-64.
- [20] GINZBURG K, EIN-DOR T. Posttraumatic stress syndromes and health-related quality of life following myocardial infarction: 8-year follow-up[J]. *General Hospital Psychiatry*, 2011, 33(6):565-571.
- [21] AYERS D S, COPLAND C, DUNMORE E. A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction[J]. *British Journal of Health Psychology*, 2009, 14(3):459-471.
- [22] OFLAZ S, YÜKSEL S, SEN F, et al. Does illness perception predict posttraumatic stress disorder in patients with Myocardial Infarction? [J]. *Noro Psikiyatr Ars*, 2014, 51(2):103-109.
- [23] WHITEHEAD D L, PERKINS PORRAS L, STRIKE P C, et al. Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional re-

- sponses during admission for acute coronary syndromes [J]. Heart, 2006, 92(9):1225-1259.
- [24] MARKE V, BENNETT P. Predicting post-traumatic stress disorder following first onset acute coronary syndrome: testing a theoretical model [J]. British Journal of Clinical Psychology, 2013, 52(1):70-81.
- [25] 杨艳杰, 张媛媛, 乔正学, 等. 青少年学生创伤后应激障碍症状与个性特征相关性分析 [J]. 中国健康心理学杂志, 2010, 18(12):1469-1472.
- [26] PEDERSEN S S, MIDDEL B, LARSEN M L. The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction [J]. Journal of Psychosomatic Research, 2002, 53(6): 1171-1175.
- [27] BENNETT P, OWEN R L, KOUTSAKIS S, et al. Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients [J]. Psychology & Health, 2002, 17(4):489-500.
- [28] 周宵, 伍新春, 曾旻, 等. 青少年的情绪调节策略对创伤后应激障碍和创伤后成长的影响: 社会支持的调节作用 [J]. 心理学报, 2016, 48(8):969-980.
- [29] 张春艳, 左丹. 大学新生领悟社会支持与创伤后应激障碍的关系研究 [J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(10):1223-1225.
- [30] DINENBERG R E, MCCASLIN S E, BATES M N, et al. Social support may protect against development of post-traumatic stress disorder: findings from the Heart and Soul Study [J]. Am J Health Promot, 2014, 28(5):294-297.
- [31] OZER E J, BEST S R, LIPSEY T L, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis [J]. Psychological Bulletin, 2003, 129(1): 52-73.
- [32] KREDLOW M A, SZUHANY K L, LO S, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder [J]. Psychiatry Research, 2017, 249:86-93.
- [33] SCHUMM J E, REMIAH A. A Comparison of veterans who repeat versus who do not repeat a course of manualized, cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder [J]. Behav Ther, 2017, 48(6): 870-882.
- [34] SHEMESH E, ANNUNZIATO R A, WEATHERLEY B D, et al. A randomized controlled trial of the safety and promise of cognitive-behavioral therapy using imaginal exposure in patients with posttraumatic stress disorder resulting from cardiovascular illness [J]. Journal of Clinical Psychiatry, 2011, 72(2):168-174.

[本文编辑: 刘晓华]



· 信 息 ·

2019 年《现代临床护理》征订启事

《现代临床护理》杂志是由国家教育部主管、中山大学主办的全国性护理学术期刊, 标准刊号 ISSN 1671-8283, CN 44-1570/R, 现为中国科技论文统计源期刊、中国科技核心期刊。《现代临床护理》为月刊, 每期定价 7 元, 全年 84 元。2019 年本刊继续以刊授形式开展继续教育, 订阅本刊并完成本刊每期学习内容者可获 II 类学分 5 分。参加本刊继续教育学习的学员, 需先交纳注册费 50 元。通过邮局报刊发行处订阅本刊的学员, 需在订阅杂志后 3 个月内将注册费寄至本刊; 通过编辑部订阅本刊的学员, 需与订杂志款一并寄至本刊。请学员将汇款收据复印件(包括邮局订阅和编辑部订阅)和填写工整的订户信息表(详见第 63 页)一同寄至本刊编辑部, 务必注明注册费和订杂志费、收件人的姓名、地址(如有变更请及时通知本刊), 以确保您能及时收到杂志。

编辑部地址: 广州市中山二路 58 号中山大学附属第一医院《现代临床护理》编辑部

邮 编: 510080

邮发代号: 46-296

电 话: (020)87755766-8050, 87330961

传 真: (020)87330961