

<<心脏病精神卫生培训教程>>

图书基本信息

书名：<<心脏病精神卫生培训教程>>

13位ISBN编号：9787509161418

10位ISBN编号：750916141X

出版时间：2012-10

出版时间：胡大一、于欣 人民军医出版社 (2012-10出版)

作者：胡大一，于欣 编

页数：194

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<心脏病精神卫生培训教程>>

前言

古今笑史里面曾经讲过这样一个故事。

权相严嵩倒台之后，家被抄，仆佣们也都被拍卖。

有个外省小官，讲究吃喝，知道严嵩也是一个饕餮之徒，就特意买了严嵩的一个厨娘，希望能时常饱口福。

一日大宴宾客，请厨娘试刀。

不料厨娘推辞说不会办酒宴。

询问下才知道严嵩府里豪奢非常，厨房分若干，人员也各有所属。

此厨娘自称是包子部的。

大家道，吃包子也好。

岂知厨娘仍说不会。

再问，才说是在包子部里专门管切葱丝的。

这个故事我在胡大一教授主办的长城心血管会的“整体医学论坛”上讲过。

我个人感觉如今的三级医院特别是三级甲等医院越来越办的像严嵩的包子铺：临床科学分科越来越细、临床医生的技能也越来越专。

二级学科如今连县医院都已经不再满足，而很多三级医院已经到了四级科学水平。

这样的设置也许对推动学科发展有一定好处，可以让医生在医学纵深水平上研究“高、精、尖”的医学问题，但是对于患者的临床诊疗过程，就未必方便了。

实际上，学科设置过细，医生分科过早的弊端已经有所表现。

频繁约请会诊，开具大量非必要的化验检查，除外医疗管理和医疗收费的考虑，不能不说与医生的专业知识和技能日渐狭窄有一定关系。

作为一名合格的心血管医师，仅仅会诊治患者的心血管疾病是不够的。

作为心血管疾病的高危因素如高血脂、高血糖、腹型肥胖、体力活动不足、吸烟，同时也是其他慢性疾病如糖尿病、卒中的高危因素。

而这些同时患有多种疾病的患者有更多的可能性出现需要心血管医生紧急处置的问题。

如何在诊疗过程中考虑到患者的其他躯体疾病，仅仅依靠会诊医生是不够的。

心血管医师必须有足够的内科知识，综合会诊医生的意见，作出最适合某一个体患者的治疗决策。

同时，我们也要注意，抑郁症特别喜爱袭击那些患有各种慢性躯体疾病的患者。

Moussavi发表在2007年Lancet的一篇文章中报告，在心绞痛患者当中，有15%存在抑郁症。

而如果患者同时患有多种慢性病如糖尿病、哮喘、关节炎或心绞痛，抑郁症在这样的群体中患病率就上升到23%。

这表明心血管医师还要具备一定的精神病学知识，会识别抑郁症的主要临床症状、掌握抑郁症基本的评估方法、了解抑郁症的治疗策略。

在心内科患者心理问题、精神障碍的识别很大程度上取决于心血管医师对常见精神障碍特别是焦虑障碍和抑郁障碍的认识程度与能力。

而这种知识和能力需要不断的学习和实践，特别是与精神科建立起相互的学术支撑机制尤为重要。

在繁忙的临床业务之外，心血管医师，其实也包括所有临床各科的医师，应该有一定的人群视角，即把某一特定疾病置于某一社会文化背景下来考察其发生、发展和转归。

2009年曾经有研究报告，住宅方圆若干平方公里内快餐店的数量与当地居民的肥胖率成正比。

2010年来自中国上海的医生得出结论，上证指数每波动100点，股民的冠心病死亡风险上升5.17%。

这篇文章发表在2010年12月《欧洲心脏病杂志》的在线版上。

类似这样的研究也许对我们提高对心脏病的诊治水平不会带来多大帮助，但是如果我们把医生的职责从临床治疗扩展到一级预防、早期干预和后期的康复，从人群视角所做的研究应该会给心血管医师不少重要的启示。

针对心血管医师开展的所谓“双心”继续医学教育，从2008年第1版《双心医学》教材面世起，相关的培训活动已经进行了不少。

<<心脏病精神卫生培训教程>>

然而，临床医生仍希望能够有更为实用、与培训结合更为紧密的培训手册。因此《心脏病精神卫生培训教程》第2版应“需”而生，希望这本书的面世能够在某种程度上满足培训的需求。

<<心脏病精神卫生培训教程>>

内容概要

《心脏病精神卫生培训教程（第2版）》针对心血管医师开展的所谓“双心”继续医学教育，从2008年第1版《双心医学》教材面世起，相关的培训活动已经进行了不少。然而，临床医生仍希望能够有更为实用、与培训结合更为紧密的培训手册。希望这《心脏病精神卫生培训教程（第2版）》的面世能够在某种程度上满足培训的需求。

<<心脏病精神卫生培训教程>>

书籍目录

第1章概论 第一节双心医学临床服务模式 第二节双心医学的发展及流行病学 第三节关注女性的双心问题 第四节双心治疗的规范流程 第五节心脏病康复区运用双心医学模式的探讨 第六节双心治疗最新临床进展和指南要求 第2章双心医学中精神障碍的识别 第一节精神病理学 第二节精神科诊断分类介绍 第三节精神障碍的识别与精神科评估 第四节情绪与心血管疾病发生 第3章双心治疗临床须知 第一节精神科治疗方案的制定 第二节临床必备沟通技巧 第三节常见精神科问题处理程序及注意事项 第四节医患交流与角色扮演 第五节Balint小组 第六节精神药物简介 第七节心血管药物与抗抑郁药物相互作用与注意事项 第4章心血管疾病常见双心问题 第一节冠心病与焦虑抑郁 第二节心血管内科常见胸痛与心理异常 第三节惊恐发作 / 障碍与心绞痛的联系和区别 第四节难治性心力衰竭患者的精神心理评估 第五节白大衣高血压的精神心理问题 第六节顽固性高血压的心理问题筛查与治疗 第七节心脏介入术后的心理障碍识别与处理 第八节心脏起搏器及ICD置入后心理障碍识别与处理 第5章双心治疗案例介绍 第一节案例一他为什么不敢离开医院 第二节案例二会诊记录（2006年6月15日） 第三节案例三会诊记录（2006年4月13日） 第四节案例四会诊记录（2006年2月9日） 第6章双心治疗相关量表介绍与应用 常用的精神心理问题量表介绍与应用 常用量表 表1症状自评量表（SCL—90） 表2抑郁自评量表（SDS） 表3焦虑自评量表（SAS） 表4综合医院焦虑抑郁量表（HAD） 表5PHQ—9量表 表6西雅图心绞痛量表 表7贝克抑郁问卷（BDI） 表8贝克焦虑问卷（BAI） 表9PTSD—7 表10简易精神状态检查量表（MMSE） 表11艾森克人格问卷（EPQ） 表12心身医学教学评估反馈表 第7章心理卫生论文写作要点 后记

<<心脏病精神卫生培训教程>>

章节摘录

版权页： 还有一个特别需要注意的问题，不知道为什么ICD—10在惊恐障碍部分反而没有强调。那就是作为诊断惊恐障碍根据的惊恐发作，不能是其他躯体疾病或药物的结果。

DSM— 惊恐障碍诊断标准中的3.惊恐发作不是某种物质的直接的生理效应（如毒品滥用、药物作用），也不是某种一般医疗情况的直接生理效应（如甲状腺功能亢进症），CCMD—3惊恐障碍排除标准（2）排除躯体疾病如癫痫、心脏病发作、嗜铬细胞瘤、甲状腺功能亢进症或自发性低血糖等继发的惊恐发作。

可能是美国毒品滥用情况更常见，所以特别强调，特意放到一般躯体疾病之前。

这样的规定完全是合理的，尤其以DSM— 的文字表述更恰当准确。

在综合医院遇到惊恐发作的患者时，医生也自然特别注意这点，似乎是没有什么疑问了，其实不然。若要严谨地判定惊恐发作（或焦虑症状）是“继发”的，还是“直接的生理效应”，有时候是非常困难的。

比如，一位婚姻关系不协调的年轻主妇，在经历了想离婚又下不了决心的长期心理冲突之后，于半年前隐隐感到丈夫有了外遇，经2~3个月观察核实终于得到证实。

她大受刺激，特别委屈。

为此离婚念头又起，有3个月经常争吵，甚至夜不能寐。

丈夫道歉认错，也难以使她心情平复，以委屈、气愤为主，并没有明显的抑郁或泛化的担心（焦虑）

……。

<<心脏病精神卫生培训教程>>

编辑推荐

《心脏病精神卫生培训教程(第2版)》针对心血管医师开展的所谓“双心”继续医学教育，是临床医生更为实用、与培训结合更为紧密的培训手册，内容新颖，证据可靠，权威科学，是深刻领会中医“心”的含义的重要佐证，适合心血管医师、心理医师和心血管疾病病人阅读。

<<心脏病精神卫生培训教程>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>