

第96期

2019年1月31日出刊



精神医学和临床心理学  
督导与研究

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)





报名学习 督导会诊

4000-218-718

## 精神医学和临床心理学

# 督导与研究

美利华在线健康大学出品并版权所有

总编辑 王剑婷

副总编 肖茜

顾问 刘春宇

督导 张道龙

### 协办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社  
四川省精神卫生中心 温州康宁医院股份有限公司  
华佑医疗集团

### 教育服务项目

- ❖ 中美心理咨询师及精神科医生规范化培训项目
- ❖ 学生帮助计划 (SAP)      ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 美国专家国内集中讲学      ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 美利华医疗之家      ❖ 《督导与研究》杂志

邮箱: meilihua@mhealthu.com

欢迎登录美利华在线健康大学网站免费查阅和下载

如需转载, 请注明“美利华在线健康大学”《督导与研究》





报名学习 督导会诊  
4000-218-718

精神医学和临床心理学

# 督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

## 未来时光，晴暖可期

不离乡则无故乡，中国人遇春节，是全国人民集体向家庭的朝圣！农历新年不过，中国人是不觉得新年已至的。每年从元旦过后到新年的这段日子里有一种叫“准备过年”状态，主要的心理活动围绕在赶紧打理手中的各种事项，盘算如何挥霍小长假上，一个多月在各种臆想、期待、焦虑、总结、忙碌、甚至是停滞中渡过.....终于，年已经迫不及待的涌到面前，2019的金猪拱门啦！！

2018年是不平凡的一年，悲兮叹兮社会潮汐不断，精神心理卫生工作越来越多的走入公众视线；2019年我们期待满满，5月份的上海年会和北京集训，期待与顶级的学者欢聚！

我们每一个人都是时代的亲历者，是行业迈进的见证者，是精神卫生的守卫者，是先进理念的传播者.....寒冬虽然依旧，而阳光却已无所畏惧！

有一种力量叫创造；

有一种追求叫理想；

有一种能力叫团结；

有一种快乐叫合作；

有一种合力叫团队

风正济时，自当扬帆破浪；

任重道远，还需策马扬鞭。

张道龙老师携美利华全体同仁与你共庆新春！



美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

www.mhealthu.com  
公众号：美利华在线精神健康



## \\ 本期导读 //

<b>【新年寄语】</b> .....	<b>5</b>
<b>2019，回归初心，职业启航</b>	
<b>【精神医学临床访谈】</b> .....	<b>10</b>
<b>一例社交焦虑障碍的临床访谈</b>	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 讨论及答疑	
<b>【全科医学】</b> .....	<b>20</b>
<b>固执的灾难 ——一例强迫症共病糖尿病及多种并发症的临床案例督导案例</b>	
● 报告示范	
● 会诊后的治疗计划	
● 答疑环节	
<b>科普：糖尿病诊断一二三</b>	

作为督导期刊的主创人员之一，面对每期的制作，内心总有许多期许。期许我们的患者从各位督导医生耐心的解答里真正得到了他们盼望已久的答案；期许诸位临床医生们从案例解读当中延伸了对疾病本身的认识，能够把这些转化为帮助下一位患者时的参考。患者们相似而不同，每一次会诊都考验着临床工作的全面性及应变能力，引起我们的许多感叹……

## 2019，回归初心，职业启航

作者| 王剑婷 心理咨询师

从某种意义上说，人类复杂程度之高已经大大超越了个体大脑所需要去掌握的容量极限，因此科学分类，医学分专业是无法避免的状况，就这样医生变成“专家”的时候，不得不倾注于逐渐的只关心自己专业的事，而能否让整个医疗系统更好的造福人类这一层次的问题，渐渐地很少被提起。医生每天都要面对变化莫测的疾病和病人，有时信息不充分，甚至有一些是关于疾病的理论都不明了，医生个体的知识、能力、经验都不平衡，但无论医生的年资如何，对每个临床诊断所要求的近乎完美的临床应对！临床医生必然发现那个永恒的困惑——在不确定的前提下对完美结果的期待。因此美国医生葛文德医生曾在笔下如此主张，“诊疗中的不确定性使法律问题根本无法厘清，无法知道医疗风险究竟来自于疾病自身的不确定性还是归咎于医生的过失”。

中美班已经积蓄了许许多多的人生故事，通过这些故事（案例）提示精神心理临床工作者的思路养成历程。生命必须穿越复杂性——混乱、麻烦、不确定性、偶然和多样……只有预设这份豁达，左手循证思维，力求精准，体验技术征服、超越后的愉悦；右手靠直觉思维，拥有概念化能力，体验医术是“心”术，不可先知、不可全知，水乳交融。

精神科的诊断与其他专科不同，需要的不是检验指标的比对，而是建立在谙熟最新的疾病分类基础；扎实的医学、心理学基础，行云流水的临床访谈技术；再加上丰富的阅历及看待人生的艺术化感觉之上，因此，道龙老师一贯提示精神疾病的治疗既要着眼于当前，又要注重长远，在兼顾当下症状改善的短期目标之外，长期治疗所需要的动机面询也必不可少。特别期待通过努力，在接下来的一年里，





**一、生物-心理-社会。**每位医生都能够在临床工作中力行三位一体的原则，扩展我们的治疗思路，更科学更全面的为患者带来帮助；

**二、规范化系统性学习。**医学需要终身学习，医学教育中的一个经典描述是“看一个，做一个，教一个”（see one,do one,teach one）。在中美班，我们把这个方法引申为“读一个，看一个，做一个”（read one,see one,do one），用“教材+慕课平台+案例督导”的模式全方位对培训精神卫生专业的临床工作者，从诊断标准到治疗方法。我们的理念是不仅要描述做什么，而且还要了解为什么要这样做，因此，你将每一天的收获都能带入到临床工作当中去。

**三、打造业务互助平台。**对于一直被边缘化的精神医学专业从业人员，在大专科背景下总是被重度疾患、终身患病人群所环绕无奈中只能“重生物轻心理”，丧失对专业的信心与成就感；而在综合医院当中，为完成“标配”而开设科室，让其他专科医生转岗而来的情况并不鲜见，大家既缺乏相应的临床诊疗水平，更因为消耗人力物力而不能在诊疗本身当中体现医生的价值，也难免从内心失去对业务钻研的动力。中美班期待通过在线平台的持续学习，帮助医生之间形成良好的职业带动，更能在医生、咨询师、社工等多职种之间形成互补，跨地区、跨职种的合作在真诚互助的基础上，达成共赢。



临床心理学是秉承着为有心理痛苦的人提供心理援助，以保证那些处于矛盾心态当中的人能够过上有意义的生活而努力的职业。在接受专业培训的时候，重要的是能够在技能培养和助人活动的实际操作方面得到清晰的指导。中美班一年多以来的课程当中，大家可以看到、读到、学习到我们所主张的临床工作所需要的核心技能——5-10种短程心理咨询技术。但在日常技术学习的同时，我们还需要考虑一些咨询活动中的共通因素，它们存在于所有的咨询阶段当中，我们需要从理解自我，熟悉互动模式、知道在工作中贯彻价值观与伦理道德的复杂性，并且了解人们在看待问题及解决问题方法的方式存在着多样性。时不时的对自己进行梳理与反思，提供有洞察力、敏感且恰当的服务是非常关键的。这也是为成长为专业工作者并开始实践工作的一个非常重要的组成部分。这项工作并不容易，但是正如“打造”这个词一样，意味着要先行建行一个坚实的基础（理论），在此之上逐步成长为成熟的职业咨询工作者。



### 临床心理工作者通常会涉及以下四个方面的工作：

- 1、对需要心理援助的人的心理状态进行观察，并进行分析。
- 2、对需要心理援助的人从心理角度进行访谈，给出建议、指导或其他临床帮助；
- 3、对需要心理援助的对象的相关周围人员，从心理的角度进行面谈，给出建议指导或其他临床帮助；
- 4、普及心理健康的相关知识或提供教育等资讯。

### 心理工作者的工作目标：

- ❖ 提升来访者的抗压或面对问题时的处理能力
- ❖ 帮助来访者去除某些症状（或者是可以着手面对发展进程中的人生课题）
- ❖ 修正来访者在此之前形成的人际关系模式，增强人际关系能力；
- ❖ 修正来访者的某些病理性人格
- ❖ 促进来访者的心理成熟度
- ❖ 促进来访者的自我实现

### 为了达成以上目标，心理咨询工作者的基础素质：

- ❖ 共情与倾听
- ❖ 客观中立的态度
- ❖ 全面看待来访者，而不是用孤立的、刻板的模式看待
- ❖ 与来访者及与之相关的人群保持沟通意识
- ❖ 能够用更广阔和平衡的视角看待个性与共性
- ❖ 良好的心理能力
- ❖ 对各种不同的人生保持敬畏之心
- ❖ 悲剧性事态面前不绝望，保持与来访者及其家属的对话。

心理工作者的成长模式中较为有名的是“六期发展模式”，这是以北美的心理系大学研究生及心理工作者为对象进行访谈后汇总成的心理工作者临床成长模式的一种：



时期	表现
素人援助者时期	接受专业学习训练之前，常常帮助家人、朋友、同事，与他们交谈、决定事情、解决问题，帮助其改善人际关系，基于自身体验所得来的知识进行常识范围内的判断并给出建议。容易被对方的情绪影响或过度代入。
初学者时期	研究生学习过程中，有专业训练，热情很高但也有不安情绪，容易被某种理论、来访者、老师或督导、同事或个人生活等影响自己，容易被压抑。
高年级时期	以实习或接待业务为主的开展实践工作，连续接受督导，上进心强的同时，怕犯错，比在此之前感受到的压力还要强烈，追求完美，非常受督导的影响。
初级专业人员	博士学业毕业5年，结束督导及业务考核，开始巩固自己接受训练的有效性，更多的对自己及专业环境进行探索。
有经验的专家 (临床工作15年)	基于自己的价值观等自我认知而实现助人，有自信能开展工作，灵活使用种种技术及理论知识。
高年资专业人士 (临床20-25年)	自我包容度及职业满足感增加，接触来访者的紧张感，对使用各流派技术更加游刃有余。

※ ※ ※ ※ ※ ※

《希波克拉底誓言》是2500年前希波克拉底警诫人类的古希腊职业道德的盛典，是向医学界发出的行业道德倡议书，从医人员入学第一课就是面对《希波克拉底誓言》正式宣誓。《希波克拉底誓言》作为日内瓦宣言的一部分，由世界医学大会（WMA大会）每隔10年重新评估誓言内容的准确性，以符合时代进步。最近一次2017年在美国芝加哥WMA大会上，在各专业医学权威的见证下，《希波克拉底誓言》迎来第八次修改。而本次修改由于对医生提出了新的要求，在世界医疗圈引发了关注。让我们来看看最新的对希波克拉底誓言的修改：

**作为一名医疗工作者，我正式宣誓：**

- ❖ **把我的一生奉献给人类；**
- ❖ **我将首先考虑病人的健康和幸福；**





- ❖ 我将尊重病人的自主权和尊严;
- ❖ 我要保持对人类生命的最大尊重;
- ❖ 我不会考虑病人的年龄、疾病或残疾,信条,民族起源、性别、国籍、政治信仰、种族、性取向、社会地位,或任何其他因素;
- ❖ 我将保守病人的秘密,即使病人已经死亡;
- ❖ 我将用良知和尊严,按照良好的医疗规范来践行我的职业;
- ❖ 我将继承医学职业的荣誉和崇高的传统;
- ❖ 我将给予我的老师、同事和学生应有的尊重和感激之情;
- ❖ 我将分享我的医学知识,造福患者和推动医疗进步;
- ❖ 我将重视自己的健康,生活和能力,以提供最高水准的医疗;
- ❖ 我不会用我的医学知识去违反人权和公民自由,即使受到威胁;
- ❖ 我庄严地、自主地、光荣地做出这些承诺。

跟以前的希波克拉底誓言相比,新版本中增加了“**我将重视自己的健康,生活和能力,以提供最高水准的医疗**”,这体现出医生照顾自己的重要性,健康的医生才能提供高水准的医疗服务。另外,比如“**我将给予我的老师、同事和学生应有的尊重和感激之情**”,这一部分以往只强调学生对老师的尊重,强调同事关系是兄弟姐妹之情,考虑到现代的同事关系,修改为师生之间互相尊重。以往的誓言这部分也被删除。这些修改内容更加突出了医师的现代承诺,使宣誓内容更加反映现代医疗行业的挑战和需求!

我们号召中美班所有学员在临床工作中都能秉持誓言中的每种精神,约束自我,管理自我,实现自我。

※ ※ ※ ※ ※ ※

中美班的学员不缺乏坚持,每个人都愿意花费大量的时间精力浸泡式学习,然而是否只为了技能提升的投入就能够成正比的收获成长?是否把职业的内容先“做”起来了,你就可以称为这个职业人了呢?

管理学中有个概念讲什么是“真正的要事”,形容它的二个特点:第一:影响在时间上非常长;第二:影响在范围上非常广。旧历年是我们中国人真正意义上的辞旧迎新,我们特别撰此文,供大家在努力奔跑当中回到原点,想一想,究竟我们各自所设定的职业路径是否还是当初的模样?真正做到摆脱低价值的忙碌,看到自己,打造自己!



# 精神医学临床访谈

焦虑是一种非常强烈的情绪状态，当我们面临不确定的状况、对事件结果无法作出预测或者保证自己的选择就是正确的时候，焦虑就产生了。一些成年人认为面临新环境，新挑战，青少年儿童当然会不由自主地夸大所面临的困难而低估自己处理危机情况的能力，正是焦虑的产生才削弱了当事人的自我能力评估及对应对问题的信心，而只要随着成长发育，青少年的自然成长就可以使焦虑不治自愈……如此乐观的想法当然我们也期待成真，然而情况真的可以这样吗？本期访谈我们迎来了一位被焦虑情绪困扰十几年以上的26岁男青年，让我们一起从他的故事和体会当中看一看，我们能观察到些什么吧……

## 一例社交焦虑障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生  
          | 杨文君 医 生  
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

### 【人口学资料】

姓名	ZS180723	性别	男性
年龄	26岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	专科
婚姻状况	已婚	病史提供者	本人及家属
职业	电子操作工	病史可靠性	可靠
访谈时间	2018-07-23	联系电话	XXXX

**主诉：**“见人后紧张、恐惧，然后会心慌手抖10年”而来访

**现病史：**患者在16岁上初中的时候，和同学们一起租的房子在外面住，后来其他同学均辍学回家，只剩下他一个人上学。患者学习成绩很优秀，当时在班上排名也是在第一二名。当时感觉自己非常孤独，逐渐出现不敢见人，见到以后就会紧张，控制不住的手抖、心慌、脸红，越担心这种感觉越不敢见外人。觉得对自己来说，不重要的人会好一些，自己感觉越重要的人就会越紧张、手抖。后来上了高中以后，因为这种感觉上课的时候也不敢举手发言，不敢和同学交流，不敢和女同学说话，非常痛苦，后来辍学，辍



美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康



学后外出打工，有一次在做工作的时候，同事看到他手在抖，就说你怎么手抖？当时患者非常紧张，生怕同事再看自己的手，反复的克制，但是越克制手抖得越厉害，在此之后，就想躲避同事，每当当着同事的面或者领导的面操作的时候就会控制不住的手抖脸红紧张，因为这些原因换了好几次工作，换了新的工作后和同事刚开始交往的时候还觉得可以，但是时间久了，特别是当别人看他的时候，他就会紧张、出汗，手抖、脸红，有时候会控制不住的反复担心，导致他反复换工作。曾经在某市的一家医院就诊，诊断为“社交焦虑障碍”，服用药物舍曲林50到75毫克每天，服用一年，患者觉得胃肠道不适，腹胀、有时腹泻，但是与人交往时脸红手抖没有明显缓解，后来又换了一家医院，服用帕罗西汀20到30毫克每天，服用后仍感腹胀，腹泻有所好转，服用了一年半，觉得自己手抖、心慌、脸红没有得到改善。在和异性交往的时候不敢看对方的眼睛，特别是女同事，越熟悉的同事就会越紧张，因无法长久工作和与人相处，非常苦恼，有时候会烦躁和情绪不好。

**既往史：**既往体健，自述体重偏低，进食正常，曾查甲状腺功能，结果正常。

**个人史：**自幼和父母一起生活，患者为长子，有三个妹妹。上小学的时候性格偏外向，和同学关系好，上课能够主动发言，学习成绩也很优秀，上初中和同学们一起住，和同学们交往也正常，没有精神活性物质以及酒精等使用史，没有精神创伤史。

**家族史：**父母均在县城做个体生意，父亲要求严格，做事认真，有时会发脾气，性格暴躁，甚至有时会摔东西，但是患者觉得，父亲对自己还有妹妹都是很关心的。父亲偶尔饮酒，但是没有酒依赖。母亲性格温柔，家里的事情都是由父亲说了算，母亲爱操心，经常因为一些小事而入睡困难，有经常失眠的情况，有三个妹妹现在都在读大学，妹妹们都有在公众场合不敢表现自己的现象。

**体格检查：**电话访谈未查。

## 精神检查

一般情况：患者意识清，时间、地点及人物定向力正常。接触合作。

语言功能：语量适中，语速适中，有逻辑性。

情感活动：情感活动协调，显得紧张，焦虑。

思维活动：正常。

注意力：集中。

感知觉：正常。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。



## 辅助检查

未查

**病历小结及概念化：**患者 26 岁，他的起病年龄是 16 岁，有 10 年病史。青少年期起病时的主要是表现在与他人交往的过程中，特别是自己感觉很重要的人交往的过程中出现紧张、心慌、脸红、手抖，不敢与对方有眼神交流等症状，在工作中不敢在公众场所操作或者发言，因此患者会躲避接触。这些症状让患者非常痛苦，无法坚持工作，而反复更换工作，也无法和异性交往，严重影响了社交和职业。

患者的父亲脾气暴躁，做事认真、要求严格，有强迫型人格特质。母亲经常操心，担心多，因为小事而睡眠不好，存在焦虑的特质。患者遗传了父母的焦虑特质，有生物学的因素。小时候父亲要求严格，对患者来说压抑和表达情绪的途径和方式会少一些。同学辍学，自己一个人住，对患者来说是个诱发因素，他会觉得没有安全感，情绪不好，出现回避社交场所的表现。

**初步诊断：**社交焦虑障碍

**初步治疗方案：**

- 1、**生物：**患者有明显的焦虑症状，以交感神经功能亢进为主要表现，故给予心得安10-20mg/日改善症状，患者服用SSRI类的药物出现腹泻，腹痛，不建议继续服用。加强运动减少焦虑。
- 2、**心理：**CBT进行认知调整，暴露疗法，团体心理治疗，进行社会技能训练。
- 3、**社会：**学习一项技术，不要频繁换工作，尽量选择不在公众场所操作的工作。

**主治医师：杨文君**

**2018-07 -23**

**案例报告点评：焦虑底色下，需要进行更仔细的鉴别！**

这个案例的鉴别诊断部分有所欠缺。第一、患者有没有广泛性焦虑障碍的功能受损？是局限于工作场所、只跟领导、同事表演时候的焦虑吗？第二，如果与人相处的焦虑表现泛围更广，跟他父母亲、中学同学等任何人都相处困难？那要不要考虑回避型人格障碍？病人并不会是按照你那教科书得病，概念化问题时要能看到行为模式，并在描述病史时进行叙述，避免由于信息不足而产生的偏差。



## 【访谈实录】

1. Z医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：感觉有点焦虑，像平常工作的时候，如果有人旁边的话，我会感觉不自在，然后容易紧张手抖，有的时候不敢看别人的眼睛，尤其和异性交往不是太自在这种。
3. Z医生：你**工作场所**是这样的，你**平常**交朋友多吗？
4. 来访者：也挺多的。
5. Z医生：**挺多是什么概念**？就是说除了工作以外，其他的能多到什么程度？
6. 来访者：就和正常没啥区别，就是正常的朋友关系。
7. Z医生：跟**正常朋友**没有任何区别。你和那三个**妹妹**的关系呢？
8. 来访者：也挺好的。
9. Z医生：也都挺好的。那就是说只有在工作场所？
10. 来访者：一是工作场所，二是有的时候娱乐的时候，做一些精细活什么的，就是在和自己朋友面前，不太敢表现自己嘛。
11. Z医生：对的。你的这个所谓的焦虑、手抖、紧张，是有人注视你，有人观察你的时候就是这样。你不上班、不工作，出去跟别人交往没有任何问题？
12. 来访者：**就是上班工作，只要是没人观察就没事。**
13. Z医生：哦，没人观察也没事。那跟父母的关系相处呢，也挺好？
14. 来访者：也差不多，反正就是差不多吧。
15. Z医生：平常跟他们一起交往，一起出去，一起过家庭生活什么的，这都没有什么问题？
16. 来访者：没有。
17. Z医生：你在家不是一个孤独的小孩，不愿意跟人打交道，不是这样。妹妹回来，过年过节聚会之类都没事？

2、来访者表达自己的求助目的。谈论具体焦虑紧张时的表现。

3、询问问题泛化的程度？

→**鉴别回避型人格。**

4、患者描述不够清晰的时候，需要“听”得出，再详细确认。

5-7、确认患者理解的概念是否与我们有不同？询问与家人的关系。→**鉴别回避型人格。**

11、鉴别社交焦虑诊断标准  
A：社交互动、被观看下的情绪就焦虑。

12-17、特化来访者的问题，鉴别人际交往中的焦虑泛化情况，家人OK，朋友NG，会紧张。



18. 来访者：没有，其实我挺喜欢聚会的，但就是因为有这些症状感觉到不自在，心里不自在。
19. Z医生：对。就是你跟同事，亲人，跟你的高中朋友或同学，参加校友会这些有问题吗？除了工作以外。
20. 来访者：有，有点。
21. Z医生：比如说你看医生的话，我跟你认识，打电话不认识，你要见我的面会紧张吗？
22. 来访者：不会。
23. Z医生：上医院看医生，你不认识这医生，挂号看病你会紧张吗？
24. 来访者：不会。
25. Z医生：对。
26. 来访者：我见你就没有太大的反应，然后慢慢慢慢的，咱俩之间变熟了，稍微有点熟了，但是也不是太熟的那种感觉。然后这个时候就在你面前就有点不太敢表现自己。
27. Z医生：哦，就纯粹陌生人的话，不需要你表现什么的，这没事。看电影，你进去了之后，跟周围什么都没事，跟中学朋友聚会也没啥事，是这意思吧？
28. 来访者：对。
29. Z医生：不让你站起来讲话，不让你发言你就不会有问题？
30. 来访者：对，这个可以这样说。
31. Z医生：哦，可以这样说。好的，那我知道你这是什么问题。影响睡觉吗？
32. 来访者：睡觉挺好的。
33. Z医生：哦，睡觉食欲都挺好的？
34. 来访者：对，食欲跟睡觉都不错的。
35. Z医生：对的。你如果不换工作，在一份工作中也能做好，领导布置完任务就走，你也能把它做得挺好，是吧？
36. 来访者：就打个比方，如果让我一个人做这个工作的时

18、表达感受，喜欢聚会，愿意和大家相处，只是会“不自在”→不是人格方面的问题。

19、鉴别会不会有非社交场合下的交流障碍→**鉴别特定恐怖或交流障碍。**

26、陌生人→不害怕

变得熟悉一些→焦虑

29、再次鉴别表演恐惧症

31-36、通过病史来了解对生活的  
影响程度



候，旁边没人注视、没人观看的话，我就是能把这个工作做得很好的。

37. Z医生：那如果是在一个车间，周围有别人，但没人管你，就互相是一个生产线，好几个人，但都不相识，自己做自己的，这也没事？
38. 来访者：对。
39. Z医生：哦，就是有人看着你紧张。好了，那我知道了。你今天想来让我们帮你解决什么问题？
40. 来访者：就是说以前也看过医生，也谈过什么治疗的概念，但没啥用，就是想把这些症状给完全去掉。
41. Z医生：对，有办法。好了，那就是这样的。你做的工作体力消耗大吗？体力活，还是说你都是跟机器打交道？
42. 来访者：体力不大，就是一般吧。
43. Z医生：好嘞。我现在说你得这个病，刚才初诊医生说的对，叫社交焦虑障碍。
44. 来访者：哦，这个？
45. Z医生：社交焦虑障碍，意思就是说，有人的时候，需要你表现的时候，需要你在人面前演讲，或者展现一个手艺活的时候你会紧张，跟焦虑有关，来自于你父亲的遗传了。我们治疗该怎么治疗？第一个，你得多做运动，现在体力活少，你得把运动当成治疗，多锻炼自己，这样你就会变得好，这就是我说第一。第二，就是如果用点药的话也能可以，但用的药不能够用你现在这个药SSRI，基本上就是心得安之类的，**你有哮喘病吗？**
46. 来访者：没有。
47. Z医生：哦，关于用药，到时候主诊医生会帮你去提点建议。生物学治疗就是运动，心理咨询在当地找咨询师像咱们这样去聊，脱敏。就是在一个班上有那么十几个人治疗。一般我的那种团体咨询都是10到12个人，美国人比较少，结果他们在一起互相讲，都变成熟悉了，紧张过一

37、在工作场景下的焦虑水平与被关注、被注视有关。

38、鉴别结束。

41、询问体力消耗及工作性质，为后面的治疗方案做准备。

42、给出诊断。

45、从生物-心理-社会三个层面上给出治疗方案。生物方面：运动习惯+用药

关于用药注意事项：心得安（药物名称：普萘洛尔），个别患者可能易昏睡、甚至低血压、心动过缓、支气管痉挛，因此哮喘病人禁用“心得安”，可换用吲哚洛尔。

47、心理咨询方面：

CBT+团体咨询



段时间就不紧张了，但有一段训练过程，就是心理咨询方面，用认知行为疗法、团体咨询的办法比较好。社会学因素很明显你得找机器的活，跟人打交道少的，那你当然就不容易紧张了，这个你已经做得挺好了。谈恋爱问题不大，因为你还年轻，然后再把这个治一治，稳定下来，你就需要跟一个人谈恋爱，这问题不大，能实现。

48. 来访者：嗯。

49. Z医生：你们家里基本上都有这个毛病，你那三个妹妹，刚才听医生说，也是到公共场所讲课的时候，公共演讲也会紧张一些，可能程度不一样，我们不能通过你给她们看病了，听起来这一家人都是焦虑的，漏诊很多年的社交焦虑，结果就会影响你们的发展，但是在电话里听起来你比较好，也没有紧张到哆嗦，所以你这病相对比较好治，完全去根不容易，还容易紧张，但是到你能正常工作、正常谈恋爱应该问题不大，妹妹们读完大学如果会做了，把这东西练好了也行，你的这药他们如果没有哮喘病，用起来也有效，你们是一个家族，得的是一个病，我们叫社交焦虑障碍，是属于焦虑障碍的一种。清楚吗？

50. 来访者：我知道，以前我去看过医生，他们也是这么说的。

51. Z医生：对的。我们用不同的药来帮助你就行，会完诊之后再反馈给你好吧？

52. 来访者：好好。

53. Z医生：还有别的问题吗？

54. 来访者：就是有的时候头痛，头蒙是不是也是因为这方面引起的？

55. Z医生：对的，焦虑的人都容易头疼。然后你这个β受体阻断剂心得安就能够预防头疼，所以你就会好一些。

56. 来访者：行。这属于躯体问题，只是简单的思想上有问题，是不是可以这么理解？

47、引导患者想象情境下自己的变化，把当前的问题解决掉之后再去做后续结交女友的事（对焦虑的人来说，与异性交往的压力往往更大，而在未治疗情况下，碰壁的可能性更大，因此建议先治疗，再交友）。

49、引导患者发现自己的家族中的共性问题。更加理解焦虑对自己影响的模式。

54、虽然饮食睡眠不受影响，但患者有其他的躯体感受变化。

55、解释心理问题躯体化的影响，并告知药物的针对性。





57. Z医生：正确的。但你要知道早了，你就能跟你妹妹一样上大学，你知道晚了，把事耽误了，为什么要早期诊断、早期治疗，防止悲剧在下一代发生，因为你知道你有这个问题，得知道治，及早治，就会变好，否则的话，你看大学都上不了，工作也表现不好，可能都跟这个病有关了。你听起来是很友好的一个人，也能够很负责任，因为这个病让你没有发挥好，清楚吧？
58. 来访者：嗯，对对。我一直都这种感觉。
59. Z医生：好的。我们会完诊之后让医生联系你好吧？
60. 来访者：好的，谢谢。

## 案例讨论 /

1. Z医生：今天的个案首先没有做好鉴别诊断，到底有没有广泛性焦虑障碍的这些功能受损？如果仅仅是局限于工作场所、只跟领导、同事表演的时候，那就是社交焦虑了；还是说他有广泛的跟他父亲、母亲、小孩、中学同学什么人都相处困难，那你就变成了回避型人格障碍。所以说，病人并不会是按照教科书得病，很可能90%像那个，混进10%像另外一个问题。第二个问题在于药物，诊断的社交焦虑，明知道对方用了SSRI，出现五羟色胺的这些刺激症状，不管是腹胀、腹泻，胃的感觉，为什么还给他推荐艾司西酞普兰，连续两个SSRI有问题，推荐第三个，为什么？而不只给他推荐心得安，或者是如果我要给他推荐，我最多也给他推荐个瑞美隆，得有点不一样的东西。
2. 学员：因为我们在临床上比如像舍曲林、帕罗西汀这些药物，确实是有些人会出现腹泻的症状，草酸艾司西酞普兰好像在临床中出现这种腹泻症状很少。
3. Z医生：SSRI就是SSRI，说明他很敏感，所谓的“没有”，可能和药物半衰期不一样有关。另外，患者跟说“我还经常都头疼”，那β受体阻断剂能够预防偏头疼和头疼这件事知道吗？
4. 学员：嗯。没问出来他头疼。
5. Z医生：病人今天都说他还有头疼等其他，因为它不是阻断去甲肾上腺素嘛，偏头疼有一个治疗方法，经常就会用卡马西平，用丙戊酸钠，用心得安都能够预防偏头疼。
6. 学员：案例当中主诉是：感到见人后紧张、恐惧、心慌、手抖，没有提到任何关于人际关系的问题，所以我也就是没有考虑回避型人格障碍。这个孩子他小的时候是明显外向的，然后从这个外向的性格到非常孤独，不敢见人，是因为上初中的时候，别人都辍学了，就留下他一个，由这样的性格就是外向变成胆小是什么原因？也是因为他的心理韧



性比较差吗？

7. Z医生：第一，他的朋友都走了，没有支持系统嘛，他等于是特别年轻住校，所以为什么一直不主张年轻住校，严重的影响人的身心发育；第二，他基因可能到这时候表达，人格障碍通常出现症状会早一点，社交焦虑都会稍稍晚一点表现出来，他这是社交焦虑为主的毛病，所以往往表达得晚一点。
8. 学员：关于用药方面觉得心得安好像就是临时给来访者用一片就可以，比如说考试之前、表演的时候咱们可以。但是咱们长期治疗的话，它这个持续的治疗效果，当然是可以配合心理治疗了？就是临时缓解症状。
9. Z医生：为什么不能用于长期治疗呢？治疗高血压只治疗一天吗？这不是一个药吗？
10. 学员：也是。
11. Z医生：你持续让他植物神经不属于亢奋，这个药一点不比SSRI副作用大，比它小。
12. 学员：为什么我们抗焦虑的这个药里面，它的一线推荐还是SSRI类，而不是首选推荐心得安？
13. Z医生：他以表演焦虑为主，刚才我还问了病人有没有影响睡觉，有没有影响食欲？发现如果选米氮平的优点都没用上，为什么非要用一个容易增进食欲的药呢？本来也不是食欲不好，患者睡眠本来也好，要清楚心得安是阻断周围的这些 $\beta_1$ 、 $\beta_2$ 受体。
14. 学员：是的。社交焦虑障碍和回避型人格障碍，这两个病是不是一个连续谱？
15. Z医生：不能说它是连续，是可以共病。一般人格问题形成的更早，社交焦虑起病晚一些，实际上是一个焦虑的环境下养育，这个人的基因表达就是焦虑。但是基因集中在什么地方这个焦虑，肯定跟生长环境有关。比如设想如果他16岁被一个狼狗咬了，他最后就可能恐怖，特定恐怖症，见着动物就害怕，整天研究动物，人不害怕。试想如果他是爬树掉下来，他就很可能有恐高了，所以他往往是后天的好多种因素决定你往哪个方向发展。所以说连续谱好像有必然似的，我并不认为它是必然性，而是有很多的偶然性，那个必然性是让患者高焦虑、多疑，这些都是必然性，但是最后病情能变成什么跟后面的环境有关，精神医学很多都跟它有关。跟谁对比？跟神经科的病，神经科的病也有遗传预致性，但它都是停留在生物学的比较多，说我自身免疫不好，我最后得多发性硬化症了，或者我得了其他的都跟免疫有关的病，因为他从一个多发性硬化症的那种遗传，突然变成咱们这样，一个运动神经元病的遗传突然变成咱们这个，不太容易，这跨界太远了。但是一个焦虑的人，变成社交还是变成回避，那很容易了，你限定他什么他就变成什么，所以我不管它叫一个连续的谱系，但是焦虑这件事，他可能就变成跟焦虑有关



的疾病，所以我更愿意说他是一个遗传的预致性，然后分成叉，决定他变成OCD、广泛焦虑，还是社交焦虑，反正多少都跟焦虑有关了，这就叫一元论。但假如说他社交焦虑，他妹妹最近刚诊断精神分裂症，这得思考一下，为什么他妹妹突然精神分裂症，他妹妹误诊误治了？还是他误诊误治了？看看他父母有没有遗传？这就听起来就不是一元论了，道理是在这个意思。

16. 学员：明白了。患者用心得安的话，他具体的剂量是怎么吃？比如说是10毫克BID，具体每天跟他怎么个用法？
17. Z医生：每个人不一样，得看他对药物的敏感程度，因为吃多了就是惊厥，心跳变缓，考前就会发生大脑一片空白。所以，我初始剂量都是10毫克一天两次，最后变成20毫克，每10毫克10毫克涨，隔一周后可以变成20毫克一天两次。



# 全科医学

一位60岁的老年男性，因情绪低落，有明显轻生的想法而来访。他是20多年的糖尿病老患者，却一直拒绝服西药，一直靠中成药保健品治疗。保健品真能治疗糖尿病吗？在会诊前夜患者竟然突发恶心，血压、血糖升高而未能参加会诊，这是什么原因？医生案例讨论后认为患者有精神障碍，又是怎么回事？本期全科案例我们来看看美国全科钟丽萍医生和精神科张道龙医生为我们进行精彩的“医疗之家”全科案例督导。

## 固执的灾难

——例强迫症共病糖尿病及多种并发症的临床案例督导

作者 | 钟丽萍 医生 张道龙 医生  
责编 | 肖 茜 医生 谢兴伟 医生

患者60岁，男性，初中文化，已婚，已退休，退休前是保卫办工作人员。

**主诉：**“因糖尿病合并症而情绪低落、不吃饭、不吃药”来访。

**现病史：**来访者1988年10月做阑尾炎手术术前紧张、尿失禁、彻夜不眠、表现情绪低落。手术顺利。术后看电视有报道称手术后遗留在身体内的纱布、手术器械等。反复担心手术刀、纱布等遗留在自己的伤口里，失眠，情绪低落，自己不睡觉也不让妻子睡觉（妻子已怀孕3个月左右）。不能工作，请假在家。其母亲带其至一线城市某三甲精神专科医院就诊，诊断“抑郁症”。给予阿米替林和艾司唑仑口服，服药两个月睡眠好后情绪稳定，即停药。

1995年家属称因来访者尿中有泡沫，在一线城市某区医院就诊，诊断：“消渴症（糖尿病）”。当时血糖值家属记不清，给予二甲双胍治疗（具体剂量不详），间断服药2到3个月，担心西药有不良反应而停药。改服用中科院（家属述）出的消渴丸治疗，2粒/次，3次/日。（中科院的消渴丸是在同事那里购买的）坚持服此药近18年，患者在服药期间从未查血糖，称自己能控制。

2002年夏天（8、9月）因天气炎热，称心脏要蹦出来了，怀疑自己得了心脏病，住一线城市某区医院心内科做冠脉造影检查结果，血管未见明显异常而心脏症状自行缓解出院。2002年底患者因工作中长期值夜班出现失眠，下班后白天亦不能入睡，服用安定片3-4片/次，睡眠仍不见好转。情绪低落，进食少，因为没有每天排便，怀疑自己得了肠



北京大学医学出版社  
购书请扫码

美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)

公众号：美利华在线精神健康



梗阻。住院检查后排除肠梗阻。医生让家属带其至精神科就诊。此次住院期间患者自行从医院离开，几个小时后自行回家，称在河边坐了几分钟，想跳河，但是想到家中的母亲不能跳。当地医院诊断：“抑郁症”。给予帕罗西汀和罗拉治疗，服药后能睡2-3小时，服药至2004年7月，期间睡眠有所改善，患者不愿服药，服药时和家属斗智斗勇。后家属将药物藏在食物里服用，断续服药。一直拒服西药控制血糖。

2018年2月19日突然发现右脚趾发红，第二天一个脚趾发黑，第三天黑了2个，在一线城市某三甲医院急诊给予抗炎治疗，2018年2月22日住另一家三甲医院周围血管科，入院时家属称患者即糖尿病酮症酸中毒，住院期间右足趾行切开引流后，右足底骨头亦发黑后行截肢手术，切至右侧膝关节下15cm.因伤口处有一脓腔，于5月22日因病房太热，伤口未彻底痊愈出院。出院时空腹血糖7-8mmol/L。出院后打胰岛素（门冬胰岛素）12单位/早，18单位/午，16单位/晚，均为餐前打。14单位/夜（22:00）血糖控制良好，在6.5mmol/L左右。期间患者睡眠可，情绪稳定。住院期间患者情绪急躁时，出现过血压升高，160/90mmHg,口服降压药3-4天正常后即停用。

2018年8月因情绪低落，失眠及自杀行为，更改药物方案为予欣百达120mg/日，艾司唑仑片4mg/日，喹硫平片100mg/次，3次/日。佐匹克隆片7.5mg/日。服药第三天8月19日晚上出现尿储留。

2018年8月22日因为便秘住院，住院期间发现眼睛发红，请眼科会诊：双眼晶体混浊，双眼玻璃体混浊，左眼玻璃体后脱离，双眼网膜可见微血管瘤（++）点状出血

（+++），硬渗（++），棉絮斑（+），左眼黄斑部可见少量黄白色膜状物生成。诊断：糖尿病性视网膜病变3期、白内障、玻璃体混浊、左眼玻璃体后脱离、左眼黄斑前膜。给予诺和灵R（胰岛素）22单位/早，16单位/午，12单位/晚，均为餐前注射，10单位/22:00.口服二甲双胍片0.5g/次，3次/日，控制血糖，羟苯磺酸钙分散片0.5g 3次/日，改善眼底循环。服用抗精神病药改善抑郁症状。因为不听从医护人员安排，擅自离开病房。9月9日再次前往某三甲精神专科医院就诊，诊断同前，在原药基础上增加丙戊酸钠缓释片1.5g/日。将佐匹克隆片换用思诺思治疗10mg/晚。

家属称患者住院期间曾出现两次语乱，一次为晚上八点他把家毁了，有人抓他等，当时意识清楚，能认识周围的工作人员，半小时后睡着，第二天醒后不知道昨天晚上发生的事。第二天下午再次出现此情况，说房子也没了，让人弄走了。9月23日患者拒绝治疗，要求出院。出院后进食少，10月份进食量骤减，不愿意吃饭，认为活着没意思，情绪低落。家属给其吃两顿饭，因10月份进食少，家属即将患者所有的药物均停用，包括



胰岛素和抗精神病药物，每天能睡1-2小时，断续入睡。现喝水也减少，称其不吃不喝等死。家属称其在尿储留和眼底出现问题后情绪低落加重。白天在家中看电视，不愿下楼，不愿小区里的邻居看见自己现在的样子。

初诊访谈把他抬上楼梯的时候，他说他不想治，就是一意孤行，推着自己的轮椅要往外面走，可见思维僵化和固执的性格、很犟，这都可以用强迫来解释。在初诊当天晚上，患者突发心慌、乏力，恶心，血压升高至160/100mmHg，随机血糖16.00mmol/L，考虑“酮症酸中毒可能性大”转至急诊后续治疗。遂未参加次日面询会诊，本次进行的是案例会诊讨论。

**既往史：**78年曾患肝炎（具体不详），2018年9月在一线某三甲医院住院期间查出高血压，予降压药治疗，替米沙坦片40mg/日。近一个月未服用降压药治疗。

**个人史：**初中文化、机械厂工人，93年前在回收科工作，93年因科室解散调至保卫班，需要值夜班。一线城市人。04年（47岁）时办理病退。胞五行五，三个姐姐，老四是哥哥，自己是老五。足月顺产，父母均为军工厂工人，家庭条件一般，父母性格不和，经常打骂，母亲对其比较严格，小学时经常逃学。因为是家中最小的孩子，家中所有人都宠着患者，有好吃的都让他吃，自幼大姐照顾他因父母上班，要将其送至保姆家，大姐要送他，上学经常迟到，为了照顾他大姐晚上一年学。小时候较调皮，学习成绩差，经常带着一群孩子逃学。人际关系可，自尊心强。

来访者爱干净，出门衣服都是平整和体面，衬衫都让妻子给烫熨后才出门。对自己的穿着打扮比较在意。看见好看的瓷酒瓶就捡回家。自己的瓷器都摆放整齐，不让家人动，怕给碰碎。即便很多土也不擦。喜欢的东西必须摆正，比如饮水机桶上的字要对齐。别人有的东西来访者喜欢，就自己出去跑腿挣钱将喜欢的东西买回来。家里的东西都是其管理（如户口本、票据等），有些票据东西都没有了，也不让扔。和普通同事关系好，热心肠、关心人。和领导关系差，看不惯领导的作风。

结婚后家中的事情都是他说了算，因妻子不与其争论都听他的，夫妻关系尚可。自己工资自己花，不管家。不参与孩子的教育，不打骂孩子，带孩子吃好的，买玩具。育一子，体健，29岁，未婚，称家中压力大，不找对象。

**家族史：**其母亲有高血压（60岁以后出现），无糖尿病史，目前健在！父亲94岁去世。父亲初小文化，性格内向，不善与人交流。母亲文盲，性格外向，家里家外所有的事情都能解决。大姐是工人，从小照顾家人较多，强势，外向。二姐：外向，工人，50多岁失眠，曾因小心眼出现过情绪问题。三姐：工人，内向。哥哥：夜大文化，当兵，后转



业至地方，现在是处级干部。性格公私分明。

**目前生活：**吸烟：年轻时抽烟，10支左右/天，1990年因咳嗽，去卫生室检查称肺上有阴影，因此戒烟。饮酒：不喝白酒，啤酒喝的少。饮食：家中饮食以荤菜为主，多食鱼肉。主食：正常时2两/日，蔬菜较多。睡眠：差。运动：无，现拒绝穿假肢。近期压力事件：糖尿病截肢，合并眼睛并发症及尿储留后加重。

**体格检查：**现血压：150/76mmHg,BMI:20 视物模糊，牙齿有缺损，骶尾部有一褥疮已经结痂，右膝关节下15cm残肢。

### 检查报告：

项目/日期	2-22	2-23	2-24	2-24	3-2	3-8	3-10	3-12	正常值
血糖GLU	30.81mmol/l	16.19	14.18	14.48	10.87	9.73	8.0	16.5	4.1-5.9
脂肪酶LIPA	403U/L	44U/L							23-300
钠Na	128.3mmol/l	133.1	139.6	136.2	134.4				137-145
氯 CL	96.3mmol/l	104.6	107.7	105.9	95.9				98-107
总二氧化碳 CO2	9.4mmol/l	18.5	17.2	18.9	32.3				22-30
镁 Mg	1.09mmol/l	1.07	1.12	1.08	0.97				0.7-1.0
总蛋白TP	62.2g/l	48.7	47.0	49.5	49.2				63-82
谷草转氨酶 AST	15U/L	11	10	12	12		77		17-59
碱性磷酸酶 ALKP	189u/l	146	137	134	95				38-126
乳酸脱氢酶 LDH	344U/L	276	246	270	217				96-240
甘油三脂TRIG	1.85mmol/l	1.09							< 1.69
高密度脂蛋白胆固醇HDLC	0.83mmol/l	0.70							1.03-1.55
白蛋白	29.8g/l		22						35-50
B型钠尿肽	222pg/ml		157 ( 2-26 )	64 ( 3-3 )					< 100
钾K+			2.63mmol/l	2.74	3.05	5.01			3.5-5.1
钙Ca+			1.93mmol/l	1.91	1.85	1.97			2.1-2.55
铁Fe			7.8umol/l						



### 血糖

血糖	3-23	8-22	8-19	9-16	9-25早餐	9-25中	10-4早餐	10-18	
	6.79	6.6	8.4	7.9	6.3前	8.7	9.3	10.3	

患者一个月来进食少，注射胰岛素不规律。9-25号之后的血糖均为家属自测。

### 血常规

项目	2-22 ( 16 : 40 )	2-23(22:57)	2-24	3-5	3-9	正常值
白细胞计数WBC	32.4*10~9/L	29.5	28.6	14.7	7.95	3.5-5.9
中性粒细胞百分比NE%	94.7%	91.4	89.8	82.2	79	50-70
中性粒细胞绝对值NE#	30.34*10~9/l	26.55	25.7	12.1	6.28	1.8-6.7
淋巴细胞百分比LY%	2.0%	2.3	3.3	8.8	13.4	20-40
红细胞计数RBC		4.18*10~12	4.15	3.17	2.33	4.3-5.8
血红蛋白含量HGB		127g/l	124	94	69	130-175
平均红细胞血红蛋白浓度MCHC		371g/l	337	333	347	316-354
C-反应蛋白CRP	338.62mg/l	225.9	215.4	115.36	60.09	0-10

### 尿常规

项目	2-23 ( 11:24 )	2-23(18:51)	2-23(22:50)	2-24 ( 10 )	2-25 ( 8 )	2-28	3-9	3-13	8-22	正常值
酮体KET	4+ mmol/l	4+	3+	3+	3+	2+	+-	阴性	阴性	阴性
蛋白质PRO	2+ g/l	2+	1+	1+	+-	1+	2+	1+	1+	阴性
葡萄糖GLU	4+ mmol/l	4+	4+	4+	4+	4+	1+	4+	阴性	阴性
PH值	6.5	6.0	6.5	6.5	6.5					
比重S.G	1.028	1.026	1.026	1.024	1.011					
红细胞RBC			27.8/ul	8.40						0-25
红细胞/高倍RBC/HPF			5HPF	1.51						0-4.5

2-24日下午5点尿常规与上午相同，无变化。血酸碱值

项目	2-23	2-23	2-24 ( 14 )	正常值
酸碱度PH	7.266	7.312	7.393	7.350-7.450
二氧化碳分压PCO2	19.7mmHg	35.6	26	35.0-45.0
氧分压PO2	98.9mmHg	36.7	104.6	83.0-108.0
氧饱和度SO2%	96.9	64.4	98.2	95-98
细胞外碱储备含量BE-ecf	-18.1mmol/l	-8.3	-9.1	-3.0-3.0
全血碱储备量BE-B	-15.1mmol/l	-6.7	-6.8	-2.0-3.0





标准碳酸氢根SBC	13.1mmol/l	18.4	18.9	23.3-24.8
实际碳酸氢根HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	9.1mmol/l	18.2	16.0	21-28
肺泡内氧分压	125.7mmHg	108.3	120.2	95-108.0
二氧化碳总量TCO <sub>2</sub>	9.7mmol/l	19.3	16.8	22.0-29.0

### 血沉

动态红细胞沉降率	72mm/h 2-23 (8:30)	0.0-15.0
----------	-----------------------	----------

### 糖化血红蛋白

项目	2-23 (7:20)	正常值
糖化血红蛋白	14.0%	3.0-6.0

### 彩超检查：2月份

心脏：左房增大，左室肥厚，心包积液（少量）

腹部：脂肪肝

下肢：双下肢动脉粥样硬化伴斑块形成

### 概念化：

来访者从1988年开始就情绪低落，反复就诊专科医院用药治疗，担心西药副作用，不能坚持。相信“伪”中医，从同事的手里买中药，不监测血糖变化，间断使用胰岛素。

2018年3月因为糖尿病坏疽右下肢截肢后，情绪低落加重，反复想死，有自杀行为。食欲差，述腹胀气不舒服，体重明显消瘦20多斤，（糖尿病的神经病变引起胃蠕动功能降低，食欲下降）。在访谈的过程中始终不停的手晃着轮椅的轱辘，音调低、语速慢、阻止爱人介绍病情（明显的焦虑情绪），对治疗没有信心。做事追求完美，家里整洁，自己穿的衣服都需要熨烫平整，当爱人没有时间的时候，自己也要出去花钱熨烫衣服（在经济条件不好的前提下依然要求整洁和完美，可以考虑强迫症）。工作期间也如此，从事保卫工作，厂里不能有明火，工厂是从事燃料方面的任务。厂里明确规定不许任何吸烟的，无论领导还是普通工人，只要是来访者看到都要去追着罚款（做事追求完美，缺少弹性）。喜欢囤积没有价值的东西，亦属于强迫症相关章节的症状之一。

### 诊断：

1.OCD、2.糖尿病；3.糖尿病坏疽术后。



## 治疗计划：

- 1、生物治疗：针对强迫症之诊断，首选来士普+阿立哌唑（协同治疗抑郁的作用）或者齐拉西酮，配合少量的苯二氮卓类药物。（因为两次谵妄的出现考虑和糖尿病酮症酸中毒有关，来访者曾经两次自杀未遂，药物选择必须阻断DA的作用机制，所以治疗建议SSRI+阿立哌唑或者齐拉西酮，酌情使用苯二氮卓类）。其次，明确目前血糖的状况，空腹血糖？餐后？糖化血红蛋白？胰岛素分泌实验？评估肝、肾、心功能，根据情况决定治疗方案。来访者对于糖尿病的治疗，存在错误的认知，认为西药降糖药的副作用大，能接受中药治疗，导致糖尿病严重并发症的出现。
- 2、心理治疗：CBT调整认知功能，采用动机面询。在访谈的过程中爱人和孩子对来访者无微不至的照顾，他们不离不弃是康复的重要因素。糖尿病通过药物是可以控制的，只要血糖控制的好，未来生活是没有问题的。要等到未来的儿子结婚和看到孙子是最棒的，朝着这个目标努力。
- 3、社会治疗：原生态的强迫症患者，未得到有效治疗，导致糖尿病错误的认知才发展到今天严重糖尿病的并发症出现，双管齐下积极治疗精神加躯体疾病的前提下，适应假肢生活，做适合自己的运动。

## 案例督导和点评

1. 钟医生：这个病例基本没有医疗管理，处于混乱状态，病人对自己病情和愈后没有清楚认识。从1995年诊断，到现在有23年，零几年就开始用胰岛素，其中还出现过酮症酸中毒，是绝对没有胰岛素分泌了，所以他必须要胰岛素治疗，类似 I 型糖尿病。家属自动的把胰岛素停下来，是错误的做法。我们一定要对家属和患者进行教育和管 理。糖尿病并发症，患者差不多都有了，心血管是因为我们没有给他做检查，不能排除心血管没有问题。眼睛已经有糖尿病视网膜病变了，右下肢截肢了，推断周围微血管循环肯定是受影响。肾功能低下的可能性非常大。还有高血压、血脂，都没有管理。这种情况，第一、糖尿病要用胰岛素，一般我们用短效的再加上一个长效，胰岛素是必不可 少的。第二、血压高，糖尿病控制得差，从心脏的B超看，有心室、心房的改变，这是 长期的过程，一定要吃血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI），即使他的肾脏有一点点低 下，如果没有低到一定的程度，比如说肌酐在2点几左右，我们仍然可以使用血管紧张 素转换酶抑制剂（ACEI）。如果他不能耐受，再选血管紧张素受体拮抗剂（ARB）。这 个血压的控制是非常重要的，如果血压不控制好，血糖不控制好，接下来肯定就是心 梗，然后就是肾脏的衰竭，就要做肾透析，这是很快的，因为他已经20多年没有治疗，



已经达到了非常严重的程度。还有一个，血脂的问题，没有发现有检查的结果，目前的状况需要吃他汀类药物和阿司匹林，这些都是必须的。使用二甲双胍，就要非常小心，他的肾脏是不是受得了？他的心脏是不是可以？有没有心衰，这些都要做一个全面的评估。做的检查，像凝血，纤维的蛋白原等等，根本就没有必要。所以为什么要有我们医疗之家，为什么我们要跟病人、家属进行教育，如果不理解，他就不会遵医嘱，他不可以随意停药。如果有人经常督导他，告诉他这个病一定要吃药，他现在不会是这个样子，不会有这么多并发症。为什么有我们医疗之家？就是为了要改变这个现状。总结一下：第一、管理混乱，诊断明确，治疗非常的不到位。接下来这个药物的管理一定要做到家，定期要随诊，心脏方面要诊断和评估，然后是肾脏的功能要评估，如果心脏的左室壁厚，左心房厚，接下来会有房颤的，各种并发症都会来的，中风等等，麻烦会越来越大。我觉得最关键的是要解决他精神方面的疾病，如果他精神方面、认知方面有很大的障碍，他不会配合治疗。这个方面是非常重要的，如果不解决他精神的问题，他的身体器质性的问题我们是没有办法的。因为医生不是神，要靠他遵守医嘱，要按照医生的建议和推荐按时的锻炼、服药。

2. **张医生**：这个病人的选择非常具有反面教材的意义，他代表着目前我们全中国全科医生的水平，代表着我们医疗的整体水平，他错在下面三点，能作为目前为止我在中国行医十几年最具有反面教材意义的。第一点、这个病人是误诊了30年以上的强迫症，我们没有诊断；第二点、这个病人所有的治疗，整个用药顺序是完全混乱的；第三、说明我们都没有规范化培训，基本上全科医生都是转岗来的，没有理解全科医生是做什么的，他治疗什么病，为什么要进行慢病管理，遇到这种复杂的情况，你怎么能够联合用药，所有这些概念都没有。最后还有一个不幸，就是误诊误治，中医可能是我们传统的东西，也是我们需要尊重的，可能跟文化有关，2018年还能看到这样原生态的糖尿病病人，表现出我们国家一个真实的水平。第一点，我们说这个病人为什么是得的强迫症。他听风就是雨，电视上说什么什么东西都相信，他就强迫的必须要反复去检查。他到工厂做保安的时候，不分青红皂白，只认“真理”，我们易燃的工厂里是不能够用各种明火的，事是对的，换一个保卫科的人可能不这样去管。患者一个工人出身，家里祖祖辈辈没有文化，他竟然能够衣冠整洁的到外面去，把自己当成处级干部了。这些所有的表现都在告诉你，病人是一个强迫症的表现，这是一个心理疾病，他害了自己，害了自己的太太，也害了自己的儿子，可是我们到现在并没有任何人诊断这样的病，或者按照强迫症去治疗，晚治了至少30年以上，这就是我们现在从事内科学、精神医学的悲哀。因



为这已经是21世纪了，你还从同事手中买这些东西。他最早期的时候，说心脏都快蹦出来了，查完之后没事，立即就好了，这不是惊恐障碍吗？我总怀疑我有个什么病，虽然我不去看病，这不是我们说的疑病症吗？这个病人根本就睡不好觉，爱操心。他在家里是老小，上面有哥哥、有姐姐，他有劲的时候都自己承担过来，这不是焦虑吗？怕别人做得不好，他的那些东西都必须摆得四眼齐八眼整，经常要囤积一些毫无商业价值的东西，10块钱的东西，认死理，这就是强迫症的标志，所有的那些都是他焦虑障碍的基础，最后成为强迫症。在2018年的我们能够把糖尿病治成从眼睛到心脏、到肾，到腿，全部都展现出1960年代的水平，然后我们的精神障碍能够大隐隐于世，几十年下来没有一个人诊断强迫症，而且这个人还是在一线城市，我不知道该怎么表达。

3. **钟医生**：真的是一种悲哀。

4. **张医生**：这种情况我们要反思，从诊断强迫症加上强迫型人格障碍是这两个病了，OCD和OCPD都有了，那等于是一类的病，都跟焦虑有关，强迫症为主。强迫症是能治疗的。生物治疗，他说原来特别喜欢运动。可是那现在他坐轮椅，现在不能运动了，这就是悲哀嘛。除了运动以外，这个病人药用选阿立哌唑。本来你可以用维思通，可以用奥氮平，有其他的这些选择，但是他已经失去了机会，他今天早晨血糖还十几，打这么多胰岛素，所以我们不能用那些引起他血糖增加的药。最惨的不过是氯氮平，其次是奥氮平，再次是维思通，你都没法用了，现在唯一能选择的的就是阿立哌唑或者是齐拉西酮这样的药，就是不增加血糖的前提下用药。我们为什么用阿立哌唑？是因为阿立哌唑有协同治疗抑郁的作用，所以是这个病人不得不选的药，而不是最理想的状态，再加上我们的SSRI，像来士普。因为他这个糖尿病已经严重到出现这么多的合并症，已经出现了神经炎，出现了周围血管病变，所以肠道的蠕动一定会有问题，这就是他为什么会有排不出便这些肠蠕动的问题，治疗当然不是开塞露了，SSRI能刺激肠蠕动，我们再配上阿立哌唑效果会比较好。这时候已经不能用上其他催眠的药了，是因为它会增加血糖，也不能用米氮平，现在只能退而求其次了，来挽救生命，延长生命，他已经没有什么生命的长度而言，我们尽量能提高他的这个质量，所以我们这个时候也只能用短期的苯二氮卓类，他中间出现了两次谵妄发作，不是精神病性障碍，因为他不会在这个年龄得精神分裂症，强迫症到一定的时候，你不去治疗，焦虑水平高到一定程度，又加上周围的这些感染，就出现了谵妄，因为是定向力出现问题，所以那些症状都是患者谵妄状态的表现，阿立哌唑加上SSRI，加上超短效的苯二氮卓类，不管是用劳拉，或者是用阿普唑仑暂时这样去治疗。心理治疗毫无疑问得告诉他，这些病是“作”出来的，作了这



么多年，这次想活也活不成了，所以你也不用那么努力了，因为你没有办法活得更长了，但现在你唯一的机会是能够别再这么作，别再这么闹，小孩才有可能压力轻一点，才能谈恋爱，你这么作下去，儿子头发也作没了，未老先衰了，也找不着对象了，你老人家再一自杀，有没有姑娘敢嫁给你儿子呢？所以我认为你想死不要紧，最低活到儿子把女朋友骗到床上那刻为止，再去自杀。因为他一说爸爸是个强迫症，还是个自杀的患者，你们家还有糖尿病，任何一个正常的人不会愿意嫁给你，所以两个事，我觉得你应该做完了再去想死的问题。第一就是老妈别死之前先为你哭死了，所以等着她先去世；第二等儿子娶到了姑娘，最好再“骗”上床怀上孕，所以你再稍稍等等，等等老妈、等等儿子。社会资源现在你也没有工作了，抓紧锻炼。

5. **钟医生：**他胃口不好，消化不好，是糖尿病的并发症有关，引起了胃蠕动的降低，所以整个胃肠蠕动降低都是神经性的改变导致的，所以胃肠蠕动减慢，胃口不会好。

## 答疑环节

**问题一：**等待血糖控制之后再行强迫的治疗，这样理解是否正确呢？

**张医生：**答案是错的，如果一个精神障碍的病人，无论怎么治他都不会有依从性了，应该双管齐下，这面是保证他不去死亡，那面一定要抓紧去治疗精神障碍，就像一个精神分裂症的病人不认为自己有病，你怎么能治疗他的躯体疾病？想象当你没有病的时候，我给你用药你是什么感觉？当然是受迫害了，所以出去之后立即就得停药。这个强迫症的病人，不存在先治躯体疾病，一个人的脑子如果有毛病了，那个躯体有病，他不认为有病。我们知道糖尿病在西药的治疗下基本可以跟正常人一样的生活。来访者用中药治疗糖尿病，已经明确糖尿病酮症酸中毒了，这不是脑子有毛病，怎么会是躯体的病？这就是为什么医疗之家的价值，要双管齐下了。

**问题二：**治疗方面，我们精神科除了SSRI类的药物之外，老师还让他现在把二代抗精神病的药加上去，我们要加阿立哌唑或者是齐拉西酮，老师这样考虑的目的，是不是因为这个患者已经比较重了，要比较快速的能够让它起效，所以我们不能先用SSRI，而是直接把两个药都同时的用上？

**张医生：**药物方面假如他睡不好觉，还有苯二氮卓类，但是现在能睡好觉，没有问题，先用上那两个药物。用抗精神病药物有两个原因。第一、患者已经出现了谵妄状态，很



可能跟他的糖尿病酮症酸中毒或者感染有关，因为有褥疮容易感染，他已经发现了两次谵妄状态，谵妄的病人死亡率65%到70%，有人说达到75%，2/3的人会死亡。第二、病人告诉你已经有两次出现想自杀，那阻止自杀你得阻断他多巴胺，你不能给他SSRI使他更容易自杀、更容易冲动，所以一定是SSRI，加上抗精神病药物，之后观察他睡眠能不能改善，冲动能不能减少，再决定加不加苯二氮卓。阿立哌唑或齐拉西酮虽然不是最好的选择，最好的选择刚才已经说了，我会选择维思通。现在没办法，失去机会了，奥氮平我们没办法了，患者能有心境稳定，患者能够增加体重，患者能改善食欲，来不及了，原因是你要给了他奥氮平或者维思通，他血糖就太高了，因为他一直都没有这样控制。

**问题三：**本案例患者强迫症和强迫型人格障碍哪个更突显？

**张医生：**患者的确有糖尿病，可是他为什么糖尿病变成今天Ⅲ期，从眼底，到右下肢膝关节下截肢，心脏到肠道都有问题，他还拒绝接受治疗，那不是糖尿病的事，你不能诊断是人格障碍，真正的人格障碍，他是与人打交道困难。因为人格障碍他知道痛苦，他知道他真有病，他一定说医生你得救救我的命，我太难受了。精神障碍他不像正常人那样想问题，所以人格障碍的人他会正常的去想问题，只是在压力下跟周围的人关系有问题，叫人际关系障碍。这病人过度打扮自己，宁可买同事的药，也坚决不治疗我的糖尿病，原因只有一个解释，他是有精神障碍的人，他跟正常人的想法不一样，所以他不恰当的用中医，他也坚决拒绝西医，我的意思他不是中医、西医的问题，是他本人的问题，这种病人你不能用人格障碍来解释。

强迫以后他就会出这些认知改变，强迫症有这个特点，自知力缺乏，除了糖尿病非常客观的摆在这，我们的患者还能够变成几十年坚持不懈的去吃一种完全没有效果的药，还拒绝去检查。为什么？那一定是脑子有毛病，你得先治疗他脑子的毛病，才治疗他外面的毛病，否则无用。肉体的痛苦我们已经觉得很痛苦，腿也截肢了，也烂了，长褥疮了。可是你知道吗？有精神痛苦的跟肉体比较起来，那才叫更痛苦，原因是看不见、摸不着，精神的痛苦会超越肉体的痛苦。因为他脑子已经不正常了。他的感受跟周围，跟你跟我不一样，所以你不能带着我们这样的观点去看他，你得从精神动力学的角度，精神障碍的角度去分析这个人，你才能理解。他从头到尾都是一个精神障碍的患者，我们都围着他转，就是没有看出他是怎么回事，就是让他们把我们都要一通。没有这样的病人怎么能暴露出我们的系统有问题，所以一定不要笑话这样的病人，一定从另一个角度



想，是通过他来检测我们的系统，因为有了他，才看出我们的不完美，我们人性的不完美，我们系统的不完美，我说的是医疗系统，还有我们整个危机干预的这些问题，所以到最后能够落到我们医疗之家，一定是冥冥苍天注定的事情，这是为什么我们要快速的规范化，防止这样的悲剧不在任何一个同胞、华人的家庭中发生。这已经不是科学技术的事了。

## 科普：

### 糖尿病诊断一二三

#### 糖尿病究竟是种什么病？

**糖尿病**是一组以高血糖为特征的代谢性疾病。高血糖则是由于胰岛素分泌缺陷或其生物作用受损，或两者兼有引起。

糖尿病时长期存在的高血糖，导致各种组织，特别是眼、肾、心脏、血管、神经的慢性损害、功能障碍。

#### 一、临床症状

##### 1. 多饮、多尿、多食和消瘦

严重高血糖时出现典型的“三多一少”症状，多见于1型糖尿病。发生酮症或酮症酸中毒时“三多一少”症状更为明显。

##### 2. 疲乏无力，肥胖

多见于2型糖尿病。2型糖尿病发病前常有肥胖，若得不到及时诊断，体重会逐渐下降。

#### 二、糖尿病诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖水平（毫摩尔/升）
(1) 典型糖尿病症状（多饮、多尿、多食、体重下降）加上随机血糖检测 或加上	$\geq 11.1$
(2) 空腹血糖（FPG）检测 或加上	$\geq 7.0$
(3) 葡萄糖负荷后2小时血糖检测 无糖尿病症状者，需改日重复检查	$\geq 11.1$



### 三、不能根据自觉症状诊断糖尿病

一些人对糖尿病一知半解，知道糖尿病存在典型的“三多一少”症状，所以身体没有出现“三多一少”的症状，就觉得自己没有得糖尿病，更不会到医院查血糖。等到身体出现了并发症，才会到医院检查，结果是糖尿病导致的并发症，而已经错过了糖尿病治疗的最佳时机。实际上，并不是所有的糖尿病患者都会出现“三多一少”症状，尤其是对于一些肥胖患者，这类患者体型肥胖存在胰岛素抵抗，体内胰岛素分泌不但没有减少，反而会比一般人还要高（但是血糖仍然高）。

所以大家也要了解糖尿病的非典型症状，如包括皮肤瘙痒，皮肤干燥，皮肤疥肿溃瘍经久不愈（多见足部）；饥饿感，浑身没劲，精神不振、容易疲倦；视物不清，视力下降；四肢出现麻木刺痛；很小的伤口却越来越大或不愈合；男性出现不明原因的性功能减退，下肢麻木感和尿中有蛋白。如果大家发现自身出现不明原因的以上症状，要尽早到医院接受检查，测量血糖，以做到尽早发现糖尿病。



### 四、不能以尿糖作为糖尿病的诊断标准

尿糖阳性是诊断糖尿病的重要线索，当血糖超过一个界限，也就是糖阈值，就会出现尿糖。但是尿糖不能准确地反映血糖值，因为它受尿量、肾功能、肾糖阈等因素的影响，尿糖阴性不能排除糖尿病，尿糖阳性也不能确定就是糖尿病。

尿糖检测的意义在于受条件所限不能进行血糖自我监测，且肾功能相对稳定的时候，那么可以进行尿糖的自我监测，作为暂时的替代方法。





## **五、不要单凭空腹血糖判断是否正常**

空腹血糖和糖负荷后血糖都是诊断糖尿病的两个重要指标，很多人平时只查空腹血糖，只要空腹血糖正常，就认为自己没有糖尿病。而实际上，由于我国居民饮食特点（以碳水化合物类食物为主），容易造成餐后血糖升高，所以大多数患者往往空腹血糖正常或偏高，而餐后血糖升高。若大家检查发现空腹血糖 $\geq 5.6$  毫摩尔/升（空腹血糖受损），应行糖耐量试验。

## **六、糖尿病筛查方法**

空腹血糖检查是简单易行的糖尿病筛查方法，是糖尿病常规的筛查方法，但有漏诊的可能性，所以在条件允许时，要做 OGTT（空腹血糖和糖负荷后 2 小时血糖），目前糖化血红蛋白还不能作为糖尿病常规筛查方法。如果筛查结果正常，3 年后应重复检查。糖尿病前期是最重要的 2 型糖尿病高危人群，每年约有 1.5% ~ 10.0% 的糖耐量减低者进展为 2 型糖尿病。

## **七、糖尿病开始筛查的年龄**

对于成年人的糖尿病高危人群，不论年龄大小，都宜及早进行糖尿病筛查，对于除年龄外无其他糖尿病危险因素的人群，宜在年龄 $\geq 40$  岁时开始筛查。而对于儿童和青少年的糖尿病高危人群，宜从 10 岁开始筛查。妊娠糖尿病患者产后 6 ~ 8 周要做血糖检测，如果血糖异常，达到糖尿病的诊断标准就可以确诊为糖尿病。



报名学习 督导会诊

4000-218-718

# 主创团队



**主编 | 王剑婷, Ph.D**  
日本中央大学心理学科临床心理方向  
中国心理学会心理测量专业委员会主试



**副主编 | 肖茜, MD,**  
中南大学湘雅医学院  
附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



**顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D**  
美国纽约上州医科大学精神医学系教授  
中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授河  
北医科大学客座教授  
美中心理文化学会联合创始人



**督导 | 张道龙 Daolong Zhang, MD**  
毕业于美国芝加哥大学精神医学系  
美国伊利诺伊州芝加哥退伍军人医学中心精神医学系主  
管精神科医师  
美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授河  
北医科大学客座教授  
北京美利华医学应用技术研究院院长美  
中心理文化学会创始人、主席  
《DSM-5》中文版工作委员会主席、主译

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 张心怡** • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 陈天润** • 留俄心理学硕士，心理咨询师
- 许思诺** • 留美电气工程及生物医药信息硕士，美利华网络运营总监
- 黄菁** • 留美电气工程硕士，美利华在线健康大学电子工程师
- 许倩** • 心理学硕士 美中心理文化学会成员
- 张道野** • 黑龙江省伊春市第一医院主任医师，心内科主任  
黑龙江省医学教育专业委员会委员
- 刘卫星** • 北京美利华医学应用技术研究院CEO  
美中心理文化学会（美国）中国区总经理



北大出版社官方旗舰店  
购书请扫码

美利华在线健康大学

Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康

