

第 106 期

2019年8月15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)





# 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 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)
- ❖ 美国专家国内集中讲学
- ❖ 美利华医疗之家
- ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 《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》





Editor's Letter 写在卷首

## 正念·运动

慢性成就的微胖已经坐实了我的自体印象，多年懒动，实难有想法特别去关注体重。近日母亲大人赴沪探子，家中留下喵大人灰太郎先生需要关照，为此勤勉，日日铲屎不辍。一日闲来远观，觉猫儿毛色顺滑，皮相滋润，起邀功之念，怀之称己，数字明显与常日不同，大喜，取手机拍之欲发给母后，怎料猫儿狡猾脱逃，那数字变化之后停驻在与我往时体重增加4斤之处，惊之逃离。原来，猫儿未肥，是我添重而已。盛夏已过，贴秋膘的日子还没到，那夜起我开始为体相甚忧。

工作关系我常劝诫他人运动，甚至日日督促双子或跑或泳看他们矫健成长自觉成就，对自己时，手动、嘴动、心动、脑动、唯身怕动。想到运动过后要洗澡要休息不知道哪里就泄了气去。愁。面对情绪低落的自己干脆打开手机逃进正念练习。

随着导语，有意识的放松自己，放下与念头的对抗，进入存在模式，感受练习中呈现的一切：习以为常的呼吸原来是这样的不深入，想去调整的时候却发现乱了节奏，变得局促起来；想对自己宽容一些不要连呼吸也批评，需要一次次的把念头从评价中唤回，放松并放弃那些控制欲，允许它呈现本来的样子。吸气的时候默念：平静~~，呼气的时候默念：自在~~，身处当下，保持对自己的耐心、善意和稳定。是的，我不是想变得擅长呼吸，我只是随着关注发现自己本来的样子。

运动于我，也并非是要打造我成为一枚达人健将，只不过要关注自己那些不自知的变化吧。不是去对抗身体，而是看到、善意的对待、帮助它恢复。这是一场正念带来的认知调整。

8月8日立了秋，暑去凉来，今年这日子就正式过半了。穿上跑鞋，来到户外，和自然在一起。什么年纪做什么事情，不消极也不消耗，面对需要，拿出态度和方法就好。

心随念动，人随心动。趁秋高气爽，始动！



## \\ 本期导读 //

### 【精神医学临床访谈】 ..... 5

#### 一例边缘型人格障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

### 【访谈理论篇】 ..... 14

#### 个案概念化：绘制来访者的心灵地图

### 【全科医学】 ..... 18

#### 势不可挡的“瀑布效应”——一例坏疽性脓皮症患者的远程会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

### 【科普内容】 ..... 27

#### 坏疽性脓皮症



# 精神医学临床访谈

初到美利华，我们都会不由自主的把“认症”当作重点来进行恶补，期待跟随老师掌握问诊技术，熟悉DSM-5的诊断条目，经过一些时日，你会发现不论是医生还是咨询师，问题解析的能力确实有所提升，思路会清晰起来，从诸多的症状当中梳理出头绪似乎并不太困难，认症比以前快了，而这样就是“学成”了吗？看看今天的案例，想想除了诊断，我们如何形成对“人的理解”——

## 一例边缘型人格障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生

杨文君 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

### 【基础信息】

性别	女性	年龄	26岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	本科	婚姻	未婚
病史提供者	本人	职业	社区管理	病史可靠性	可靠

**主诉：**“反复的感到情绪低落、烦躁，出现自伤自残的行为。”

**现病史：**（起病阶段）患者从初一的时候才开始和父母一起生活，父亲脾气暴躁，对她要求也高，有时候因为她做得不好而被父亲打骂，或者父亲心情不好的时候也会无故的打骂患者。上初一的时候，同学们经常嘲笑患者，被同学们欺负，和同学的关系不好，心情非常低落，不知道如何反抗，也没有主动的寻求老师和家长的帮助。（外部刺激）上初二的时候，同学们给她起了一个外号，为此非常气愤，把所有的东西都扔掉，也不想上学，有不想活的想法。（情绪问题及自伤行为）当时老师批评了同学，但是也没有得到什么改善，心情非常糟糕。她用刀片割伤手腕，割腕以后觉得心情会舒畅一些，后来反复的心情不好，反复的割手腕，基本没有什么好朋友，显得非常自卑，但是有时候打篮球以后心情会好一些。患者割完手腕以后，当时因为她打篮球经常用护腕遮着伤口，父母也一直没有发现。平时和父母的交流非常的少，这种状况一直持续存在，学习成绩还可以，考上了大学。

（空虚感，自杀意念及行为）大学以后患者决定去新疆支边，父母也同意了，在支边期间她觉得还挺好，但是自己也不知道什么原因会出现这种心情不好、莫名的烦躁感，内



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



心非常空虚，有不想活的想法，也曾经两次自杀，一次是割腕，当时被同事送到医院治疗，一次是自己服用了100片的阿司匹林想自杀，但是第二天感觉到头昏、全身难受，也没有去医院治疗以后，自行好转。

**(创伤性事件)** 2013年，患者的父亲突然车祸去世，患者回到家中，父亲的去世对她来说打击也非常的大，后来她和母亲一起居住，和母亲的关系也不是很好，沟通非常少。

**(人际关系困扰)** 参加工作以后，当时是新入职员工，她轮转社区的各个工作岗位后，觉得自己和同事打交道是有问题的，有时候不知道和同事说什么，压力很大，但是她自己做一些文字方面的工作，会觉得压力小一些。**(心境问题，自发的波动)** 有时候还会莫名的心情非常的好，觉得自己精力也非常好，喜欢做事情，睡眠也少，但是持续的时间很短，一般也就4到5天的时间，她没有明显的情感高涨、精力旺盛表现，后来这种好的状态持续四五天以后就会出现一个持续的心情不好的现象。

**(入院治疗经历及预后状况)** 3个月以前，患者再次出现心烦、情绪低落，她在家里割腕，家人送患者到医院住院治疗，当时诊断的是双相情感障碍，做MECT15次，服用药物是劳拉西泮、碳酸锂、苯海索、丙戊酸钠缓释片、奥氮平、酒石酸美托洛尔，患者只记得奥氮平是10毫克，其他的剂量记不起来了。治疗以后觉得心情比以前平稳了一些，与母亲的交流也比以前多了一些，但是仍然会有心情不好的时候，一周能出现两到四次的自杀想法，仍然会控制不住的想割腕，有时心情不好的时候会吃很多东西或者会喝很多的饮料，自从出院以后体重增加了10公斤。出院以后出现白天突然发呆，同事说她有时候眼睛会发直，这种情况持续几秒钟，母亲说她有时候会出现梦游的情况，半夜起来走路，患者自己不知道。但是她说在住院以前，包括她小的时候一直也没有出现过这种情况。患者觉得自己记忆力明显减退，很多事情都记不起来。

**既往史：**小时候因为兔唇的问题进行了多次手术，现在说话基本上不受影响，初中时，因为耳朵的胆脂瘤进行两次手术，她现在自己觉得听力还是有点下降，但是在交流的时候没有问题。

**个人史：**患者在3岁以前和母亲还有姥姥姥爷一起生活，父亲当兵，常年在在外。在她的记忆中，父母经常吵架，甚至是打架。3岁以后母亲到A市工作，患者一直和外祖父母生活，姥姥、姥爷都很关心她，生活上的需求都是满足的。小学觉得非常开心，初中以后和父母一起生活，父亲要求严格、脾气暴躁，经常打骂她，和母亲的沟通也非常少。患者觉得父亲虽然打骂她，但也是很爱她，比如说她生病了，父亲也会带她去看医生。



**家族史：**患者的父母经常吵架，沟通少，父亲性格暴躁，要求严格。母亲性格比较内向，不擅长表达，她的姥姥是小学的校长，姥爷是初中校长。

**体格检查：**心肺腹一般检查及神经系统检查未见明显异常。

**精神状况检查：**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、语速适中，语音低。

情感活动：情绪低落，表情忧愁，有消极观念。

感知觉：正常。

注意力：正常。

思维活动：否认妄想。无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

### 【病历小结及概念化】

患者**幼年**的时候父母经常争吵，这种状况给她带来的是家庭的不安全感。**小学**的时候和姥姥姥爷一起生活，她的生活需求满足的，但是情感表达的训练比较少。当时她的姥姥是校长，小学生都比较简单，所以她觉得跟同学相处关系还是可以的，也没有明显的心理冲突，但是到了**初中**以后和父母一起生活，脱离了照顾她的姥姥姥爷，父亲主要是打骂教育，母亲又不善于这种沟通和交流，学校里的同学又经常欺负她，这些创伤都没有得到有效的解决。患者自己又不知道如何去表达情绪，只有压抑，然后逐渐出现没有朋友，内心空虚，莫名的烦躁，继而出现反复的割腕、自杀自伤的行为。**20岁时**父亲的意外去世，让患者觉得父亲还是对自己很好，但是小时候父亲的这种打骂给她带来的又是不好的感受，所以对父亲的又好又不好的这种矛盾的体验，也是情绪不稳定的一个因素。患者发现割腕会觉得心情好一些，她就逐渐的把割腕当作缓解情绪的一种方式，还有就是通过不断地进食、喝饮料的方式缓解情绪。现在经过治疗以后，她觉得情绪略微好转，但是会仍然出现波动。另外出院后出现的有时候白天眼睛发直、发呆，晚上有梦游等情况，与住院期间做了15次MECT，由MECT引起的大脑异常放电有关。

**初步诊断：**边缘型人格障碍

心理咨询师：杨文君

2018-08-21



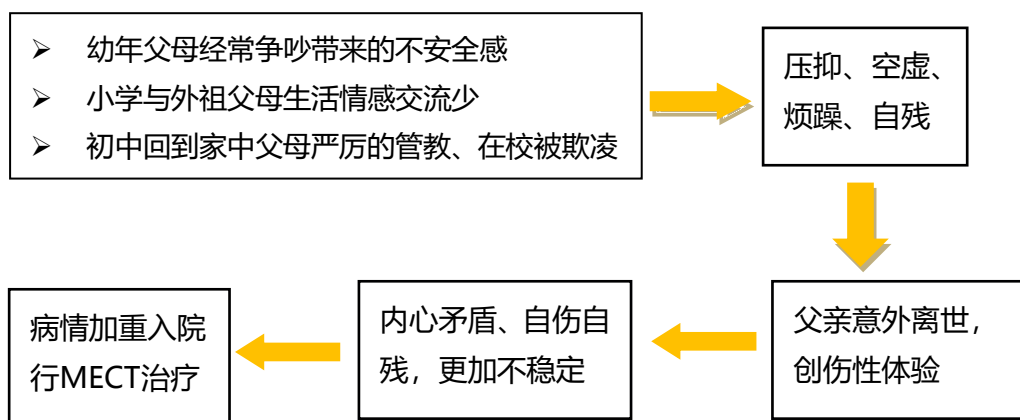
美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

www.mhealthu.com  
公众号：美利华在线精神健康



### 【写在督导开始之前】

初诊医生根据访谈内容整理报告提交给督导老师是我们的标准程序。在这个过程中，梳理脉络就是很重要的一项工作，如何把对病情的理解清晰的呈现在大家面前（虽然病历本身我们未必提示给病人，但整个思路其实还包括了如何在访谈中让来访者明白自己问题的来龙去脉）。这个案例的概念化当中，我们可以看到文君医生着重从来访者的成长经历当中寻找她情绪的成因，并基于如下的概念化分析诊断为边缘型人格障碍。



带着这样的思路我们来看看督导访谈时做了哪些方面的工作。

### 【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧！
2. 来访者：说啥呀？
3. Z 医生：就是你为什么要来会诊？你需要我们帮助你做什么？
4. 来访者：就是想确定一下到底是什么毛病？
5. Z 医生：哦。确定你是什么毛病。你现在在吃什么药？
6. 来访者：奥氮平，其他的都不记得了。
7. Z 医生：不记得了。最近记忆有问题，是吧？
8. 来访者：对。
9. Z 医生：最后一次做 ECT 是什么时候做的？
10. 来访者：不知道。





11. Z 医生：哦，最后多长时间做，你做了 15 次，最后一次大致什么时候做的不知道？
12. 来访者：不知道。
13. Z 医生：哦，好嘞。
14. 来访者：我都不记得了。
15. Z 医生：都不记得了？
16. 来访者：嗯。
17. Z 医生：嗯。好的，那你现在做心理咨询吗？
18. 来访者：有在做。
19. Z 医生：在做什么样的心理咨询？
20. 来访者：是通过电话。
21. Z 医生：通过电话，做什么？
22. 来访者：就是那个心理老师每天和我聊，然后聊当天的生活，然后看我的心情有没有什么变化，然后就是烦的时候，也会聊为什么烦，然后怎么去调整。
23. Z 医生：哦。你平常有的时候感到自己很抑郁吗？心情不好吗？
24. 来访者：嗯。经常会。
25. Z 医生：我现在说你的病比较典型，所以诊断比较容易。你这个病我们叫边缘型人格障碍。
26. 来访者：嗯。

我们可以明显的看到，督导时并没有在病情表现或症状鉴别上花费时间，而是从用药到MECT治疗、对心理咨询的实施方法进行了确认。

27. Z 医生：这边缘型人格障碍就是小的时候父母吵架，跟别人有冲突，又受过一些创伤，比如说反复做手术这些事情都对你有一个冲击，就变成了这种边缘型人格障碍，就是跟人相处有困难，平常不高兴，容易情绪激动经常出现自残这类的表现。
28. 来访者：嗯。
29. Z 医生：好了。这个病容易诊断，不太容易治疗。那得怎么治疗？第一个就是生物治疗，你得喜欢运动了，你平常得动一动。
30. 来访者：嗯。
31. Z 医生：到时候医生会完诊会把这意见告诉你。



32. 来访者：嗯。
33. Z 医生：第二个就是药物治疗，得调整一下药物。因为我听她讲说，你用了这个药物体重增加了 10 公斤是吧？
34. 来访者：20 多斤。
35. Z 医生：20 多斤，10 公斤，对。那 20 多斤我们得想法用点药，把这个能够减回来，否则的话你就会增重，你会不高兴嘛。
36. 来访者：对对，特别烦。
37. Z 医生：完了第二个，你经常是眼睛发直，就是旁边的人能够看到你眼睛发直、发愣几秒钟，是这样的吧？
38. 来访者：对。
39. Z 医生：但是你自己那时候并不知道为什么那样做，对吗？
40. 来访者：对，就是莫名其妙。
41. Z 医生：最近做过脑电图吗？
42. 来访者：没有。
43. Z 医生：没有？所以这个得看一下，做一个脑电图检查，好像是癫痫问题。那我们得调一下药，把奥氮平换成别的药，再加上其他的药物来让你这些症状能够轻一些。
44. 来访者：嗯。
45. Z 医生：好了，心理咨询要做，但不是聊聊天这样的，也不是通过电话这样的，要面对面进行辩证行为治疗。因为这个病有个特效的治疗方法，叫辩证行为治疗，通过调整你的认知让你高兴起来，教你怎么去接受你自己是什么样的人。然后教你管控自己的情绪发作，这个方法叫辩证行为治疗。在目前心理咨询的 400 多种方法里，要常用这种 DBT 这种方法才能有效，这是跟别的不太一样。社会资源方面，就是不能做压力大、人际关系复杂，熬夜的工作。你的诊断是边缘型人格障碍，治疗就是运动加上这些药物治疗，药物得调整，我到时候跟医生讨论一下，比如说用阿立哌唑，用奥卡西平这类的药物。心理咨询用 DBT，然后社会方面就尽量从事人际关系不太复杂的工作，慢慢恢复，不要再做 ECT 了，已经做足够多了。我们得让你大脑恢复一段时间。你这个病不会继续重了，但是见好会比较慢，只能逐渐变好，这样清楚吧？
46. 来访者：嗯。
47. Z 医生：还有别的问题要讨论吗？



48. 来访者：别的没有。
49. Z 医生：好嘞。那和医生们讨论后把会诊的意见通知你，好吗？谢谢你今天来参加访谈。
50. 来访者：谢谢您。

呈现病情后着力在于“改变能改变的”。治疗方案：

生物方面：调整药品解决增重和目前可能出现的“癫痫”的问题，停用MECT，做脑部检测；

心理方面：用有针对性效果的咨询DBT，面询效果要优于在线或电话咨询。

社会方面：减少人际关系压力大的工作。

### 【督导医生的个案概念化】

过度的诊断双相，过低的诊断人格障碍是目前大陆的普遍情况，可能与人格障碍的教育没有规范化，所以大家容易把边缘人格的“不稳定”当成双相障碍的表现有关，具体原因不可知。

首先今天的诊断我觉得大家没有什么问题了，这是个很典型的边缘型人格障碍。我请在座的所有的人想象自己有这样经历——自己先天是兔唇，需要不断地做手术，还从小就不在父母身边长大，回到父母身边再不断的看他们吵架，那这种情况下，你能想象到对一个年轻姑娘的心灵创伤吗？要想象一个小姑娘爱美的时候，却被别人起外号，那得多敏感！身高加 2 公分、减 2 公分，那区别不大，但是兔唇这件事区别可就大了，因为能直接看得到。这样的创伤使小孩具备了形成人格障碍所有的因素，要把这个写得非常清楚。“**故事讲得简洁扼要，复杂的概念简单化**”就是这个意思。不是说诊断病的时候，每一个病都一句话鉴别开，要能做更好，做不了就做不了，但是要讲清楚一个女孩子为什么有这么大的心理压力。

治疗上，运动是毫无争议的了。怀疑她是 MECT 的副作用问题，尤其她又梦游，又是记忆有问题。“自动症”，“梦游”，打上引号，不知道真的假的梦游，我怀疑颞叶电击多了，这不像颞叶癫痫这类的东西。因为我一直问她有没有做动态脑电图，就是 24 小时或一周这样的动态脑电图，咱看她到底有没有癫痫波。听起来像是做完 MECT 使记忆有问题，你看记忆、情绪、梦游这类的东西都像颞叶的部分过度被电击了，或者是十几次使得这块地方损伤大一点？假如我们高度怀疑这个部分，那怎么办呢？那药物方面我们就不是用丙戊酸钠了，而是卡马西平或者奥卡西平。关于抗精神分裂的药物，病人告诉你增重了



20斤，那就用阿立哌唑了，因为它是多巴胺受体部分激动剂，所以就增重少。如果喜欢完全拮抗剂，那第二个答案就是齐拉西酮，因为它就是引起体重增重非常少的。心理咨询DBT。社会资源这方面，就是尽量选压力比较小的、人际关系比较简单的工作。

### 【现场讨论及答疑】

**问题一：**这个患者我们使用抗精神病的药，可以减少她出现冲动、自杀的行为，但是像丙戊酸钠，包括准备使用的奥卡西平其实也是可以减少这些患者的冲动性的。因为所有抗精神病药都有可能降低癫痫的阈值的，对于这个患者来说，我能不能考虑慢慢的跟她把抗精神病药撤下来，尽量不用，而是把我们的抗癫痫药，把它用到一个合适的剂量，两个药合用，我能不能这么做？会不会有什么风险？

**督导解答：**对，可以这么做。但是前提是说慢慢地减量。刚才我们已经说过了，因为用了这么长时间抗精神分裂药物，她已经增重这么多，说明阻断多巴胺的效果在发挥作用，奥氮平在起作用，所当然不能突然撤药，因为受体降解会有问题。所以我们得保护她的安全，这是第一。第二，如果我们有重新选择的机会，就得先搞清楚病人是不是有癫痫的问题，通过做动态脑电图等方法。所以咱们可以把她那个记录调出来，争取时间核实这个问题。临床实战中我们并不知道病人潜在的问题，如果是癫痫，当然不能让她降低癫痫阈值了，可是你现在知道是癫痫吗？不知道。假设她是癫痫，至少的表现像癫痫，那和“她是癫痫”之间还有一个**实证**的差距。所以得先去实证。下次遇到这样的病人的时候，首要的问题不是癫痫了，因为病人刚才说了，小的时候没有癫痫，住院之前没有癫痫；更关键的是如果诊断为边缘型人格障碍，更不应该做ECT，不应该使她变成癫痫，不应该变成失忆，不应该的事多了。我们现在要改进的有好多事，所以说什么样的案例都能作为讨论。

**问题二：**这个患者因为兔唇进行了多次手术，初中的时候还因为耳朵的胆脂瘤也做了两次手术，出现了听力下降。要不要考虑这个患者有先天发育异常的问题？

**督导回答：**不是。假如说孕产期她母亲用了一些药物，比如影响神经管发育或者说用了如苯二氮卓类抑制神经管，缺少叶酸一类的情况（那可以去推测），没有这样的病史，就不能野蛮猜测了。我们不认为患唇腭裂会跟人格障碍有病理性的直接联系，目前为止还没听说有任何一例报告就是这类面颌的这些异常代表着脑内的某个地方缺陷。但是我们会发现小孩在这种过程中不断地进行手术，就可能会有非常大的创伤。举个例子来说，曾经有过



报告，给病人做手术的时候，手术本身通常不能产生PTSD了，因为患者麻醉后睡着了，哪怕是心脏移植这样的大手术也没看谁有PTSD。但曾经有一个人术中清醒了，他后来形成创伤——你想想，手术一半的时候醒过来，周围一看这是怎么回事？拿刀的、拿血的，穿着白大褂儿的人在切割我！你想那得多恐怖？这种创伤就很严重。什么意思？就是手术对人类来说是个非常大的创伤，只是当我们麻醉的时候不知道。再来想想这么小一个孩子，她不知道她的面部长得不好吗？不知道耳朵有问题吗？反复的手术，对一个青春期的少女，这种创伤咱们可以去想象一下，它怎么可能让人是无动于衷的？所以你得知道这个就容易让人扭曲。“为什么偏偏是我不会说话？长得畸形？人家都正常！”所以要知道对一个女孩，容貌毁了，这能是件平常事吗？

**提问三：**癫痫发作的时候有特殊的波型，有30%多阴性，是指动态脑电图吗？

**督导回答：**总得来说癫痫有很多是阴性的，但也照样诊断癫痫，因为这是个临床诊断。所以初访时医生认为她那样眼神发直，好几秒钟不知道自己怎么回事的表现像是癫痫，是正确的，我们这样可以考虑，但是还是得有证据。阴性都指是只做一次脑电图可能会不容易发现，但动态脑电图像动态心电图一样，会提高检出率。

### 【编后感】

“理解你的病人，然后再尝试理解TA得了什么病”，这是老师反复会叮嘱我们的事情。但怎么算是理解？我们常常会感觉抽象。今天这个案例诊断清晰的前提下，老师向我们揭示了对人更深刻、更细致的关注——患者的问题仅仅是由于养育过程中的交流问题而来吗？仅仅是与父母之间的关系就导致她全面的情绪波动吗？性格成因中有没有我们忽略的盲点？父母管教严格，但并没有达到虐待的程度；她为什么自小被起外号、被欺凌，这些都有其内在的因素——一个带有先天性生理缺陷的女孩子内心会有怎样的自我认知形成，理解到这个层面关乎于我们对她理解的深度。

和拼图一样，有概貌但某个关键点的缺失会造成对病人理解的准确性有所偏差。通常督导医生会在发现我们概念化不合理的部分进行确认和询问，往往解释不通的部分就是我们概念化不合理的部分。本案例中或许我们不能改变先天性的缺陷，但她许多情绪的根源可能都来自于生理、心理这部分的创伤，唯有看到，方能应对。



# 访谈理论篇

一个好的个案概念化，会让我们更立体的看到来访者问题的成因及发展路径，除了对诊断有帮助，也会助力我们在向来访者概貌其问题时更加容易促使理解问题所在，更能够让我们立体的看到来访者的状态，为今后的干预也起到更好的辅助作用。可究竟什么是个案概念化，从事心理咨询或精神医学的人总会在从业之初被这个定义困扰。着眼于共情的咨询师会觉得，个案概念化就是听来访者讲述成长史，可成长史那么长，究竟如何形成对人的理解，对疾病或者症状的理解，感觉提炼取舍都很难！学了DSM，看到了非常带有指针性的诊断条目，感觉似乎有方向了，可是督导师又再三强调概念化绝不是去对DSM里的诊断条目？“个案概念化”这个概念本身感觉让人如此的摸不着头脑，却又是心理咨询书里会被强调的重中之重。如何掌握这个概念，今天就让我们来聊一聊这个话题：

## 个案概念化：绘制理解来访者的心灵地图

作者：王剑婷 心理咨询师  
张道龙 医 生

个案概念化 (case conceptualization) 简单来说，是治疗师通过当事人对其情况的描述而进行的一种假设。

如图所示，很多时候来访者会把自己诸多的经历、故事、苦恼一股脑的倒给咨询师（或者某些时候来访者并不知道从何说起），那么针对来访者的困扰，获取哪些信息并加以有意义地综合，如何利用这些信息进行假设和判断，并进一步由此形成对后续咨询的计划，我们把这一系列的工作称为**概念化**。



过程



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



个案概念化既然是一种假设，你也许会猜想：那岂不是可以千人千面、各执其辞了。这当然是不可以的。所谓“假设”，通常是需要基于咨询师各自掌握的心理治疗理论，利用从中发展出的概念化模型来形成对个案的理解。比如：

- 传统的精神分析流派会更加关注来访者无意识的心理过程和冲突，在不同的成长阶段，通过对防御机制的解释来形成对来访者问题的理解；
- 认知疗法会关注来访者那些关于自我和他人的非理性的想法以及不合理的信念，意图通过调整自动思维来达到解决认知偏差的目的；
- 认知行为疗法的理论中除了不合理信念之外，又加入了对个体学习经验及由自动思维所带来的行为后果的分析，还可以通过调整行为本身来推动思维的改变，产生新的认知。
- 家庭心理学更侧重的是关注关系当中发生的不磨合，把个体的问题放入系统中来观察，通过调整家庭动力来实现来访者的改变。
- DSM作为精神医学中最为重要的诊断模型，提供的是一套通过学界研究成果共识所达成的对疾病和症状的分类，借鉴DSM分类对来访者那些外显行为进行现象分析，能更好的帮助我们梳理问题，一经诊断，可以利用既有的知识来面对来访者及其困扰。

看到上面这样分别的描述，不少学员会有一种感觉，我们在美利华中美班听到的、看到的个案分析似乎会涉及到上面各流派的解析模型，究竟我们是基于具体哪种流派呢？其实道龙老师已经多次的在课程中强调“整合式”的观念，我们正是通过整合那些被实证检验过的、科学有效的治疗理论，抽出来访者行为当中的概念化元素，形成对他们的理解。精神动力学虽然不能说有严谨的循证检验，但临床工作者通过不同时代观察跨文化情境下的人群，可以发现精神动力学提供了一套具有普遍性的对人理解的角度，其中包括依恋理论、创伤及防御机制等，为我们提示了很好的个体成长模型。

## 评估、诊断与概念化的异同

时不时的我们会在案例讨论中用到这三个词，甚至会相互替代使用，而实际上它们各自近而不同。

评估 (assessment) 是服务于诊断与概念化的工具，它本身就是借用某种具体的工具 (如人格问卷等) 来测量来访者的一些行为、表现、特质是否达到某个“标准”的判



断。评估是个中间过程，是三者当中最较小的概念。

诊断 (diagnose) 是依据某种分类体系和相应标准 (如DSM或ICD) ，对来访者行为进行归类的过程，具有较强的可操作性，症状本身对照的过程不需要思考太多来访者的心理方面深层次缘由。

个案概念化 (case conceptualization) 则需要对来访者提供的信息进行基于理论基础的组织与重构，形成有意义的理解。为了达到理解，个案概念化时可能需要评估，也需要诊断，但个案概念化是更为全面的结果，与其他二者是整体与局部的关系。

概念化的目的不仅仅是在于诊断，更是为了“知其然，更知其所以然”，不但是只看到症状，还要想到症状的原因，并从这里找到干预的方法。

### 怎样才能做好个案概念化：

- 聚焦：Why now!
- 过去的应对策略：识别来访者重要的主题和资源；
- 帮助来访者从不同的视角理解情境，帮助来访者形成新的观点；
- 理解来访者的行为和动机，根据来访者的信息提出工作假设或预测；
- 在评估、诊断以及治疗中考虑来访者的文化背景；
- 观察来访者的人际模式，包括与咨询师交流所表现出来的行为特点；
- 弄清来访者的现实，选择理论和技术来诠释来访者的现实。

### 个案概念化的临床意义

我们通过个案概念化这个过程，利用整合式理论梳理来访者的经历或经验，理解其内在的想法、欲望、冲突及思维模式，对当下的状况给出解释，弥补某些访谈未及之处的遗失，绘制出一张理解来访者的心灵地图。这幅地图，既是帮助我们理解当事人行为意义和原因的工具，也是临床干预的前提。

个案概念化提供了一个可以用来组织和加工来访者信息的结构。有了这个结构，当事人的有关信息就不再是支离破碎的，而是可以相互关联起来的，这个结果还有助于纠正对某些信息不正确、不恰当的解读。

其次，它为选择相应的治疗目标、设计或选择治疗策略、技术提供了依据。基于理论架构之上的、具有循证基础的治疗，比其他那些缺乏依据的“头痛医头、脚痛医脚”治疗会必然会更加切实有效。





最后，也是道龙老师最为强调的——形成清晰的个案概念化，有助于咨询师更好地理解来访者，所谓“理解你的病人，再理解他得了什么病”，好的个案概念化即是一种深刻的共情！形成良好的治疗同盟，始于准确的概念化，并把这个概念化分享给来访者。

## 结语

道龙老师通常会使用这样的比喻来形容概念化：**葡萄粒与葡萄串的关系**——各种各样的症状是葡萄粒，但是如何把这些症状串连起来形成一个整体化的认识即是概念化。也会用**树叶、树干和树根**来比喻——症状可能像树叶一样繁多，但是通过精神动力学对人的理解，我们可以从一个人出生在什么样的家族，家庭的遗传及教养方式是一个人的根源所在；而在成长过程中他有过什么样的经历，受到过哪些环境因素的影响等等即是树的主干部分。我们只有从根源出发，理解他的成长经历对人形成整体的理解，才能不为症状所困，抓住全貌，理解他。

需要补充的是，在咨询过程中概念化是可以变动的，个案概念化本身是一个不断发展的**过程**。咨询师从第一次与来访者接触时即开始形成概念化，并可能需要在以后的咨询过程中不断地确认、修正。最初依据来访者资料形成的假设，不仅需要通过获得的新资料加以检验，还可能随着咨询的推进，来访者逐渐暴露出新的主题，以前的假设可能被否定，需要重新修订，直到咨询会谈最终结束。这种系统的、渐进式地概念形成过程有助于咨询师推进治疗方案，特别是面对复杂的个案，可能需要在咨询过程中逐步探索，不断地补充和收集资料，并通过干预的效果检验最初概念化的正确性。

个案概念化是心理咨询工作中相当重要的一环，咨询师用什么样的视野来理解个案，也将持续的影响到他如何与来访者工作。如果可以把深刻的共情比做是穿上来访者的鞋子感受他的感受，那么个案概念化就是打造一次咨询旅程中的指南针——必将有助于咨询师清晰地思考来访者的问题，拨开云雾，抵达光明。



# 全科医学

患者才50多岁的年纪，却已然“人不老身已老”。她身为医生却重病缠身，下肢溃烂、痛苦不堪，心脑血管系统已经全线崩溃。而治疗方案的制定正面临进退两难、捉襟见肘。难道她真是患有什么“疑难杂症”才导致如此严重？为何没能在早期干预，防止并发症进展？从本案中我们再次体会到了全科医生在患者健康与疾病管理方面的重要性。下面请看本期全科-精神科联合会诊案例——

## 势不可挡的“瀑布效应”

——一例坏疽性脓皮症患者的远程会诊

作者 | 钟丽萍 医生  
张道龙 医生  
责编 | 肖 茜 医生

**基本情况：**56岁，女性，职业为医生，硕士学历，离异，有一独子现年24岁。

**主诉：**因“脑出血后遗症1年余，继发癫痫，合并高血压、坏疽性脓皮病、深静脉血栓等，寻求综合治疗方案，提高生活质量”来诊。

**现病史：**患者1年多前，无明显诱因开始出现头晕，伴左侧肢体无力，无抽搐、无恶心呕吐，无发热，既往高血压极高危，急诊入院当地某医院A，诊断“脑血管意外”。进行急性期治疗及康复治疗6个月后出院。

在家康复期间，脾气急躁，8个月前摔倒造成下肢膝盖多处瘀伤，身上出现多处瘀斑，双下肢为甚，皮肤破溃，伤口难以愈合，潜行性溃疡，有渗出和异味，右侧下肢无疼痛，左侧疼痛明显影响睡眠。既往患者也出现过小范围皮肤溃烂约三个月痊愈，曾诊断为“下肢血管炎”“银屑病”“红斑狼疮”，曾查抗磷脂抗体(+)，伴可疑狼疮抗凝物阳性。本次右侧下肢溃烂面积6\*5cm，潜行约2cm，左侧肢体麻木加重，双下肢凹陷性水肿。4个月前，入当地某职业病医院治疗。入院检查示**窦性心动过缓**，白细胞7.56(4-10)，血红蛋白131(115-150)，血小板235(100-300)，**白蛋白35↓g/L(35-55)** **总蛋白58g/L↓(60-80)**，**尿素8.5mmol/L↑**，大便常规、肝肾功能、风湿十项、血糖、血脂、免疫球蛋白测定未见明显异常。经皮肤科专家会诊诊断为“坏疽性脓皮症”，予以雷公藤多苷片(20mg, tid)，醋酸泼尼松片(30mg, QD)，克拉霉素缓释片(0.5g, QD)，硼酸



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



洗患处。于一个月后 (2018-9) 行植皮术。

2月+ (2018-10) , 患者夜间下肢疼痛加重, 哭闹, 食欲差, 在当地B医院入院治疗, 入院血压144/86mmHg, 神志清, 满月脸, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 伸舌右偏, 言语清晰, 偶有胡言乱语, 对答不切题, 记忆力、计算力减退, 定向、逻辑思维等障碍, 黑白颠倒。肚脐周围见片状皮下瘀斑, 肠鸣音稍活跃, 5-6次/分。四肢肌肉松弛, 弹性差, 双下肢见多处片状皮下瘀斑, 左侧肢体肌张力降低, 左侧肢体浅感觉减退, 左侧肢体运动功能Brunnstrom分级: 手IV, 上肢IV, 下肢II。右侧病理征 (-)。坐位平衡1级, Barthel指数评分15分, ADL完全依赖。头颅CT示右基底节区、放射冠多发腔隙性脑梗死; 头颅核磁可见右基底节区出血灶, 诊断为右侧基底节区脑出血。电解质: 钾3.0mmol/L, 肝功能: 总蛋白55.3g/L(60-80), 白蛋白32.7 g/L(35-55), 谷丙转氨酶93.1U/L(1.0-40), 碱性磷酸酶181.3 U/L (40-150) , 谷氨酰转氨酶622.4 U/L (10-50) ; D-二聚体1044ng/ml; BNP: 902pg/ml (<125) , 尿常规: 葡萄糖 (+) , 蛋白质 (+) , 白细胞56/ul; 便常规潜血 (+) 、真菌 (+) ; 血常规: 中性粒细胞百分比73.2%, 淋巴细胞百分比17.9%。窦性心动过缓, 侧壁st-t轻度改变; 心脏彩超提示: 肺动脉增宽, 三尖瓣少量返流, 左室壁增厚, 左室舒张功能减退。血管彩超示: 右侧小腿肌间静脉血栓声像。胸片示: 考虑支气管炎伴左侧胸腔积液。入院后焦虑想赶紧出院, 加之腿部创面(胫前筋膜损伤)疼痛, 翻身时疼痛加剧, 晚上基本不睡觉, 一直吵闹, 有两次癫痫发作病史。

10天前患者出现精神差, 腹胀, 右侧肋部疱疹, 考虑带状疱疹, 复查电解质钾3.3mmol/L, 血糖8.43mmol/L, 肌酐19.4umol/L, 总蛋白55.0g/L, 双下肢静脉彩超提示**左侧腓外静脉、股总静脉血栓形成, 管腔不全闭塞。右侧小腿肌间静脉血栓形成。**

2天前, 患者出现发热, 精神可, 呼吸稍促, 全身浮肿, 低钾低钠, 复查D-二聚体7487.77ng/ml, BNP: 964pg/ml, 电解质: 钾2.8mmol/L, 钠132mmol/L, 肝功能: 总蛋白40 g/L, 白蛋白25.2g/L, 谷氨酰转氨酶219.0 U/L。血气分析: 二氧化碳分压30.9mmHg (35-45) , 氧分压68mm Hg (80-100) , 钾离子浓度2.61mmol/L, 血红蛋白浓度108.8g/L。

**目前服药情况:** 氨氯地平片 (5mg, QD) 、培哚普利叔丁胺片 (4mg, QD) , 美托洛尔片 (25mg, BID) 降血压; 多烯磷脂酰胆碱胶囊 (0.456g, TID) 护肝; 奥美拉唑肠溶胶囊 (20mg, BID) 护胃; 双歧杆菌三联活菌胶囊 (630mg, BID) 调节胃肠道; 阿司匹林肠溶片 (0.1, QD) , 硫酸氢氯吡格雷片 (75mg, QD) 抗血小板凝集; 脱氧核苷酸



钠注射液 (50mg, im, QD) , 利可君片 (20mg, TID) 升白细胞; 泛昔洛韦片 (0.25g, TID) , 复方甘草酸苷片 (50mg, TID) 治疗带状疱疹。甲泼尼松片 (16mg, QD) , 丙戊酸钠缓释片 (500mg, bid) 。

**既往史:** 1、高血压病史10余年, 最高达190/100mmHg, 既往用药情况不详;

2、双侧肋骨多发陈旧性骨折, 原因不详。

3、慢性非萎缩性胃炎、溃疡性结肠炎、食道白斑10余年, 治疗情况不详;

4、去年住院发现右侧肾上腺腺瘤, 未特殊治疗。

**个人史:** 孕1产1, 月经规律, 52岁绝经。10余年前离婚, 独自抚养儿子 (现年24岁) 。

无吸烟, 饮酒史。

**家族史:** 父母死亡, 具体死因不详, 两个弟弟, 体健, 否认有家族性遗传病、传染病或类似病史。

**体格检查:** 远程访谈未进行体格检查, 以上信息由患者儿子提供。目前身高: 160cm 体重: 46kg BMI: 17.97

**诊断:** 脑出血后遗症继发癫痫

腔隙性脑梗塞

高血压3级 (很高危)

右肾上腺腺瘤

坏疽性脓皮病

双下肢植皮术后

双下肢静脉血栓

带状疱疹

轻度贫血

低蛋白血症

慢性非萎缩性胃炎

C类人格特质待排

### 【个案概念化】

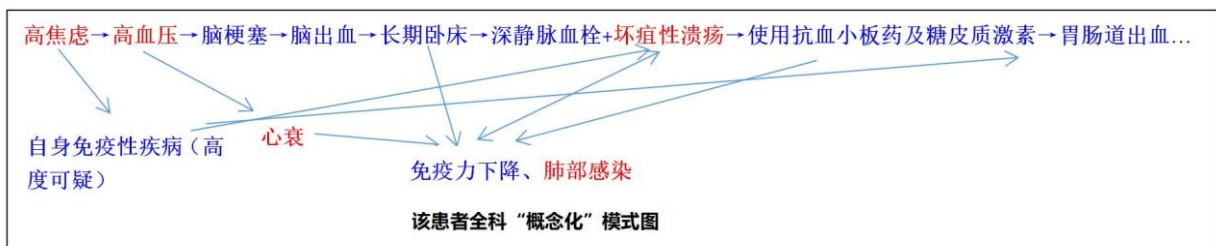
**长期心理问题导致身心疾病发生:** 患者偏焦虑及强迫的性格特点与人相处困难, 一直处于高焦虑水平。这种高焦虑水平对高血压、胃肠道溃疡症状均有影响, 在冬季寒冷季节,



血压控制欠佳，诱发脑出血，造成左侧肢体偏瘫，行动不便，更加激化患者急躁的脾气。更严重的是，患者还由于脑出血继发癫痫发作，以及谵妄的症状。

**与躯体疾病互相影响，形成链式反应，身体状况急转直下：**以高血压为源头，后续的一系列疾病更加凶猛。患者因“犟”和性急，在没有完全恢复的情况下，造成磕碰，双侧下肢创口迁延不愈，备受煎熬。偏瘫造成的行动不便、久卧，以及使用糖皮质激素，造成下肢多处深静脉血栓形成。患者全身水肿，BNP升高，结合超声心动图的结果，提示是有心衰。患者长期胃肠道溃疡，以及脓皮症引起的大面皮损造成电解质紊乱、低蛋白血症、水分丢失过多、低体重等。目前又出现了肺部感染的体征。

该患者在原本焦虑的状况下本就容易血压升高。而高血压是后来一系列疾病的“扳机点”，因高血压→脑梗塞→脑出血→长期卧床→深静脉血栓+伤口难以愈合→使用抗凝药及糖皮质激素→胃肠道出血.....由于一系列相互交织的链式反应，最终导致“一发不可收拾”的各种并发症。造成目前实际年龄尚不足60岁却已是80岁的身体状况。



**治疗：生物方面：**使用利尿剂治疗心衰。控制血压，降压目标为低于140/90mmHg。抗凝，防止血栓形成。使用抗凝剂可降低肺栓塞并发率和深静脉血栓形成的后遗症。防止已形成的血栓继续滋长和其他部位新血栓的形成。可考虑口服抗凝药物，如利伐沙班，极少受药物或食物影响，使用安全。阿司匹林+氯吡格雷，增加出血风险，患者有消化道溃疡，脑出血，需要监测。该患者既有血栓风险，又有出血风险，所以需要平衡两者关系来调药。

其余重要方面的治疗：营养支持、控制感染。用糖皮质激素治疗坏疽性脓皮症，待病情控制后，逐渐减量，但不可完全停用。丙戊酸钠预防癫痫不减量。建议使用阿片类强效止痛药，若无法使用，可使用加巴喷丁。**心理方面：**给与患者抚慰和陪伴，认真倾听并鼓励患者表述内心的恐惧和担忧，使用ACT或正念疗法，对患者进行有效的心理干预，接受患病事实，树立信心，提升配合治疗的积极性。**社会方面：**患者社会支持系统较好，家庭经济来源稳定，而且医疗费用可由医保承担70%左右，暂时没有治疗费用方面的顾虑。目前，患者主要由儿子负责照料，由于脑卒中偏瘫患者的功能恢复需要较长时间，作为儿子



既需要工作，还得长期贴身照料母亲，已经有诸多不便。长远来看，患者出院后，建议在当地找一位接受过相关的康复训练与指导的护工，协助患者康复，也能让儿子安心工作生活。

### 会诊需求：

- 1、坏疽性脓皮病皮肤破溃导致的疼痛如何缓解？
- 2、患者夜间睡眠差，如何治疗？
- 3、患者深受疾病折磨，如何提高患者生活质量？

### 【联合会诊意见】

#### 钟丽萍医生会诊意见：

##### (1) 针对各个躯体疾病对症治疗

A、主要的治疗首先是**抗炎，治疗心衰**。患者BNP已经很高，有肺积水，肺高压，这些均提示明显心衰，需要用袪利尿剂。

B、伤口面积大会流失很多电解质、白蛋白，导致电解质紊乱。患者目前低血钾明显，应该口服补充钾剂。

C、治疗血栓，要使用抗凝药。因为已经出现血栓，例如低分子肝素或新型口服抗凝药。比如我们要用上抗凝的，又用上抗血小板的药物，她的消化道出血就会增加，然后创面渗血也会增加；但是另外一面，如果血栓不断加大，又得过中风，可能她的血管本来比较容易有腔隙性病变，所以同时还是要进行抗血小板治疗，最终得**平衡一下**，看哪个方面更重要，没有两全其美的方法。

##### (2) 保持无菌环境，避免再次感染

患者创面很大，抵抗力非常低，病区中由于往来人群很容易带来的细菌，所以应该把她放在无菌室，接触她的医务人员和家属都要戴上口罩鼻罩及手套，穿上无菌的衣服。若使用的敷料消毒不合格，每次换一次药等于就产生一个新的创伤面，所以用的材料一定要合格，要找专门做伤口护理的医务人员来进行护理。

##### (3) 控制疼痛

疼痛一定要控制。在美国一定会用到阿片类的镇痛。如果她长期处在疼痛的状态下，整个内分泌都会失调，然后植物神经系统也会紊乱，这些当然会影响她的睡眠状况。



#### (4) 维持营养

患者白蛋白很低，有电解质紊乱，她的BMI体脂指数也低，所以她有严重的营养不良。对她伤口的愈合非常有影响，一定要有营养师参与治疗，把每天她摄入的卡路加倍，比如我们平时是2000卡，可能她要加更高的卡路里，然后要补充蛋白的含量，有时候甚至要给她静脉输入一些白蛋白。

#### (5) 激素的调整

糖皮质激素只能慢慢降，而且降到一定的程度就不能继续降了。她现在是很危机的时候，需要有一些肾上腺素的保护。如果她已经长期大剂量使用肾上腺素，那么可能她自身的肾上腺素反馈轴已经受到了抑制，所以不能停的，而且剂量也不能降得太低。她的血糖也要监测一下，因为血糖太高会妨碍伤口的愈合——当然她的血糖高，很多情况下是跟她用激素相关的。

#### 张道龙医生会诊意见：

丙戊酸钠还得用原来的剂量，查一下保证血液浓度50到100，因为它能预防癫痫发作。痛的时候尽量用阿片类，若不能用阿片类物质，可选用加巴喷丁，它不影响任何药物代谢，没有药物间反应，也不经过肝脏代谢。然后如果肝功没有变化，睡觉的时候用米氮平，它能保证睡眠质量，降低焦虑和抑郁，增加食欲，一般人服用这个药都能胖5斤左右，因为现在患者营养不好，伤口有时候长不上，加点这类的药容易吸收好。不要继续用抗血小板药物阿司匹林，此药会引起出血，目前搞不清楚出血是不是阿司匹林引起的。这样调整药物方案后可能会好一些。因为可以使得患者疼痛缓解，睡眠改善，营养吸收增多，能够保证她不再得血栓和出血。用药比较两难的是既有老的血栓，又有新的出血，所以这个用药是最难的，尽量要把这部分调对了，她的生活质量就能好一点。治疗的同时得有人给她按摩，不能躺在那完全不动，即便她不能下床，也得适度运动或进行被动运动。但这肯定会加大家属的护理压力，所以最好在康复医院做。运气好的是实现了“养儿防老”——把儿子养育成人，现在儿子又能从旁照顾自己；自己又是学医的，又有医疗上的资源，这都是好的资源。

总之，患者两个病之间有时候是矛盾的，她因为疾病不能活动，结果更容易得深静脉血栓。她有血栓又想抗凝，然后一抗凝就出血，治疗方面就有这样的矛盾点。这个病不能在家治疗，要医养结合，因为需要长期奋斗。



**所有的扳机点是高血压触发了这一切。**由于高血压而得了脑血管病，导致患者心衰，让她瘫痪在床，还使她免疫力降低，这一大堆都是跟高血压有关，变得越治越麻烦，一个导致两个、两个导致三个，现在全乱套了。但是她的基础高血压很奇怪的，试想一个人年轻时就高血压，还得了这么长的时间，我们现在先救急，救急之后需要研究血压是怎么回事，是肾上腺瘤带来的？还是其他因素所致？

## 【案例讨论】

### 钟丽萍医生对案例的评论：

这个病例是一个非常复杂的，自己作为一个医生怎么会可能让自己的血压无法控制？所以肯定她对这方面认识是不足的，尤其是**像血压这种问题是很容易控制的**。出现无法控制的情况，可能是不懂这方面的知识，或是不遵从医嘱，总之就是不应该发生的情况，所以像她这种情况下，什么肾上腺瘤，或者是嗜铬细胞瘤引起来的高血压可能性比较小。为什么？我们看到她的血压现在控制得挺好的，140左右，现在医院里的话也就是130左右，所以她是用了3种抗高血压的药，基本上也没有别的嗜铬细胞瘤的这种症状，所以**嗜铬细胞瘤引起来的高血压，就是继发性高血压可能性不是很大**，当然这不是我们主要要考虑的问题，如果血压控制好了就行。

**阿司匹林和氯吡格雷这一类的药物，我们还是要平衡一下**，像消化道出血，只是隐血，是一个+号的话，还是继续要用的，因为**好处肯定是多于坏处的**，像她这种情况，已经有脑动脉的改变，然后就是有血栓的形成，所以需要长期抗凝及抗血小板治疗。但如果出现大面积的消化道出血，届时我们可能要改变治疗方式。就目前情况的话，还是需要抗凝及抗血小板药物的。

这种疼痛的控制非常重要，**像坏疽性的脓皮病的疼痛严重，一定要用阿片类的，别的药基本上控制不住**。开始用最常见的非甾体类的，当然我们要考虑到她的胃出血，慢慢的再加一些比较弱一点的像曲马多这些药，然后不行的话，我们再加上吗啡，所以一步一步往上加，至少让她疼痛可以得到控制，这样才能让她有休息，不然整天都睡眠不好，精神肯定会不佳，心情也不会好的。

这就表现我们全科的重要性了，到目前为止，没有一个人替她管理这些病情，如果说有一个人经常跟她跟踪，看看到底是怎么回事，很多东西是可以预防的。**如果我们早期预防、早期治疗，她也不至于受这么多煎熬。**





总体而言，这个病是挺复杂的，有心血管，还有自身免疫性疾病，溃疡性结肠炎，而且她的病程我们都不知道，**皮肤坏疽性的脓皮病**，**50%以上的病人都是因为这种免疫方面的疾病引起来的**，所以为什么我们用类固醇之类的药来治疗这个疾病，就是因为跟这个免疫的紊乱有关系的。如果我们有一个好的医生在掌控这些，就知道怎么去跟踪、怎么样去治疗。像溃疡性结肠炎，你没有进行治疗，肯定她大便的隐血阳性，好多情况就是这个病情我们并不清楚，所以可以看得出来整个管理很混乱，没有一个疾病的整体观。

### 张道龙医生对案例进行概念化：

这个病人的**核心问题是高血压**。她之前像是比较焦虑的人，跟家属的关系有问题，离婚自己要强带着儿子等。爱焦虑的人会出现血压升高、心血管出问题，身心免疫系统问题等，不管她是漏诊多年的C类的人格，还是其他焦虑方面的问题，我们今天都暂不讨论，因为患者没有直接跟我们讨论，信息都是家属提供的，属于代询了。值得思考的是我们为什么说她主要的问题是高血压？从**一元论的角度考虑**，**正常的血栓是与大脑皮层相关**，若**为大脑中的动脉血栓那并不一定跟血压有关**，**这个病人是基底神经节深静脉腔隙性梗塞**，**肯定是跟高血压有关**，因为它引起**小血管透明变性**。实际上因为血压高，造成脑梗塞脑出血，之后她就偏瘫了，偏瘫造成身体不能动，整个抵抗力就完了，血压还继续不加控制，才变成心衰，导致有肺部积液，当然容易出现炎症和感染。我们都知道焦虑的人容易感染，病史中表现她有诸多的免疫系统感染，所以那个带状疱疹不是现在得的，是年轻时就得过而后来只是复发了。**整个身体全部的崩盘**，**最初的起源**，**所有问题的起始很可能是她的人格**，或者是那些交往的方式带来的焦虑，然后变得**血压高**，属于**身心疾病**。

她根本的病跟血压有关，血压可能跟焦虑有关，我怀疑她很犟，“有病也不看！”，是个非常要强的女人。虽然她没有说话，但概念化她整体情况的时候可以看到她可能是这样一个人——**极其要强、极其犟**，最后就把自己搞垮了。**血压上来之后**，后面变成了像一个核武器的**链式反应**，一个触一个，所以现在变成浑身上下捉襟见肘，补了东墙西墙就漏。所以在美国为什么**一定要有个全科医生**，我们需要把所有情况都连到一块，得有人一开始去看她，既能看出她身心的问题，又能看出她高血压的问题，没有这样的管理，就会从最简单的高血压病发展成如今不可收拾的局面。哪怕她有一点身心疾病和焦虑，本来不至于变成今天这样。没有全科医生结局就是这样，所以**一定要分级诊疗**，**一定要有一个统一整合的疾病管理**。



### 【答疑部分】

**问题一：**患者的住院医生没有往心衰这方面考虑。该患者是否有明确心衰的体征？

**钟医生：**她要用袪利尿剂，患者具有明显心衰的证据，一是她的BNP已经很高了。二是在肺动脉没有血栓的情况下，仍明显有肺高压，这些都显示她还是有心衰的。

**问题二：**脑出血后，该患者一定要使用抗癫痫药预防癫痫发作吗？如果是丙戊酸钠减量，同时增加加巴喷丁的话，这个方案可以吗？

**张医生：**首先，她的病史里写已经癫痫发作两次，只要有发作就得使用抗癫痫药物治疗和保护两年。如果说有过中风，有这个病灶在脑子里，所以多半是这个位区引起的癫痫发作。其次丙戊酸钠不用减量。第一个是它本身抗大发作，加巴喷丁抗癫痫作用非常弱，既然已经使用了丙戊酸钠，它也没有什么副作用，只要血药浓度在50到100，就维持原剂量，如果超过100了再降低也不迟。使用加巴喷丁是为了镇痛，并不影响丙戊酸钠，用不着减一个加一个。

**问题三：**她好像整个免疫系统，不管是溃疡性的肠炎，还是说怀疑红斑狼疮，是不是还有另一个源头，有没有可能跟她的免疫系统有一些先天紊乱或异常有关系？

**张医生：**对，有可能。我先说一下，然后请钟医生做答，这方面她肯定更专业。刚才病例报告中说她有银屑病、溃疡性结肠炎，还有脑中风，有不明原因高血压，这些特点都在什么地方？什么炎症会攻击身体多器官？这些都特别像自身免疫性的血管炎。所以她是不是红斑狼疮我不知道，但一定是系统性免疫系统异常，如果早碰上钟医生这样经验丰富的全科医生，追本溯源看到由于高血压引发了这些事，那问题反过来什么引起高血压的？如果不是嗜铬细胞瘤，不是肾上腺皮质的东西，总得有什么原因引起，要知道血管炎是能够引起高血压的，所以说对症状一元论的理解和个案概念化很重要。

**钟医生：**我们现在当然只能是推测了，不知道哪个在先、哪个在后，比如说她的高血压十多年了，到底做过一些什么检查，然后溃疡性结肠炎也好、银屑病也好，到底有没有确诊，我们都不知道，但是总之到后来用上激素以后，整个她的免疫系统就更加紊乱了，所以她基本上免疫力很低，白细胞很低，然后皮肤感染不能愈合，这些东西都指向她免疫力已经紊乱了。她的坏疽性的脓皮病，是不是因为这些免疫系统的疾病引起来的，这也是排除性的，即使是我们做一些活检的话，也不能确诊。所以在排除了别的原因以后，然后看她



发病的这些起因，然后看她的进展，可能就是推测是这个原因，如果说我们没有别的诊断。所以现在只是一种推测，因为很多信息有缺失。

### 【编者总结】

该患者虽然躯体疾病繁多，但可以用“一元论”来理解各种疾病的前因后果，甚至可以将长期的高焦虑与躯体疾病之间关系也“一元论”来理解。这样更能诠释清楚患者的病情，有一条“主线”把患者的诸多疾病和症状串起来。如此准确概念化才能不光对症治疗，更针对根源问题治疗，解决关键问题。这里也显示**全科医学的重要性**，需要一位全科医生来把握全局，追踪患者并及时指导，而不是既往“头疼医头，脚疼医脚”的做法。

## 科普文章

### 坏疽性脓皮症

整理编辑| 肖茜

疾病表现为**破坏性坏死性、非感染性的皮肤溃疡**，临床还出现疔样结节、脓疱或出血性大疱。早期为触痛性的结节红斑，初为红色，以后中央变蓝色，最终形成溃疡。一个或多个水疱脓疱，类似痤疮、毛囊炎、一过性棘层松解性皮肤病或疱疹样皮炎等。两种皮损可同时出现，也可互相转变。皮损可发生于正常皮肤或原有皮肤病的部位。潜行性边缘的痛性溃疡和渗出带有恶臭的黄绿色脓液具有诊断价值。**一旦明确诊断即予口服大剂量皮质激素。**

### 病因

有人证实，本病患者对念珠菌素和链激酶延迟反应有缺陷。这可以解释当网状内皮系统极度低下，当有微小的损伤或伤害时即可出现皮损。这一超敏反应尤其在疾病的急性期和接近皮损处最强烈。**许多本病患者免疫反应低下或不正常，说明本病与免疫系统缺陷有关。**公认的免疫机制缺陷的证据是：众多患者有丙种球蛋白病、异型蛋白病、T细胞失调或吞噬细胞缺陷等。



## 组织病理

无特异性改变表现为无菌性脓肿，其中静脉和毛细血管血栓形成、出血、坏死和肥大细胞浸润。凝结是一个重要的表现。在活动边缘表现淋巴细胞性血管炎，提示血管内皮是一个早期的靶器官。浸润细胞中有较多的多形核白细胞，也有上皮细胞和巨细胞。特别是在慢性病例中，单核细胞显著，甚至有上皮瘤样增生。

## 临床表现

原发皮损逐渐水肿，并迅速形成溃疡，境界清楚，边缘淡蓝色，常增厚隆起，有时呈高低不平和潜行破坏。中央溃疡基底呈红色，深浅不一，像火山口，表面附有恶臭的黄绿色脓液。溃疡周围早期绕有红晕。因皮肤和皮下组织毛细血管-静脉血栓形成，皮损不断向四周呈离心性扩大。溃疡大小不等，小如黄豆大者直径可至10cm或更大。数目较多，最多可达百余个皮损，多疼痛，也有的长期不痛。部分病例可自愈，愈后留下萎缩性筛状瘢痕。常不伴淋巴结或淋巴管病变。真皮深部型或水疱大疱型也不少见，此型皮损多为单个，并伴有其他症状。出血性大疱型通常为大气疱，较表浅，有疼痛，疱液可达0.5L以上。此型常与急性白血病和其他髓性增生性疾病有关，但也有15%的病例无此相关疾病。

皮损可累积全身，主要累积小腿大腿、臀部和面部。唇和口腔黏膜，甚至眼睑和结膜可出现脓疱和侵蚀性水疱。20%病例有同形反应。疾病活动期可出现毒血症和长期发热这些全身症状。

## 诊断

**诊断依靠临床形态。**潜行性边缘的痛性溃疡和渗出带有恶臭的黄绿色脓液具有诊断价值。

## 鉴别诊断

需与以下疾病相鉴别。1.Behcet病：起病突然，脓疱成分为淋巴细胞，无溃疡皮损，愈后无瘢痕。2.术后进行性坏疽：多见胸部或腹部，常是单个损害可从皮损中分离出微需氧的链球菌，对抗生素敏感。3.Meleney坏疽：潜行性溃疡与本病相似，是由梭状芽孢杆菌引起的感染。4.Wegener肉芽肿：有多脏器损害，皮损多形性，呼吸道为好发部位，C-ANCA阳性。5.暴发性紫癜：皮损分布较广泛，进展较快。6.阿米巴病、隐球菌病和芽生菌病：



可通过微生物学和病理学检查明确。

## 治疗

一旦明确诊断，即予口服**大剂量皮质激素**。当常规剂量治疗无效时，可考虑甲基强的松龙冲击疗法，待病情控制后，改为泼尼松维持治疗。可用合成树脂敷料覆盖引，高压氧疗法促进伤口愈合。有相关疾病者要治疗相关疾病。如无继发感染，局部治疗宜温和，对症处理。

## 预后

坏疽性脓皮病溃疡常反复发作，可持续数年，但患者一般情况尚好。本病中有半数病例伴发溃疡性结肠炎，结肠炎与皮损同时出现或在其后出现。**令人感兴趣的是本病与免疫系统疾病有关**。出血性大疱型坏疽性脓皮病与髓性增生性疾病有关，如白血病等。当免疫系统疾病，如溃疡性结肠炎和Crohn病被控制后，皮损有望愈合，但仍可复发。

## 华佑·美利华 8月脱产训练营学员风采



meihu



# 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  
河北京医科大学客座教授  
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
- 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

