

第 118 期

2020年2月29日出刊



精神医学和临床心理学
督导与研究

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

哈尔滨医科大学精神卫生学院 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》



Editor's Letter 写在卷首

2020，重启之年

2020年，你的安全感还好吗？你还觉得自己所处所在是安全的吗？

我们其实一直生活在不安当中，来自日常生活中那些坏的可能性：空气脏，水污染，食品安全，奶粉靠进口，爱情脆弱，婚姻动荡，身体有恙，精神抑郁，子女教育，房难买，财难理，隐私难保，人际关系紧张，就业压力大……经济和社会的发展进程影响到每一个人，安全感其实从来，都无法依靠鸵鸟思维获得。

传统观念里我们认为养儿可以防老，当代人看重的票子房子车子，年轻人憧憬好多好多爱和好多好多钱，在大环境下，都无法抹去内心的不安。

既然安全感不会从天上掉下来，那，就自己争取吧。正如汶川地震那样重大的灾难当中，国民对灾民“爱人如己”般的关注。在那种情境下，你会感觉到正能量的澎湃力量，没有什么灾难能把中国人打败，没有什么坏消息能夺走中国人的安全感。而疫情之后的安全感，更有赖于全社会的共识与共建。

这个时代需要更多行动的个人，而不是更多的口水。当我们都在口诛笔伐某某会时，另一些人已经组织起来募捐、送物资，用个人的声誉做保，不惜工本的投入做公益；当我们担心疫情扩散，消息不明时，高龄的院士也仍旧逆行到疫区，带来对状况的解读；当人人都在感叹医疗技术的落后时，就有爱国者反哺祖国，不计名利的投入锻造规范化培训的平台……

据说英国威斯敏斯特教堂的一块无名碑上这样写到：当我年轻时，我的想象力从没有受到过限制，我梦想改变世界；当我成熟后，我发现我不能改变世界，我将目光缩短了一些决定只改变国家；当我进入暮年，我发现我不能改变国家，我最后的愿望仅是改变我的家庭，但这也不可能。当我行将就木时，我突然意识到：如果一开始我仅仅去改变我自己，成为一个榜样，也许我现在可能已经改变了家庭、在家人的帮助和鼓励下，也许我已经改变了国家，甚至改变了世界。

你能做什么事你自己选择。每人发动自己的微力量，从身边的事做起。做好自己的本分，维护自己的正当利益，不与坏人做交易，不充当“平庸的恶”，与好人结盟。学习科学思维，保证理智在线。

你在哪里，哪里就是中国。





\\ 目录 //

【精神医学临床访谈】 5
一例强迫症合并躯体症状障碍的临床访谈

【访谈理论篇】 16
美利华中美班图书馆案例导读——强迫及相关障碍

【心理学人】 21
女人节前的心理话|| 更有自信? 来, 让我们撒撒娇!

【全科医学】 25
**转换视角“海阔天空”——一例多种慢性病病例的会诊
 尿毒症**



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码



今年5月开始，随着焦虑的加重，患者感到又出现了一些“新”的症状，脑子里的“强迫”思维、胡思乱想增多，突然想到一些恐怖的情节，比如看到刀子，就害怕自己会拿刀伤害父母。看到高楼会害怕自己跳下去。害怕自己失控。想法各种各样，跟伤害他人及自己这个主题相关。空闲的时候就想得，忙起来转移注意力，做做其他事情就可以不想。当时强迫思维仅仅偶尔出现。记忆力下降明显，常常拿错东西，今年6月在当地精神科门诊诊断“焦虑症”，予以百忧解20mg Qd，奥氮平2.5mg Qn治疗，服用半个月感到效果不明显而自行停药。当时脑子里反复想的问题增多，和伤人、伤害自己等主题相关。强迫思维总时间每日开始超过1小时/日，最严重时达到2小时/日。空闲时、和父母在一起时就会反复想，控制不了自己。那时就不那么担心身体了，也不反复检查了。

今年7月初，身体不适又出现，呼吸困难，后颈部跳动感，头晕，前后晃动感，服用来士普10mg Qd，并持续至今。“强迫思维”明显减少，好转了60-70%左右。现在更担心身体症状，担心自己好不了，有奇怪的疾病没有查出来，这种担心占据全部担心的70%，另外30%是担心自己失控。饮食可，入睡可，梦多，且感到很真实，中间醒来数次。

既往史：患者血压波动大，多次达到145/85mmHg，目前服用美托洛尔50mg Qd,仅仅服用了2天。

个人史：患者小学、中学期间，入学考试前稍有焦虑，但不严重。初中后一直住校，与同学相处尚可，有几个朋友，高考时无明显焦虑。患者家庭经济条件一般，母亲没有工作，为人较真，斤斤计较，经常打扫卫生，对家人脾气大，睡眠不佳。父亲是收购废品工作，性格好，人际好，睡眠好。患者回忆和父母关系比较好。

家族史：患者父亲有高血压病史，血压一直在150/100mgHg左右，从未服用过降血压药物。母亲有风湿性关节炎，母亲有焦虑，强迫症状。患者的姐姐，非亲生，身份实为表姐，工作是护士，脾气大，性格急躁，心情不佳，有睡眠问题，每天只能睡5-6个小时。

精神检查

一般情况：患者营养中等。时间、地点及人物定向力正常

语言功能：语量正常，有逻辑性。

情感活动：情绪显焦虑，担心多。

感知觉：正常。

自知力和判断力：存在。

思维活动：存有强迫思维明显，无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。



【病历小结及概念化】

在遗传上，患者的母亲有焦虑、强迫的倾向。患者母亲的焦虑给患者也带来了偏焦虑、控制的成长环境。患者家庭的低经济地位、母亲的慢性疾病也容易造成人的不安全感。考研压力下患者血压有波动，出现了头晕不适感，后来出现了担心自己的症状，反复就医做检查，达到了躯体症状障碍的诊断标准。

近期患者还受强迫思维的困扰。特别在最近2个月内，强迫思维的总时长达到了1小时/日以上，最严重时每天要花2个多小时。患者强迫思维加重时，担心躯体的情况就好转；强迫思维减少时，担心躯体及躯体症状就加重，两组症状有此消彼长的关系。患者用来士普10mg qd后，强迫思维有减少。所以考虑合并诊断强迫症。

纵观整个病史，用一元论来概念化患者的问题，可以理解为患者以焦虑为主线，先出现了躯体症状障碍的表现，后来加重时又出现了强迫思维，两者都是焦虑的不同表现，而强迫思维作为焦虑的极端表现，症状严重程度高，因此作为主诊断。

初步诊断：1.强迫症；2.躯体症状障碍

治疗计划：

- 生物：**患者的血压多次超过高血压标准，达到140/80mmHg，且有高血压的家族史。虽然考虑患者的血压波动和焦虑情绪相关，但是单纯焦虑引起的血压升高，一般不至于会达到高血压的诊断标准。所以考虑原发性高血压的可能性较大。建议监测血压，并至心内科就诊调整降血压药物，可适当增加一些β受体阻滞剂，既可以降血压又可以降焦虑、稳定植物神经系统。同时，降低了焦虑，对血压的控制也会很有帮助。另外，高血压属于“身心疾病”，和焦虑是互为因果的关系。患者的父亲高血压一直未行治疗，长此以往会引起相关心脑血管等并发症，予以重点强调后果的严重性，提醒患者父亲需要至心内科长期降压治疗。鼓励患者坚持运动。可把来士普增量至15mg Qd。
- 心理：**CBT调整负性认知、识别“灾难化”思维模式。鼓励正念练习。
- 社会：**患者即将入学研究生，现在患者已经开始担心，预期到在新的压力源下，患者又可能引起焦虑加重或躯体不适加重。鼓励患者把最担心、最糟糕的情况写下来，并写出具体解决的方案。等开学的时候验证，看自己的担心多大程度是真的，是否有想象那么严重。入学后尽量不熬夜，少突击，不给自己过多学业压力。

主诊医师：肖茜

2018-08-22





【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧！
2. 来访者：困扰就是稍微有点头晕感。然后后背有那种跳动感，就是心脏跳动感，身体跟着跳，那种走动，蹦的感觉。
3. Z 医生：哦。你数脉搏了吗？比如说有这种感觉的时候，那个脉搏大概多少次一分钟？
4. 来访者：嗯，脉搏的话也是比较正常的，也是六七十。
5. Z 医生：哦，就是你感觉到这些跳动，实际上你触脉搏的时候，你那个心跳并不快，是这个意思吗？
6. 来访者：是，对对。
7. Z 医生：血压高吗？
8. 来访者：高的，血压 140 多。
9. Z 医生：哦，140 多？
10. 来访者：低压正常。
11. Z 医生：低压正常。后来我发现你吃那个美托洛尔，但是说吃这两天和不吃那个眩晕一样吗？有点帮助吗？
12. 来访者：不是吃来士普吗？
13. Z 医生：你好像吃还有另一个药，降血压的药。美托洛尔吧， β 受体阻断剂，那是降血压的药。
14. 来访者：是。然后吃了两三天，其实没有多大感觉呢？
15. Z 医生：没有多大感觉？那血压有没有变化？这两三天。
16. 来访者：血压应该是降了。
17. Z 医生：那还好。你自己有血压仪是吧？
18. 来访者：没有。但是我之前吃过（药）量过有降了。
19. Z 医生：你买个血压仪，自动量血压的那种仪器，手腕上用的那种，我都带一个血压计，因为年龄大了，出差的时候就会带个血压计自己单独测一下，放上电池挺简单的。
20. 来访者：哦。

为什么要关注血压？

身体的疾病往往与心理的因素和社会适应的程度有关。高血压本身就是一种身心疾病，它的发生，除饮食习惯、环境、遗传等因素外，心理因素也起着重要的作用。许多医学研究证明，焦虑本身与血压之间是有联系的。焦虑不仅可以使原有高血压的患者血压急剧增高，也可能使从来没有高血压的患者血压急剧增高。

这位来访者有高血压家族史，所以需要鉴别他的血压问题是属于心理问题还是遗传所致的病理性问题。

34. 来访者：不爱。
35. Z 医生：就是跟你妈妈比不一样？
36. 来访者：嗯，我是不算是很讲卫生的，我妈会比较讲卫生一点。但是也没有到洁癖的那种。
37. Z 医生：这个问题你问过你妈妈吗？就是你妈妈什么时候，什么岁数开始的这个爱讲卫生的毛病？
38. 来访者：她是一直都这样的。
39. Z 医生：不是，那对你来说一直了。你跟妈妈聊过吗？什么时候有的，你出生以后说明 20 年，你妈妈比你大 20 来岁了。我的意思你问过妈妈什么时候有，比如说她的十几岁，她的二十几岁，聊过这事吗？
40. 来访者：没有聊过。
41. Z 医生：没聊过，妈妈的兄弟姐妹里有没有爱讲卫生的？爱干净的，有吗？
42. 来访者：不是说讲卫生吧。我觉得她那就是家庭主妇，她没有工作，然后在家里只能做卫生，然后这样。
43. Z 医生：不是，你不需要加价值判断，回答我的问题就好。就是她的兄弟姐妹里，有没有做事比较较真，然后经常家具摆来摆去，摆得整整齐齐，跟周围的邻居比，家里比别人干净，妈妈的兄弟姐妹有这个毛病吗？
44. 来访者：没有。
45. Z 医生：没有？你的姥姥、姥爷有这类的问题吗？
46. 来访者：也没有。

强迫症的病因考虑

在关于人口研究学中涉及的基因领域显示出，在同一家族成员中，强迫症的患病率曲线是一致的，也就是说，家族当中越是直系亲属中出现强迫相关表现，越会增加其患病率。因此遵循医学的普遍思路，督导医生会寻求病因或试图找出某些遗传方面的因果关系。但在精神医学领域当中，我们会发现往往并不存在线性的因果关系，而是多重的或复合的因素所带来的问题，所以探寻家族性的遗传因素属于概念化来访者问题的必要步骤，但非没有家族史就不能进行诊断，这并非是诊断必备依据。这样的访谈可以在其他案例中也会看到。

那么，在第37和39段当中，常规问家族病史以外，为什么还要请来访者回忆其母在与他同龄时的表现，这样发问的深意在哪里，请大家思考？（答案见督导后的问答部分）



47. Z 医生：也没有这类的问题？那你今天想让我帮你解决什么问题？

48. 来访者：嗯……一个是就是判断一下我是什么情况？然后就是今后该怎么办？

49. Z 医生：现在是这样的，有好事有坏事，第一个就是你得了个常见的疾病，都是跟焦虑有关的疾病，现在看起来像**强迫症**，而且是比较轻到中度这种，你过去的那个病没有治好，就叫**躯体症状障碍**，躯体症状障碍的意思是说，我身体一大堆症状我怎么查也查不出问题，但这个怎么办？折磨我、困扰我，叫躯体症状障碍。焦虑轻的时候变成这样，重的时候就变成强迫症了，就变成你现在这两个都有了，正往这个方向发展。你这个病哪来的？像妈妈这个东西。因为初访医生说你的爸爸不太较真、比较放松、比较随和，妈妈比较较真、容易急躁、爱焦虑，类似这样的。到了你就变得更重一点，那就得这个病，是精神障碍里比较常见的病，又有特效药的病。

治疗方面：你得运动了，运动降低焦虑，运动降低血压，这是生物治疗。第二个，你现在那两个药物用得都对，要是我是你的医生也给你开这两种。肖医生说得对，你要增加来士普的量，10 毫克抑制不住你的状况，一般得到 20 毫克，你这看起来比较轻，估计 15 毫克就能有效，所以你抓紧治，把这提高 5 毫克，然后看你这 15 毫克的来士普能不能让你的焦虑放松，这些症状消失。然后那个β受体阻断剂，治疗心脏那个药需要在医生的指导下增加剂量，这个剂量不够。再增加一点剂量，应该出现血压下降，人出现放松，所以β受体阻断剂选择得也对，但这个剂量降血压不够的，得在医生指导下，稍稍增加一些量，那这两个药就解决你暂时的问题了，来士普解决你强迫性思维、焦虑的问题，然后你这个心脏和血压由β受体阻断剂来解决，因为你爸爸也有这个毛病，所以这很可能是遗传加上焦虑让你跟正常人不一样，那这两个组合到一块比较好，副作用比较少，你已经都吃了，所以估计副作用也不会很明显。我们一个月以后就能知道效果，一般是 4 到 6 周，最多 8 周，那就是说，8 周之内你就能看到你比较平和了、比较对了，那就说明我们治疗对了。那心理咨询你得用认知行为疗法，像刚才我说的，帮你分析这些事，遇到什么事紧张，为什么紧张，紧张的时候都干些什么，不干行不行？去做这些认知调整和行为训练。那社会学因素就得知道，你这个人容易紧张、容易焦虑，像妈妈，血压容易高，这种情况得做那些压力比较小的，不熬夜的这些工作，上了学也是这样。比如研究生人家能一年毕业，咱们就两年，人家两年咱们就三年，就别给自己赶，平常作业也别等到最后一天，别突击，所以这样你就能血压不刺激它，那就好办。所以这样的就是等于你用了治疗强迫思维、焦虑的这个药，同时又治疗了



植物神经系统的药，这样下来之后你的这个病应该迅速缓解，6—8周就会恢复到上大学前的这个阶段，那就好办了。所以我觉得你这是比较好的，第一是常见病；第二是有特效药；第三是你相信科学和医学，这比较好，以后有事多问医生，别吃什么银杏叶的，尽量不要去信那些伪科学、不科学、养生，有事正儿八经去治疗，这些就是得的常见的病，到老了，没有治疗方法了，再去吃那些东西，我们现在还有这种特效药，先吃特效药，先治疗这些东西，所以大致是这样的，清楚吧？

50. 来访者：那我有时候会想到什么伤害人，这些算是强迫思维吗？

51. Z 医生：强迫症，对的，自己都知道。因为你这样的人智力特别好，所以就会对这些事特别容易理解，控制不住这个思维，马上就控制不了，这就叫强迫症。

52. 来访者：就胡思乱想，然后各种天马行空的那种想法。

强迫症的表现形式：

强迫症最直观让我们想到的是洗手这样的某个具体表现，在美利华道龙医生授课中常常讲到强迫症的三大主题行为如：清洁、排序、核对，但其实在诸多案例当中，包括DSM-5中我们都会发现其表现形式多样。

DSM-5中强迫症的主要表现分为强迫思维或强迫行为，可以只居其一，也可以两者皆有。强迫行为包括前述的三大主题之外，还有精神活动如祈祷、计数、反复默诵等，另外与强迫症相关行为还包括：囤积、拔毛和抓痕障碍，从思维和认知角度有躯体变形障碍。

强迫思维由于表现过于多样，所以在DSM-5中并未一一列举，但强调了这些侵入性思维带给患者的痛苦，这些非自主且令人困扰的一些冲动，会导致不适情绪，也可能会促使某些强迫行为的发生。可能出现强迫思维有：与宗教道德相关的、与污染与纯洁相关的，与潜在危险和灾难相关以及与性相关等等，而本例来访者所说的担心自己伤害他人也属于较常见的强迫思维内容之一。

53. Z 医生：对的，这是一个病了。你用上 15 毫克的来士普吧，那个症状就能下降 20 个百分点。最多用到 20 毫克来士普的时候你就能基本上正常了，但是我们不能一下加药，这是说病症轻的时候好治。血压也是，为什么医生说你爸爸要抓紧治，他是对各种药物都敏感，到一定的时候，血管壁就发生了变化，变成动脉粥样硬化，你再用药就不好使了，早期的时候好使。你想想下水道的管也是，堵了的时候你不去管，那它都漏了，腐蚀了，你再去治治不了，道理是一样的，那只能换管子了，那不麻烦了吗？人也不能换这些，所以一定要趁着年轻时治、好治的时候治，你就不形成慢性病了。你这血压一会高、一会低还好，持续都高就不是好事，你爸爸那血压跟你来比不是好事，这么长时间都高，那不对的了，所以你得想办法劝他。

54. 来访者：他不吃降压药，150 多（的血压）。



55. Z 医生：是。
56. 来访者：他不吃降压药已经两三年了。
57. Z 医生：你们一家就是我们北方话管这叫“犟”。你跟你爸都有这个毛病，都是脑子精神的问题能变成这样，犟，就是不管什么原因，不听劝，也不用花多少钱就能治疗，那为啥坚持不吃呢？。父母不听暂时也没办法，但是想办法劝他，等你治好了，就做给你爸看，说：“你看，医生治疗我就变好了，那你干嘛要那么犟？等我毕业时你都没了多不好？我想报答你的时候，子欲养而亲不在的时候多难过？你就听我的话，抓紧治疗，等我毕业挣钱孝敬你。你那么犟干嘛？那点药我都吃了，你有什么怕的。”没准他跟你的想法一样，怕花钱也好，或者是犟也好，或者思维缺少弹性，咱们不知道他是怎么想的，今天也不是跟你爸看病了，就是想告诉你这个意思，血压高，时间长了就降不下来了，所以一定要趁它能降低的时候降压，就是有病趁轻治。只是给你看病能推想出你爸也缺少弹性了，如果不是钱的问题，那就没什么道理，这个药也不贵的了。你回去先把你治好，给你爸做身心示范，就告诉他：“我不希望我毕业的时候你变成脑血管病、心血管病，我希望你跟我一样健康，我好孝顺你。很不容易，支持我读了大学又读了研究生，这样咱全家都健康。”你们全家都得了一个好治的病，有特效药的病，但是也得了一个爱犟的病，不爱听劝的病，所以一定要听劝，尤其听医生的劝，这样好吧？
58. 来访者：嗯。
59. Z 医生：我们会完诊医生之后，就让肖医生给你反馈好吧？告诉你怎么去调这些药，怎么去治疗。
60. 来访者：嗯，好的。
61. 张道龙医生：好，谢谢你今天来参加访谈。
62. 来访者：好的，谢谢。
63. Z 医生：不客气

关于高血压问题的动机面询

本案例来访者有着不明原因的血压升高现象，而其父有多年高血压史而未经治疗，血压高达150毫米汞柱以上而放任不管，因此督导从行为模式等多维度推测父子二人共有的焦虑与固执的性格特点，并动机面询来访者通过自我管理、自愈来改变父亲对健康及治疗的态度。

Tips:

美国心血管学会2017年对高血压检测和治疗纲要进行了重新修订，将高血压定义标准由之前的140/90毫米汞柱降为130/80毫米汞柱。美国这一版高血压指南的改定旨在通过良好的血压控制卒中、冠心病和心力衰竭等心血管疾病的发生发展，对降低全社会的慢病整体负担极其重要。从这个角度说，降低高血压诊断标准，却是对公民高血压预防意识的提高，也势必对高血压的早期识别和早期干预等发挥积极作用。

【督导总结】

这个病人的诊断要鉴别他究竟是躯体症状障碍，还是疾病焦虑障碍。经过问诊发现他并不怀疑自己得了肿瘤，血癌什么重大疾病，觉得只是医生没查出来，那他的情况还是躯体症状及相关障碍中最常见的代表性疾病——躯体症状障碍。问题是他逐渐往强迫症方向发展了，所以说为什么“疾病要早治疗”，如果他在中学期间就用CBT认知行为疗法做心理调整，并且注意增加运动量，可能后边的这些发展就没有了，所以焦虑的病人不加干预，就容易发展出这样那样的其他问题，最后可能就发展成强迫症了。

初访报告中的概念化做得挺好，但是仍然没有把这几个关系说清楚，尤其是一开始把强迫症的诊断列在后边是不正确的，因为强迫症的诊断级别更高，虽然出现的晚，但仍要列到首位。第二关于生物治疗，除了增加运动以外，这个病人的抗焦虑药物治疗增量至15毫克是正确的。他已经用了β受体阻断剂，但血压还是比较高，这个药物本身也抗焦虑，所以可以加一些量，但不能加的太高太急。当他通过这些方法看到自己的血压在降低，感觉对治疗有信心了，焦虑也轻了，他就会信任医生，持续愿意投入治疗，心理咨询就用认知行为疗法（CBT）。

针对他们家的情况，刚才还运用了“动机面询”——让来访者给他的父亲做榜样，把自己治疗好了才能鼓励带动他父亲。通常降压药或利尿剂都不贵，假如他们不是因为经济问题不吃那些药，那我考虑可能他们家的人多少都会缺乏弹性，有强迫这类的问题，那所谓“苹果掉下来离树不远”，透过儿子也可以发现父亲的问题，但原则是医疗不能隔着一个人给另一个人诊断，所以要用CBT或动机面询的办法来首先建立好与来访者的“治疗同盟”，然后通过他的变化来启动或增加他父亲的治疗动机。

这个案例的概念化重点：第一是要鉴别疾病焦虑障碍和躯体症状障碍。第二是关注患者的母亲什么时候开始发病。因为患者目前才20多岁，询问一下母亲青少年时有没有强迫相关的问题，如果有，是从什么时候开始的，这对于他发病的起始或病情的发展可能也会是有帮助的。没讨论过当然谁不知道，当我们询问了他不清楚那也就算了，但作为医生需要了解这些情况用来参考理解他的病情发展。

治疗方面不能从治疗植物神经的各种继发症状开始，比如胃痛给开点胃药，肠道不行给开点肠道用药，患者说睡不着觉，再给开点催眠药，不能这么治病。做一个安全的医生，用药原则应该是“能一个药不要用第二个药，能两个药就不用第三个药，并且知道这些药物之间区别”，这是我们作为医生需要努力的方向。



【现场答疑】

问题一：今天看您在问诊最开始患者准备考研阶段出现的头晕，天旋地转等症状，您是不是考虑那个时候更多的，跟他的血压的波动有关，而不一定是说那个时候的头晕是跟他的心理压力有关，很可能是他本来血压就高，再加上有一点压力，他的植物神经系统就不稳定了，就出现他这种天旋地转的感觉了，是这样吗？

督导回答：正确的。我认为他是植物神经系统的不稳定有关。所以我还特意去问了这两者的关系，确诊当时他觉得晕的时候有没有测血压，以及日常血压是什么情况，就是想鉴别他的眩晕症状和血压之间有没有关联性。

问题二：这位患者在考研时症状加重了，但高考的时候说还适应的，就是很明显的焦虑。明明我觉得高考对人更重要，考研还没那么重要，为什么他考研这时候，出来这么多症状，是怎么回事？

督导回答：强迫症发病的年龄本身就晚于焦虑障碍。他一直是个焦虑值很高的人，到了一定的年龄再加上环境因素有可能就加重了。所以我当时还特意的问了一下，他的妈妈什么时候开始爱讲卫生的，就是想看他妈的发病年龄跟他有没有关系，是在做鉴别，基于的就是考虑是不是因为强迫症发病年龄的问题。如果按照你们的另一个思路，考虑转换障碍，那就很难理解为什么通常高考这样压力最大的时候反而病情不重，而考研这种压力小的时候反而加重了。所以，我从他的模式上看到他的症状顺序——先是焦虑，又是出现具体症状，逐渐加重，成为强迫症，这样的概念化更合理。

问题三：如果说他具有强迫思维，一个患者他80%的时间都在思考问题，多年一直维持，通过忙碌缓解，但自己觉得没有困扰，这种情况是不是还是可以诊断强迫症？

督导回答：不会的，我跟你说了，你不能光有强迫思维，没有痛苦，没有困扰。你说的意思我认为自己没病，我也没有痛苦，做点正念就变好了，那不叫强迫症。相当于一个人有幻视幻听，但不能诊断精神分裂症一样。精神障碍的诊断，一定要有功能损害，“功能”的意思是影响工作、生活、学习，或者是患者本身感到痛苦。有时候能坚持学习是因为脑袋好使，但本人还是痛苦的，那也算是功能损害。假如并没有因为症状感受到痛苦的，只需要自己出去跑跑步、调整一下思路就能接受心情也不受什么影响的，那不能叫病。



访谈理论篇

2019年9月12日起肖茜医生开始对美利华中美班过去的几百个病例进行筛选整合，对高频出现的一些问题以专题形式梳理各障碍的病理模式、诊疗思路，并基于在各案例当中体现的特点一一讲解，为广大学员理解某个具体疾病方方面面的特点做了大量的工作。而本期的《强迫及相关障碍》则是这门课程的开篇之作，可见强迫症本身作为精神医学门类当中的典型病例，所占的比重之大，问题之多样。对照本期刊中的精神医学访谈案例，借助肖医生总结的文字及对案例的梳理，期待大家能够仔细学习与体会，加强理解记忆。

强迫及相关障碍

主讲者：肖茜医生

- 作为精神科排名前10的常见疾病，美利华的案例图书馆中现在已有将近60例可查。
- 目前最常用的两个诊断系统中强迫及相关谱系障碍的包括：

DSM-5 中强迫及相关障碍

- 强迫症
- 躯体变形障碍
- 囤积障碍
- 皮肤搔抓障碍
- 拔毛障碍
- 药物/物质所致的强迫及相关障碍
- 由于其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍
- 其他特定的/未特定的强迫及相关障碍

ICD-11中另外包括的还有：

- 疑病症
- 嗅觉牵涉障碍

- 强迫症（OCD）的诊断定义：

强迫症

- A. 具有强迫思维、强迫行为，或两者皆有。

强迫思维被定义如下：

1. 在该障碍的某些时间段内，感受到反复的、持续性的、侵入性的和不必要的想法、冲动或意向，大多数个体会引起显著的焦虑或痛苦。
2. 个体试图忽略或压抑此类想法、冲动或意向，或用其他一些想法或行为来中和它们（例如，通过某种强迫行为）。

强迫行为被定义为如下：

1. 重复行为（例如，吸收、排序、核对）或精神活动（例如，祈祷、计数、反复默诵字词）。个体感到重复行为或精神活动是作为应对强迫思维或根据必须严格执行的规则而被迫执行的。
2. 重复行为或精神活动的目的是防止或减少焦虑或痛苦，或防止某些可怕的事件或情况，然而，这些重复行为或精神活动所设计的中和或预防的事件或情况缺乏现实的连接，或者明显是过度的。

注：幼儿可能不能明确地表达这些重复行为或精神活动的目的。

- B. 强迫思维或强迫行为是耗时的（例如，每天消耗1小时以上）或这些症状引起具有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。
- C. 此强迫症状不能归因于某种物质（例如，滥用的毒品、药物）的生理效应或其他躯体疾病。
- D. 该障碍不能用其他精神障碍的症状来更好的解释

概念化的要点（注意以下6点）：

- 1、强迫症的遗传倾向明显。家族当中的各级人群可能有OCD、焦虑倾向。神经学因素可能与大脑基底节、扣带回神经环路异常激荡有关。

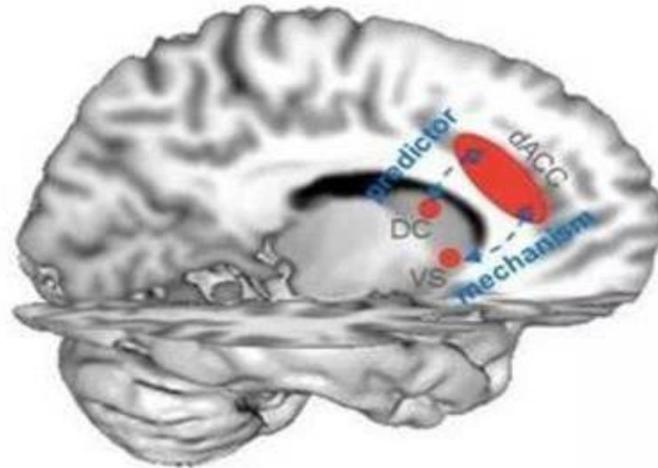


图1：OCD潜在神经环路

- 2、家庭养育方式：严格要求，竞争压力。
- 3、发病年龄：15-25岁起病。发病早者，起病时间14岁左右开始，甚至有些人小学就开始显现症状。具有强迫相关问题家族史的人发病更早，而发病早本身也证明病情严重程度加深。发病晚者，可能原有强迫型人格特质（OCPT）的基础上，受外在压力影响，而达到强迫症的诊断（如案例181010）。
- 4、症状特点：聚焦于清洁、摆放、性等问题。诊断标准，真正的强迫思维和行为，超过每日1小时，纠结的内容和客观不一致，有社会功能受损（如上学，工作，人际，婚姻...）。模式符合强迫思维引起焦虑-强迫行为释放焦虑的模式。强迫症状可随着应激源而加重或缓解，寻找相关刺激因素（此处诊疗思路需要与适应障碍相鉴别）。
- 5、评估严重程度及伴随相关症状。伴随症状包括：常见影响注意力、记忆力主观体验受损、挑食问题、睡眠问题、饮酒、植物神经系统紊乱（出汗、心悸）、转换/躯体症状180731。还需判断是否继发抑郁及轻生观念。
- 6.常伴随身心疾病：内分泌（甲亢）、免疫系统疾病、过敏、皮疹、肿瘤、脱发

治疗方案：

1、生物方面：



(1) 规律运动，每日30分钟，一周4-5次以上，达到出汗的效果，运动形式不限。

(2) 药物治疗6-8周起效，3-4个月缓解。疗程为6-12个月的治疗，甚至1-2年以上的时间。治疗上以中高剂量SSRI为主。对强迫思维不太重、又需要改善睡眠的患者，SSRI+米氮平（190319）。严重的患者、已经使用过SSRI但效果不佳者，若睡眠不佳或焦虑比较广泛，用SSRI+喹硫平，是强效组合。若无睡眠问题，且强迫思维比较聚焦者，可合并利培酮（最多达3mg/日）（180626）。利培酮具有较多循证证据，但它可能引起催乳素升高，降低性欲(180905)，需要关注副作用。

具体哪个药先用因人而异，考虑强迫思维聚焦及严重程度，用DA阻断剂快速治疗强迫思维和提高内省力，一般需在SSRI的基础上联用，不单独使用。植物神经系统的症状是由焦虑引起的，并非真有“肠炎”，所以焦虑缓解后，躯体/转换症状也会随着好转。用药方案的制定时需参考家族用药、既往用药经验。

其他可次选的药物：SNRI未发现优于SSRI。阿立哌唑并非是OCD合并用药的首选，合并有赌博、成瘾倾向者，不用阿立哌唑，因为具有DA的部分激动作用。自杀想法明显，用抗精神病药物阻断DA，减少自杀冲动。苯二氮卓类药物有依赖性，是在其他药物效果不好，睡眠不佳的情况下，作为三线用药而使用。丙戊酸钠仅仅是器质性问题所致冲动或暴力、攻击明显的情况下才使用，循证说明此药非OCD一二线用药。 β 受体阻断剂在已经明显心悸、血压升高等植物神经系统激活的患者可以作为选择（180822），或者有表演焦虑的患者可考虑用。

(3) 根据程度判断是否用药

轻度：可暂时先不用药，用CBT、正念减压

中重度：需要用药。重度程度包括：伴精神症状，达住院标准，攻击自杀行为
社会功能可基于线比较，明显下降，就是用药的必须时机

(4) 物理手段：辅助rTMS,深度要达到6cm，DBS。最后手段：其他治疗方式均效果不佳，用手术，切断扣带回

2. 心理咨询方法：

在强迫症的咨询中特别容易被带着跑，注意“控制-反控制”：

掌控局面，合理掌握时间

(1) 倾听痛苦，并将疾病诠释给患者，是“这些症状是病的表现，是大脑异常的体现”



(指出疾病的根源)。主观感受是真的，但客观上没有这么严重也是真的。不详细讨论症状本身，指出这都属于强迫的症状。

(2) 动机面询，养育方式上不影响到孩子，因为容易培养成强迫症，但疾病的发生是遗传+环境共同起作用的，我们可以通过调整环境影响基因的表达。通过你的治疗经验，为孩子摸出治疗规律。

(3) 积极心理学，指出优势，相信科学，是常见病，不幸的是得了病；幸运的是，强迫症状是能治疗缓解的。

(4) CBT-ERP:心理咨询要待症状先降至中度以下效果比较好，否则患者难以接受

(5) 正念减压可以辅助(注意个体化，强迫思维太重的会效果不好)

3. 社会干预:

选择精神压力小，变化少，比较放松、规律、不突击的工作。会计、IT、语言类、数学、档案管理(比较纯粹的专业，不太创新的工作，相当于作正念)。等患者的症状缓解后，若仍想换工作，再做工作调整。

评估将对正念反应好的患者，予以建议：把一天安排满，但是压力不大的，相当于正念。

中重度患者：不能从事反复检查的，加重病情

轻度患者：可以作为升华，需要个体化决定。

OCD共病其他精神障碍:

- OCD共病其他强迫谱系障碍(皮肤搔抓190625、疾病焦虑190423)
- OCD合并OCPD/OCPT: 包括180411、180328。不是典型强迫思维。强迫思维1为“丑女不配活着”、强迫思维2为“都是佐匹克隆惹的祸”-控制不住去打人，有冲动控制问题，但由强迫思维所诱发，也有较真引起的人际冲突的问题。轴I还是轴II?
- OCD合并分裂型人格障碍180410: 有强迫思维为主，偏向于精神分裂谱系的问题，但是未达到固定的妄想的程度，能够被说服，所以诊断合并分裂型人格障碍
- OCD合并精神分裂症: 大奖赛—高海燕老师
- OCD合并疾病焦虑障碍190423:
- OCD合并GAD 180416; GAD合并OCD:181016



- OCD合并惊恐障碍：190613
- **OCD合并躯体症状障碍180822（本期案例）**：该患者的OCD轻中度水平。另外，还有一组与躯体不适的症状，老师与疾病焦虑障碍做了鉴别，聚焦点在担忧躯体症状上，而非某种具体疾病，所以是躯体症状障碍
- OCD合并转换障碍180306：如何鉴别躯体疾病所致眩晕。出生排名最末尾。2015年发病？如何通过问诊，后通过问妻子，探索转换障碍形成的起因（操办女儿婚事）。分担任务给他人。
- OCD合并间歇性暴怒障碍：170809
- OCD合并边缘型人格特质:170918
- OCD合并酒精使用（物质使用共病：双相最高，其次冲动控制、焦虑相关的疾病）180601

鉴别诊断：

1. OCD VS. OCPD 三点区别：

- (1) OCD是真正的强迫思维和行为，每日1小时以上；
- (2) OCPD是一种行为模式，道德感强，追求完美；
- (3) OCD通过强迫行为来缓解焦虑，需要马上去做；OCPD追求完美，可以延迟满足。

2. OCD/OCPD继发抑郁 VS. 边缘型人格：都可能有抑郁、空虚，看表面症状不好区别。

边缘型的压抑一般起病早，是一种慢性的发自内心的空虚感、被抛弃感，女性为多，情绪起伏大，无外界的刺激下，也会出现情绪波动，常伴反复自残，用躯体的疼痛来缓解内心的痛苦。

OCD/OCPD继发的抑郁，一般起病在强迫症状出现之后，起病前情绪较好，与人冲突是发生在有外界刺激的情况下。偶尔出现自残，也是在焦虑、冲动的情况下出现，不会很频繁。

可参考案例：180802、180905、190320

3.适应障碍：

1803055, 1903199, 180626案例的诊断为OCD，或可体会OCD与适应障碍的区别。

患者常见问题

- 我不想用药，药物有副作用：利大于弊 180505



心理学人

女人节前的心理话|| 更有自信? 来, 让我们撒撒娇!

作者: 王剑婷

老梗: 兔兔辣么可爱, 怎么可以吃兔兔

据说这个“怎么可以吃兔兔”的梗之所以会火, 是一众被称为“小姐姐”的人们开始被简称为“姐”之后的适应障碍, 姐们的愤怒燃烧成了火!



这句话浮现江湖的时候, 我正在“左牵黄右擎苍”式的面对着两个四岁男孩旺盛的成长期。一对小铁蛋看见我下班回家争怀要抱抱的时候, 伟大的母性光辉可以让我一手一个、蹲下、环住、起立, 同时抱起他们俩! 这种抓举能力之下、英武如我听到“兔兔”之说自不免有点自嘲苦笑, 又不由得反思.....

依恋与撒娇

通常最擅于撒娇的是孩子。在心理学当中, 母婴之间的优质联结为幼儿提供着充足的包容与关怀, 孩子的撒娇会是很自然的事。以母亲为代表的养育者们享受着与孩子之间形成的信任关系, 习惯了接纳软绵绵的小宝贝无条件的依赖与信任, 母亲们会把这种撒娇行为升华为自己的被需要感, 从而收获愉悦和满足。逐渐地孩子们一边撒娇, 一边努力尝试去自己穿衣服、吃饭, 一些看似还明明做不了的事非要自己做, 与养育者形成拉锯战, 育儿里面传说的terrible two 就降临了——这个过程是孩子发展他们的重要能力之一: **自立**。我们会发现, 往往越小的孩子越会提出各种各样的要求, 他们讲得时候都不加思考或者理



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



直气壮，而伴随成长家长需要一步步的强调他们学会分辨哪些要求要“忍耐”，哪些要思考，哪些要求可以达成但当下需要等待等等。撒娇也许每个人天生都会，但安全感却不是天生稳固的。就像通常小孩子不敢靠近陌生人一样，那些童年期的依恋形成混乱的孩子，因为不断地在“被满足与要求”之间受挫。在能力尚不足时被刻意强调自立能力，那么很有可能这样的孩子长大之后就过分独立，不会、甚至不敢撒娇。

我们通常会发现，在我们的文化当中更容易被宣传的是自立这个部分，我们把自立与自强、顽强等精神层面的坚韧联系起来。然而，一个人是否可以让自已向他人示弱，把自己柔软的部分向外打开，形成情绪的共鸣，也同样与他是否拥有足够的安全感相关。所以，贯穿我们的一生有两个能力都在不断的发展：**一是独立的能力，一个是依赖他人的能力。而这看似的两极的能力真正的基础都与安全感紧密相关。**

期待与撒娇

期待，是对未来的未知的某个时刻或者事物产生一种憧憬、向往。是动力，引导我们去努力，但同时由于这种期待也会成为压力。

撒娇的背后是无外乎情感或物质方面的需求。比起给这份动机贴上个“好”或者“坏”的标签，儿童时期更需要被看到的是对动机的敏感与觉察。当我们生活在物质并不丰富的年代，无论男女“穷人的孩子要早当家”，需要的就是不断地努力、早早的为父母减轻养育的压力，想要的、想吃的欲望需要压抑和自控，不合时宜的撒娇是“不懂事”的表现，这样的成长过程中不论男女往往都不会撒娇，是被训练出的认知模式：**以撒娇为耻**。而物质上的富裕也并不一定与心理上的余裕对等，比如在性别角色中，受传统影响，对于女性我们会发现有这样的情形：期待女孩“若男”、“胜男”。明里暗里家长期待女儿亦如男孩子一样光耀家门，有担当。试想假如需要自己以击败另一种性别身份才能让父母开心、满意，那么倔强的“刚着”才是有价值的，而以示弱为核心的撒娇从某种意义上说就是败北，这样的女孩子在男人面前需要如何自我说服与强大才能放下身段来“撒娇”。

关系与撒娇

除了养育中形成的亲缘关系里看到的撒娇，长大成人后我们最重视的是亲密关系中自己与对方的关系实质。我们时常碰到这样的场景：朋友当中谈论起夫妻间的相处不乏听到这样的经济话题，某些人的生活都是AA制的，钱不够花了也自己想办法；而一旁可能就有女友会惊诧说：“那怎么可以，女人就该花男人的钱！”其实在这样的时



刻，那个 AA 制的独立女性，难道是不希望自己做无忧无虑、受人宠爱的小女人吗？大抵那份不能在人前所述的感受也包括着前述的，“从小被要求的独立、硬挺着的坚强”，担心被看低的自卑……不管能力多强的人，在生活中都有力不从心的部分。作为成人，要怎样去应对呢？有一种办法就是将困境、软弱、需要支持的部分呈现——说出真实的内心需求或物质愿望，由对方来满足或认可，安心的与之讨论而不是被嘲笑或拒绝。相信自己会获得支持，让自己从成人的、父母的位置上暂时离开，能够汲取被扶持的力量。撒娇所体现出的对于真情实感的联结与安心，才是关系的实质。

成人关系当中的撒娇与安全感的构建有关，而事实上不管实际年龄多大，我们每个人内心都有着不同时期的自己的存在，心理学中称之为“内在孩童”（Inner Child）。不同的成长环境，我们可能会有自己特有的撒娇方式，比如有些男性看起来阳刚英武，一点也不像会撒娇的人，但在某些方面执着而任性，不管不顾起来的孩子气就可能是内存孩童的表现，所以冒险行为既让男性在某种程序上释压，又成为男性撒娇的一种方式。

因此撒娇这个行为本身还承担另外一个功能——当你愿意表现出自己的脆弱、害怕、霸道或占有欲时，用这种类似退行的行为应对压力和焦虑，也就是向他人发出的“联结”的讯号。这种讯号并不一定是最高效解压的，但这种心理上显现的“软联结”类似于儿童期我们与父母之间常有的方式——不是因为我的优秀出众，你才会爱我、接纳我，而是情感上我知道自己可以被完全的允许与接纳。示弱，就表达着“我信赖你”。甚至你或者可以不为他做什么，但只要在这样的時候你愿意同样接纳他，那么关系本身就会自行深化成为更加内在的、信任的、亲密的关系。

三八节前为何要说撒娇

30 岁以后再怎么天真烂漫与小女孩的可爱也不一样，没有孰好孰坏，但显然越成熟越有压力是不争的事实。三八节现在从老气横秋的“妇女节”成为“女神节”，“女王节”，女人们的地位真的是芝麻开花节节高！全社会尊重女性、赋予女性应有的地位这一点上，我为之喜悦而感动。不过，从自己能休女神节这半天假起，身为一个成年女子应有的持重、自律、责任让我们已经有多久不敢真正流出自己的性情了……

如开篇所说电影中刻画的那样，许多人把撒娇简单的理解为“发嗲”，似乎只是为了达到某种目的的一种温柔武器。这样的误解实在委屈了“撒娇”。适度的撒娇更重要的是让我们有机会可以看到内心的投射，令彼此更为接纳与支持才是撒娇的主要功能。

女性，青春可以是短暂的，但**可爱**可以是长久的。成年女子之可爱，恰是因为敢于表



达自己的内心，这份“敢于”的心理动因则源自于她对自己的喜爱和信任。她知道并相信自己美好的、有权利去爱、愿意被爱被看到，所以才会敢于放下伪装，并无所畏惧的表现出来。

日前在视频网站上走红的一个小视频里，一对开心的医务工作者无意中抢镜正在被采访的院长，但她们瞬间的小放肆却让我们看到了职业以外的可爱与人情，这份娇憨已经无关抢镜而令人莞尔。



女神们现在已经逐渐觉醒。许多人懂得学会“向自己撒娇”，我们认为犒劳自己比愉悦别人更重要，所以三八节某种意义上已经是姐妹淘和闺蜜血拼的狂欢节。但太久的不为人知，除了你和你的闺蜜以外，其他那些爱你的人，与你共事的人已经忘记了你也会累，会需要拥抱，会需要有一个场合哭哭或笑笑。连新一季的奇葩说里的题目已经开始辩论“妈妈是超人究竟是褒义还是贬义了！”今年，大疫之下，我们前所未有的禁足在家，与我们的爱人、孩子、父母结结实实的呆了一个月，也正是我们好好面对自己的内心，学会爱，修复爱、展示爱的好时机。

来吧，面对我们所爱之人，示弱、求助、说说心理话，自信勇敢的撒撒娇！



全科医学

本期全科案例的患者是一位69岁的老年女性，因为长年有多种慢性疾病，最终出现了尿毒症需要长期透析治疗。这位患者对生活质量极其不满意，也不愿意很好配合治疗。肾衰竭的问题是無法逆转的，且看两位老师如何从全科及精神心理角度，“改变能改变的，接受不能改变的”。引导这位患者换一个角度思考问题，打开一片广阔的“心”天地。

转换视角“海阔天空”

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖茜 医生

患者：69岁，老年女性，已婚，是退休医生

主诉：1.肾衰能不能恢复？2.透析关于饮食日常生活具体注意事项都有哪些？

现病史：患者于2016年发现肌酐升高。2017年12月18日因呼吸困难伴肌酐明显升高，肌酐(Cr)742 umol/L,于A医院肾内科住院治疗。当时查泌尿系超声：双肾符合慢性肾功不全改变；左肾实质高回声，考虑错构瘤；右肾囊肿；膀胱尿潴留。心脏彩超：左房、左室扩大；左室肥厚；主动脉瓣轻度增厚，流速轻度增高；左室收缩运动稍减弱，EF(%)52。诊断为“1.慢性心力衰竭心功能II级（NYHA分级）3.高血压3级(很高危)4.2型糖尿病5.肺部感染6.慢性肾脏病5期”经治疗症状缓解出院。2017-12-20患者于A医院住院期间出现气促、胸闷，考虑诊断为**急性心力衰竭**，经药物及血液透析后症状好转。2018-1-29因急性左心衰再次于A医院住院治疗。诊断为：**1、慢性肾脏病 CKD5期（尿毒症期）2、急性左心衰3、高血压病3级 很高危组4、2型糖尿病5、肾性贫血**。于2018-2-2置右颈内长期透析管，**开始规律透析治疗**。目前每周透析3次。透析时偶会出现心率增快血压降低等情况，心率最高130次/分。目前有尿每日400-500ml。**患者仍然接受不了每周3次持续透析**，一方面频繁去医院透析不方便，另一方面自己也不能出远门旅行，感觉很受束缚。患者想知道能不能靠吃药治好肾衰竭，不再透析。

患者高血压病22年，47岁左右发现血压升高，血压最高230/130mmHg，体检胸部X线检查发现心脏增大呈靴型心。先后吃过络活喜（氨氯地平）、代文（缬沙坦）、卡托普利、北京降压零号等药物；目前拜新同30mg 1-2次/日；血压在140/90-100mmHg。因服药后再透析会出现低血压情况，透析当日停服1次拜新同。**有的医生要求自己每天规律口服，有的医生要求仅在非透析时间口服，透析时停用1次**。现在不知道该怎样口服降压药物治



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



疗，一般自己都是每天测血压，然后根据血压情况再吃药。

2012年诊断2型糖尿病，目前注射胰岛素治疗8个月，优泌乐早饭前18IU，晚饭前18IU，**血糖控制在空腹8-9mmol/L，睡前9.8 mmol/L**。无糖尿病足，糖尿病视网膜病变，末梢神经病变等。女儿反应患者近一年来近**记忆力降低**，每次接外孙女前都会问自己几点去接。否认患者有丢东西及其他定向力障碍。

既往史：脑梗死病史2次，2010年1次，遗留右侧面部肌肉轻度瘫痪；2012年1次，目前无明显后遗症。心律失常，阵发性心房颤动病史，间断口服倍他乐克控制心率。否认肝炎、结核等传染病史。

家族史：父亲76岁时患糖尿病，81岁去世。母亲患高血压、脑出血，70岁去世。3个舅舅都是因肝病在30-60岁去世。**舅舅家的几个弟弟妹妹也都是在50多岁因高血压脑出血去世**。姐姐71岁，目前体健。三妹、四妹、大弟弟、小弟弟均患高血压病。女儿体健，大学教师。

个人史：患者胞八行二。做事认真，好强，不追求完美，无洁癖。吸烟每日20支左右，饮酒每日1两左右。17年退休后到南方随女儿一起生活。

体格检查：

患者身高：155cm，体重：60kg，BMI：27。

诊断思路：

患者发现高血压病22年，血压控制欠佳，16年开始血肌酐进行性升高，最后出现肾衰竭，目前规律透析治疗；2型糖尿病史7年，2次脑卒中病史。患者本次来访主要是解决其慢病管理问题。以及患者对尿毒症的认识问题。

诊断：

- 1、慢性肾脏病 CKD5期（尿毒症期）规律透析
- 2、高血压病3级 很高危组
- 3、2型糖尿病
- 4、心律失常 阵发性房颤。
- 5、肾性贫血
- 6、高同型半胱氨酸血症

干预方案：

一、生物：

- 1、继续规律透析，监测血压、血糖、血常规、血清钙、磷等。低盐饮食，以3g以下为



- 宜。蛋白摄入量为1.0-1.2g/ (kg · d) ,50%的蛋白质应为高生物价蛋白质，如蛋、瘦肉、鱼、牛奶等。控制钾、磷的摄入。控制水的摄入，每日摄入量=尿量+500ml。
- 2、 血压调控主要依靠降压药物，在规律透析情况下除利尿剂外其他降压药物是可以选用的，β受体阻滞剂是首选，或者钙离子通道阻滞剂。
 - 3、 患者是糖尿病患者，对血脂的标准更严格，需要降血脂治疗，用他汀类降低密度脂蛋白胆固醇，用高纯度鱼油降低甘油三酯。
 - 4、 糖尿病方面，限制碳水化合物摄入量。在短效胰岛素的基础上，增加长效胰岛素来控制空腹血糖。
 - 5、 阵发性房颤 患者房颤为阵发性，随着透析后心衰的控制，房颤发作减少，监测心电图变化，继续口服倍他乐克25mg 2次/日，维持心率在80次/分左右。
 - 6、 患者既往2次缺血性脑卒中病史，用抗凝药物治疗来防止再次脑中风。记忆力下降，存在血管性痴呆的发病高危因素，需要控制好以上指标，身体整体状态好转后，记忆力的问题也会随之改善。

二、心理：进行以认知行为疗法（CBT）为主的治疗。结合家族史来考虑，已经感谢于自己学医的背景和女儿的照顾，否则不可能超过自己兄弟们的平均寿命，其实已经接近于国人的平均寿命。透析麻烦的困扰是“美丽的困扰”，很多人想做透析却无条件。

具体调整认识思路如：我三天透析时就做正念、听故事、听音乐、和护士聊天，把它想象为工作或为医护人员创作就业岗位，在为社会做贡献。不做透析的4天就去做自己想做的事情，按照自己拟定的计划表，1周有4天时间可以做很多有意义的事情。实在想去旅游，也有办法实现，比如联系好当地可做透析的医院。和医生做比较，其实自己更幸福，医生一天工作8小时，晚上还要写书、远程医疗，一周没有一日休息。换一个角度思考问题，人生就会变得开阔，而不是度日如年。每个人都不能活着离开世间，是自然规律，你已经属于正常的进程。

三、社会：目前已经退休，该是颐养天年的时候，在女儿的照顾下可以享受很好的医疗条件。

钟丽萍医生：肾衰是永久性的损伤，是不能恢复的。透析就是要代替肾脏的功能。肾脏和肝脏是身体内最大的解毒器官，每天的尿量可以排掉很多有毒的物质。发生了肾衰，肾脏每天能产生500ml的尿液，但是已经远远不够履行肾脏的功能，所以只能靠透析来替代。可以到医院去做血液透析，也可以在家里做腹膜透析。



最后一招就是做肾移植，以后如果要想出去旅游，不受透析的限制，要找到捐献器官。

在透析的时候要注意的事项，包括**饮食上，药物的调整，血压的控制**：

(1) 饮食的控制。因为透析不能完全代替患者的肾脏功能，现在世界上所有人造的器官还没有哪一个可以代替我们本身的器官，它的功能是无法取代的，只能说暂时解决一些应急的问题。像磷、钾、盐及水的摄入一定要小心。肾脏本身功能是在每分每秒都是在工作的，都在为患者排毒。现在患者只是一周做三次透析，所以很多有毒的物质就在患者体内累积起来了。如果不进行饮食控制，对患者身体整体都会有伤害的。比如一旦出现高血钾，就会出现生命危险，可以导致严重心律失常导致心脏骤停。如果摄入更多的水，可以导致血压降低，心率增快，患者的身体代偿不过来。如果不能尽快把水透出，时间长了，摄入太多的水分就会导致患者出现心衰。

(2) 药物的调整。很多房颤的治疗我们控制心室率到80次/分钟就行。有一个更大的问题即患者要吃抗凝药的问题。因为患者已经得过两次中风了，如果再来一次中风可能偏瘫或者影响到患者语言功能。所以一定要跟医生去探讨，能不能吃一种抗凝药。因为患者发生中风的几率比别人要高很多倍。因为患者以前发生过中风的这个病史，还有糖尿病、血管的病变、高血压、肾病，这些加在一起，成为一个发生中风的高危的人。

(3) 血压的控制。规律检查患者的血压。比如每天测量两次，知道透析时患者的血压会降到多少，决定到底吃不吃药。透析当天降压药可能不能吃平时的剂量，可能稍微少吃一点。很多的药经过透析以后浓度会变化，所以一般我们都是主张透析以后吃；因为透析前患者把血压降得太低，透析的时候能够除掉的水分就有限。这要给患者计算，根据患者的实际情况，患者能够承受除掉多少水。为什么她的血压降低，为什么她心率增快，就是因为她自己的身体承受不了，所以血压监测就变得更为重要。因为患者有过两次心衰，虽然患者的射血率是正常的。我们诊断为射血分数正常的心衰。 β 受体阻滞剂是首选的，可以控制她的心率，因为她有房颤；然后可以降低血压，还可以保护心脏。还可以使用钙离子通道阻滞剂。无论透析与否，每日的血压目标值应该均是130/80mmHg。

(4) 血糖、血脂的调整。现在患者的空腹血糖值和晚上睡觉前的血糖值太高了，可再加一个长效的胰岛素。因为患者用的胰岛素是一个短效的，再加一个长效的，她空腹血糖会得到更好的控制。所有这些指标都优化，都要得到控制；控制的越好，对她并发症的发生，整体的身体状态都会有改变。因为她有糖尿病，我们对血脂的要求跟正常人的要求是不一样的，患者看她的LDL低密度胆固醇高，如果有糖尿病，中国的标准要低于1.7mmol/dl，所以要给她吃他汀类降脂药。患者的甘油三酯太高，可服用纯度高的EPA的鱼油，一定要



把甘油三酯降下来。如果经过饮食的调整，比如少吃碳水化合物那也是会有帮助的。在饮食和锻炼上都要跟上，这样才能把血压、血脂都能够调得更好。

(5) 完善心脏运动实验。检查是否存在心血管的问题。因为做了颈部血管超声，颈动脉已经有粥样硬化了，又有糖尿病，这么多年的高血压，肾脏也不好，所以得冠心病的可能性比正常人要高出很多倍。所以要查一下心脏心血管的功能，和心血管的供血。而且患者的心电图已经有一些T波倒置，有缺血的指征。我们不要等到有心梗的时候再检查，而是现在完善相关检查。

(6) 记忆的问题。当跟患者的中风、高血压、糖尿病及肾脏的疾病都是有关系的。患者要改变记忆的问题，就要控制现在我们能控制的因素；已经发生的那就不可逆转。患者是典型的缺血性记忆下降的问题，一定要把刚才提到的所有的指标控制好，对患者的记忆就越会有帮助。

张道龙医生： 第一点因为患者家族遗传倾向非常明显，慢性疾病的风险性本来就高。第二点患者慢性病较多，**中国的平均寿命是78岁，所以患者已经接近全国健康人的平均寿命了。**如果跟患者的家属比较起来，我觉得患者一点都不起弟弟妹妹差。所以可能跟患者学医有关，也可能跟患者儿女比较孝顺有关，所以明显是好事了。结果患者比预期寿命多活了好几十年，才能看到女儿、才能看到外孙女。所以等于给了小孩一个完整的家庭，她以后讨论起自己的姥姥都有印象。第三点，现在医学比较发达，至少有血液透析、腹膜透析这些选择。有些人住在小城市没有资源，基层医院没有透析，再有经济的问题，就更悲惨。**患者住在大城市，有女儿照顾，还有这些医疗设备。**患者现在说我这挺痛苦，一周去三次透析，这叫美丽的困扰。有的人想去一次透析都没有条件，既没有透析机器，也没有钱，也没有女儿孝敬。患者要反过来想，**一周能透析三次，不是还有四天好日子吗？**那三天戴上耳机听正念的音乐，听京剧、听小说。然后下来之后患者有4天没事。假如还有一年患者准备做什么？把它计划好，然后患者按照去做。一个礼拜可以四天做，出远门肯定是不行了。但若有强烈的需求，必须上三亚看一眼，可以联系好当地医院透析，坐飞机去玩一趟，透析完又飞回来了，这都能实现的。假如只有一年生命了，每周患者都有4天能做点什么，能做出好多事，想做的事基本都能完成，这样去想就有意思了。患者可以这样去想，**“医生的工作比透析更辛苦”**。现在是晚上10点，我们白天跟20多个患者打交道，工作8个小时，那8小时比透析还痛苦，所以相当于我跟钟医生做了8小时透析，晚上开车2小时回来还得给患者服务。还可以这样想：“一个礼拜我就三天遭罪，每次就持续半天，我女儿得



8小时上班，还得去挣钱，还得去养家，还得去操心。别人也好不到哪里去，别人也不天天旅游，每个人都有各种事情要去做。” **把透析想成是工作的一部分，和护士聊天，可以做正念，还可以给医生护士创造就业机会，多活一天就是做伟大贡献。**这样想患者就没那么大负担，情绪就变好了。而不是说我怎么这么倒霉，我怎么又做透析，天天这么去想就感觉度日如年。不能吃、不能睡的病才最要命，患者这能吃能睡的病都不是最难受的。**每个人都不会健康活着离开这个世界，都会排队离开世间，患者的状况属于正常排队。**

科普

尿毒症

慢性肾衰竭是指各种肾脏病导致肾脏功能渐进性不可逆性减退，直至功能丧失所出现的一系列症状和代谢紊乱所组成的临床综合征，简称慢性肾衰。慢性肾衰的终末期即为人们常说的尿毒症。尿毒症不是一个独立的疾病，而是各种晚期的肾脏病共有的临床综合征，是慢性肾功能衰竭进入终末阶段时出现的一系列临床表现所组成的综合征。

一、临床表现

1.以代谢性酸中毒和水、电解质平衡紊乱最为常见。

(1) 代谢性酸中毒 慢性肾衰尿毒症期时人体代谢的酸性产物如磷酸、硫酸等物质因肾的排泄障碍而潴留，可发生“尿毒症性酸中毒”。轻度慢性酸中毒时，多数患者症状较少，但如动脉血 $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mmol/L}$ ，则可出现明显食欲不振、呕吐、虚弱无力、呼吸深长等。

(2) 水钠代谢紊乱，主要表现为水钠潴留，或低血容量和低钠血症。肾功能不全时，肾脏对钠负荷过多或容量过多的适应能力逐渐下降。尿毒症的患者如不适当地限制水分，可导致容量负荷过度，常见不同程度的皮下水肿（眼睑、双下肢）或/和体腔积液（胸腔、腹腔），此时易出现血压升高、左心功能不全（表现为胸闷、活动耐量下降甚至夜间不能平卧）和脑水肿。另一方面，当患者尿量不少，而又过度限制水分，或并发呕吐、腹泻等消化道症状时，又容易导致脱水。临床上以容量负荷过多较为常见，因此尿毒症的病人在平时应注意适当控制水的摄入（除饮水外还包括汤、稀饭、水果等含水多的食物），诊疗过程中应避免过多补液，以防发生心衰肺水肿。



(3) 钾代谢紊乱：当肾小球滤过率（GFR）降至20-25ml/min或更低时，肾脏排钾能力逐渐下降，此时易于出现高钾血症；尤其当钾摄入过多、酸中毒、感染、创伤、消化道出血等情况发生时，更易出现高钾血症。严重高钾血症(血清钾 $>6.5\text{mmol/L}$)有一定危险，需及时治疗抢救（见高钾血症的处理）。有时由于钾摄入不足、胃肠道丢失过多、应用排钾利尿剂等因素，也可出现低钾血症。临床较多见的是高钾血症，因此尿毒症患者应严格限制含钾高的食物的摄入，并应定期复查血钾。

(4) 钙磷代谢紊乱，主要表现为磷过多和钙缺乏。慢性肾衰时肾脏生成 $1, 25-(\text{OH})_2\text{D}_3$ 减少，使肠道对钙的吸收减少；靶器官对 $1, 25-(\text{OH})_2\text{D}_3$ 产生抵抗，使肾小管重吸收钙减少，此外，高磷血症可使钙磷乘积升高，促使磷酸钙盐沉积，引起异位钙化、血钙降低。食物中含有丰富的磷，血磷浓度由肠道对磷的吸收及肾的排泄来调节。当肾小球滤过率下降，尿磷排出减少时，血磷浓度逐渐升高，高血磷进一步抑制 $1, 25-(\text{OH})_2\text{D}_3$ 的合成，加重低钙血症。甲状旁腺代偿性分泌更多的PTH以维持血钙。导致继发性甲状旁腺功能亢进(简称甲旁亢)。

2.蛋白质、糖类、脂肪和维生素的代谢紊乱

蛋白质代谢紊乱一般表现为蛋白质代谢产物蓄积(氮质血症)，包括尿素、胍类化合物、肌酐、胺类、吲哚、酚类及中分子物质等。

3.尿毒症心血管系统表现

心血管病变是尿毒症患者的主要并发症之一和最常见的死因。尤其是进入终末期肾病阶段（即尿毒症阶段），心血管疾病死亡率进一步增高(占尿毒症死因的45%-60%)。慢性肾功能衰竭者由于肾性高血压、酸中毒、高钾血症、钠水潴留、贫血及毒性物质等的作用，可发生心力衰竭，心律失常和心肌受损等，由于尿素（可能还有尿酸）的刺激作用，还可发生无菌性心包炎。

4.尿毒症呼吸系统症状

患者呼出的气体有尿味，这是由于细菌分解唾液中的尿素形成氨的缘故；体液过多时可出现气短、气促；酸中毒时患者呼吸慢而深，严重时可见到酸中毒的特殊性Kussmaul呼吸(呼吸深大)。体液过多、心功能不全可引起肺水肿或胸腔积液。

5.尿毒症胃肠道症状

尿毒症患者消化系统的最早症状是食欲不振或消化不良，病情加重时可出现厌食，恶心、呕吐或腹泻。消化道出血也较常见，多是由于胃粘膜糜烂或消化性溃疡。

6.尿毒症血液系统表现



CRF病人血液系统异常主要表现为肾性贫血和出血倾向。

7.尿毒症神经肌肉系统症状

早期症状可有失眠、注意力不集中、记忆力减退等。尿毒症时可有反应淡漠、谵妄、惊厥、幻觉、昏迷、精神异常等。周围神经病变也很常见，感觉神经障碍更为显著，最常见的是肢端袜套样分布的感觉丧失。

8.尿毒症骨骼病变

肾性骨营养不良(即肾性骨病)相当常见，包括纤维囊性骨炎(高周转性骨病)、骨生成不良、骨软化症(低周转性骨病)及骨质疏松症。主要与血甲状旁腺激素(PTH)浓度相对偏低、某些成骨因子不足有关，因而不足以维持骨的再生；透析患者如长期过量应用活性维生素D、钙剂等药或透析液钙含量偏高，则可能使血PTH浓度相对偏低。

二、尿毒症辅助检查

1.血常规检查：尿毒症时，血红蛋白一般在80g/L下，多数仅有40~60g/L，为正细胞正色素性贫血，当患者合并慢性失血、营养不良时，也可表现为小细胞低色素性贫血。

2.尿常规检查：尿毒症病人的尿改变，随原发病不同而有较大的差异。其共同点是：①尿渗透压降低，多数晨尿在450mOsm/kg以下，比重较低，多在1.018以下，严重时固定在1.010~1.012之间。作浓缩稀释试验时，夜尿量大于日尿量，各次尿比重均不超过1.020，最高和最低的尿比重差小于0.008。②尿量减少，多在1000ml/天以下，到晚期肌酐清除率降至1.0~2.0ml/秒以下时，则可无尿。③尿蛋白为+~+++，晚期因肾小球绝大部分已毁坏，尿蛋白反而减少。④尿沉渣检查可有为数不等的红细胞、白细胞、上皮细胞和颗粒管型，如能发现粗而短、均质性、边缘有裂口的蜡样管型，对诊断有意义。

3.肾功能检查：在肾功能不全代偿期，肾肌酐清除率虽下降，但血肌酐不升高；在氮质血症期，血肌酐虽已升高，但病人无尿毒症临床症状，亦无代谢性酸中毒；在尿毒症期，当肾肌酐清除率<25ml/min时，血肌酐会明显升高，并伴有代谢性酸中毒。

4.血生化检查：血浆蛋白降低，总蛋白量常在60g/L以下，其中白蛋白的减少常较明显，多低于30g/L。血钙偏低，常在2mmol/L左右，血磷多高于1.7mmol/L。血钾、血钠随病情而定。

5.其他检查：肾脏超声检查，具有经济、方便、无创、快捷等优点，能判断肾脏的大小、皮质回声等，临床上得到广泛应用。X线检查：目的是观察肾脏的大小和形态，有无泌尿系统内结石。放射性核素肾图、肾扫描检查，对了解两侧肾脏的大小、血流量、分泌和排



泄功能，均有帮助。肾超声、CT，对确定肾的位置、大小、厚度以及肾盂有无积液、结石、肿瘤有帮助。

三、尿毒症的治疗

慢性肾功能不全进展至尿毒症期时需要肾脏替代治疗。经常会有些患者，已经进入尿毒症期了，但却一直拖延，不愿意接受透析治疗，总担心透析副作用、费用等等。很多患者还会寄希望于中医中药治疗能“治愈”尿毒症，摆脱透析。其实透析就是代替肾脏工作，当患者进入尿毒症期时，患者肾脏应该损坏了超过90%以上，如果这时一直拖延而不采取替代治疗，那么毒素存留体内，对身体其它的脏器也会带来不可逆的损害，如心脏、消化系统、骨骼、血液系统等。而尿毒症是药物治疗不可能治愈的疾病，不存在所谓的能治愈尿毒症的“灵丹妙药”。因此尿毒症患者应该毫不犹豫地及时采取肾脏替代治疗，即透析治疗。

1.尿毒症血液透析与腹膜透析

血液透析：将患者的血液经血管通路引入透析机，在透析器中透过透析膜与透析液之间进行物质交换，再把经过净化的血液回输至体内，以达到排出废物、纠正电解质、酸碱平衡紊乱的目的。如能长期坚持合理的透析，不少患者能存活10~20年以上。

优点：血液透析由于需借助血透机，须每周到医院2次至3次，每次大约4个小时，其优点在于每次血透后体内积存的废物较少，每周都有固定的时间回到医院进行治疗，如有病情变化，可得到及时的处理，透析过程中有专业医疗人员操作，无需自己动手。

缺点：每次需要扎针；贫血比较严重；透析前后血压会受影响，对心血管疾病和糖尿病病人较不利；需要严格控制饮食；透析前较易产生不适；无法任意更改透析时间；感染乙型肝炎和丙型肝炎的风险大大增加。

2.肾移植

肾移植是尿毒症病人最合理、最有效的治疗方法，但由于供体的缺乏，肾移植无法发挥其应有的治疗作用。全国每年接受肾移植者仅有5000多例，大约每150个等待的病人，只有一人可能得到肾移植的机会，而供体短缺已成为限制器官移植的一个瓶颈。因此绝大多数尿毒症患者需要长期维持性血液透析或腹膜透析治疗。根据机构统计数据,我国在治透析患者约为10万人,血透患者约占 90% ,腹透患者仅占10%。

参考文献

1. K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations 2006 Updates: hemodialysis adequacy peritoneal dialysis adequacy vascular access. Am J Kidney Dis, 2006, 48(Suppl 1): S1-S322.
2. 陈在彬. 国际与我国血液透析发展概况[J]. 健康向导, 2009, 15(3): 12-16.
3. 肖月, 隋宾艳, 赵琨. 我国终末期肾病现状及透析技术的应用、费用及支付情况分析. 中国卫生政策研究 2011年5月第4卷第5期



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
河北京医科大学客座教授
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
- 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

