



2018 中美班周三 (4 月 18 日) 案例背景如下:

一般情况: 男, 51 岁, 公务员。已婚已育。军人出身, 自修大专。

主诉: 半年来, 自感浑身疼痛, 手脚冰凉, 四肢无力, 气不够用, 不愿说话, 好着急。

现病史: 来访者自述, 2017 年 11 月, 不知如何酒后驾车回家, 途中先后与三辆车发生剐蹭而不知, 妻子下班发现其躺在床上, 下巴出血, 有意识, 被家人陪同送至医院, 意识清醒, 并在门诊手术室局部麻醉行美容缝合术。之后来访者在家人的劝说下, 减少饮酒场合, 由每周 5-6 场, 每次一斤白酒的量减到每周一次, 约 4 两。来访者自己无酒瘾。偶尔喝酒后感觉症状也无明显好转。

患者自述此后感觉头脑不灵活, 反应慢, 手不协调, 力不从心。

眼花, 看东西费劲, 看不下去。工作生活中与人交流常感无语, 不愿多说、心烦意乱。且自觉双手双脚冰凉。出汗减少。(之前感觉自己爱出汗, 怕热)。自觉脸部发皱, 不自然。眼皮抬不起来, 感觉异常。舌头对热敏感, 不能吃热的食物。偶有全身游走性针刺样疼痛。

2017 年 12 月 19 号, 为治愈上述躯体症状, 住院 20 多天, 住院期间检查显示: 脑动脉狭窄 50%, 脑 CT 显示: 左侧基底节区软化灶。冠脉 CTA 显示: 冠脉狭窄约 70%, 运动平板试验阴性。心脏彩超显示心功能正常。血糖高 19mmol/L。经住院治疗后调整好血糖为空腹 8mmol/L 左右。但自觉症状仍无明显好转。医嘱: 拜阿司匹林 100mg1/日, 阿托伐他汀 20mg1/日, 倍他乐克 25mg2/日, 单硝酸异山梨酯 20mg2/日, 二甲双胍 0.5g3/日, 门冬胰岛素 10 单位 8 单位 8 单位 三餐前皮下注射, 甘精胰岛素 24 单位, 皮下注射。

2018 年 1 月份曾经在医生建议下服用舍曲林, 最大服用到 200 毫克每日, 服用一个月, 自觉无效。感觉受挫。放弃所有的西药包括抗冠心病药物以及降糖药物一个月, 半个月前开始服用中药, 服用中药后大便干燥症状缓解。其余症状无缓解, 7 天前在家人的劝说下再次服用



抗冠心病药物及降糖药物。

既往史:

十四年前, 加班三天三夜没睡觉, 饮酒后心梗, 手术放入三个支架。不规律用药, 两年后, 再次心梗, 放入两个支架。

十年前, 诊断为二型糖尿病, 不规律用药, 血糖控制差。

十年前, 酒后车祸撞电线杆, 头部撞碎挡风玻璃飞出, 自行就医。

六年前, 胃溃疡出血。

去年 5 月, 智齿拔除后, 感觉吃东西不香, 塞牙。

既往体检发现: 脂肪肝, 脑动脉狭窄, 脑梗死, 结肠息肉。

家族史:

父母务农, 父亲脾气急躁, 爱焦虑。外向, 爱交际。父亲 2000 年胃癌切除术后戒烟戒酒。

母亲爱焦虑。

个人史:

胞三行大, 育有一子一女, 15 岁参军, 好交友, 爱管事, 朋友多, 喜欢旅游。

概念化:

来访者家族焦虑素质明显, 受父亲影响大, 爱交际, 近半年来饮酒减少, 吸烟减少, 生活发生巨大变化, 难以适应。访谈中, 来访者提起车祸前的生活, 兴高采烈, 眉飞色舞。自述过去不规律用药, 不重视躯体疾病, 反而过得很快乐, 现在四处求医, 遵医嘱规律用药, 躯体症状不见缓解反而加重, 感到难以理解, 无法适应。

来访者在整个访谈过程中, 言语流畅, 声音洪亮, 思路清晰, 对答如流, 与主诉中“气不够用, 不愿说话”形成明显反差, 关于这一点, 咨询师对来访者进行了面质, 来访者说其以往



就是个能量充沛, 充满挑战精神的人。说明来访者是个高能量状态的人, 需要通过更多的事情来消耗多余能量。

治疗计划:

生物: 1. 遵医嘱治疗躯体疾病, 规范用药,

2. 使用抗焦虑药治疗焦虑,

3. 适量运动, 缓解焦虑,

4. 父亲胃癌, 来访者胃出血, 结肠息肉, 建议定期检测。

心理: 1. CBT 调整认知, 使来访者认识到现在的状况是长期不规律生活导致的冠心病和糖尿病并发症, 需要长期规范治疗, 不可能一蹴而就。要对治疗有耐心, 对生活充满希望。帮助他认识到, 好汉不提当年勇, 身体功能衰退是个自然过程, 他的身体已经足够对得起他长期以来不健康的生活方式。从现在起要爱惜身体, 将多余的能量用到健康的生活方式, 量力而行。

社会:

1. 每个年龄阶段都有自己的任务, 50 岁的人要注重身心健康。和朋友多从事些健康的娱乐活动, 如用散步、打太极拳等来取代抽烟喝酒。

2. 将多余的能量用来关照家人, 回归家庭。