



大家好, 2018-2019 美利华全国临床诊疗技能大赛第八场于10月27日 10:00 正式开始, 今天的参赛选手为来自齐齐哈尔医学院精神卫生学院、齐齐哈尔医学院附属第二医院副教授、心理门诊主任、心理治疗师**孙正海**医生。大家观看比赛的同时不要忘记为其打分。

打分方式: 关注公众号“美利华”, 打开右下角“大赛入口”, 选择“选手打分”后输入分数即可。

以下为孙医生访谈并整理的案例背景:

张某, 女, 18岁, 某高中二年级学生, 18年暑假后至今休学在家。

主诉:

紧张、担心、心慌两年余, 伴头痛一年, 今由母亲陪同来诊。

现病史:

2016年3月份, 患者初三参加中考自主招生考试过程中, 考前想的很多, 如害怕选拔不上, 害怕卷子太难, 害怕丢人等, 数学考试时因题较难, 而出现紧张, 心烦, 特别闹心, 出汗甚至把卷子都弄湿了, 看一眼就不想做了, 最终勉强答完, 虽然成绩不是很理想, 没能被自主招生考试入取, 但也能接受这个结果, 感觉放松了, 没有失落的感觉。之后, 一直到中考情绪都不错, 中考的时候很顺利, 只是第一场刚开始考试的时候不停的咽口水, 一会儿就好了。

2016年9月, 考入当地某重点高中的尖子班(共50个班级, 其中6个尖子班), 入学时成绩排名靠前, 感觉压力大。当看到某位女同学没事的时候一直在那背外语单词, 感觉同学们都特别厉害, 入学后不久一次普通数学测试, 看到之前的那位女同学很多题都做出来了, 而自己没做出来, 感觉很失落。从那以后, 感觉自己不像以前那么平静了, 每天都特别烦, 心特



别“乱”，很紧张，很多数学题老师讲了好几遍自己还不会，就会特别担心老师会批评自己，担心成绩下降排名降低，心情不好，玩的时候也会想着学习，也没有那种特别强烈的快乐体验，想和同学交往，但是觉得和同学交往或者玩的时候都是在浪费时间，进而拼命的学习，能学进去，睡眠尚好，但是吃饭没食欲，一个月体重下降了将近 5 公斤，因心烦等主动去向学校的心理老师求助，但觉得心理老师给的建议对自己没用，也没采纳。一个月后，月考掉了十几名，觉得自己要倒数了（实际排名没那么差），心情更加焦虑烦躁，觉得自己很失败，有落差感，两次数学没考好后，对数学老师越来越害怕，甚至有时不敢听数学老师说话，不敢看他的眼睛，远远的看到数学老师会腿抖，开始出现上厕所的次数增加，几乎每次下课都想去，自觉尿频日益严重，去医院泌尿科就诊，尿常规等常规检查，没发现任何躯体问题。2017 年 3 月高一下学期开始，看到校园里有垃圾就想捡，扔垃圾箱里，不捡就会一直想，感觉在那不干净，不整洁。把自己的桌面也会整理的特别整洁，必须把书放在书桌的固定位置，否则的话也会烦躁。感觉手有点黏，就会用湿巾擦手，擦完就觉得干净了，一天得擦五六遍。考试之前，感觉鞋带松，会系鞋带，会把周围垃圾捡起来，如果自己够不到垃圾的话，会让同学把垃圾捡起来，如果发现前面同学的头发梳的不整洁，会让同学重新梳头发。患者自诉做这些事情的时间没有超过 1 个小时，做完就完事了，之所以做这些事情，是为了一切都为学习服务，想让自己有个好的学习环境，不想让这些小事影响自己学习和做题。食欲正常，但心情还不好，能坚持学习，期末考试之前依然会失眠，想的多，各种担心，最怕数学考试，担心考不好，不会做怎么办，经常给妈妈打电话，求安慰，不知道该怎么办。学习成绩虽有下降，但整体还可以。

2017 年 9 月高二开始，换个新班主任和数学老师后，曾有短暂时间感觉轻松了，但后来觉得学习仍很重要，不能让成绩再下降，开始出现头痛，看不进书，记不住东西，学习成绩下



降挺快,因头痛去当地医院就诊,做头部CT、脑电图等检查,没有发现任何问题。因紧张、心慌,担心各种问题,心情不好等问题,在当地某医院精神科就诊,诊断强迫障碍,具体药物不详,治疗三四个月,觉得没什么效果。后于2018年7月末开始,在省会某精神卫生中心精神科门诊治疗,诊断抑郁发作,给予度洛西汀 40-60mg,每早口服;草酸艾司西酞普兰, 10-15mg,每日一次口服,黛力新,早1片,午1片口服;右佐匹克隆(伊坦宁) 3mg 每晚口服;8月8日复诊后,药物调整为:停用度洛西汀和黛力新治疗,给予草酸艾司西酞普兰 15mg,每晚一次口服;阿美宁 25mg,睡前半小时口服。

2018年9月份,患者休学后一直在家,离开学校的环境后,自觉心情略改善,做开心的事能开心的起来,如玩手机,看电视剧,陪宠物玩等。但仍惦记学习,心慌、紧张,担心各种想法和头痛等并没有缓解,甚至偶尔想起无法回避学习的问题,会坐立不安。并出现总是控制不住的想往后看,不看就会浑身不自在,觉得摆放物品必须放在一定的位置,要整洁,关窗户关门总觉得关不严,会反复的检查,觉得水龙头也关不紧,会不停的关,甚至把家中的水龙头都快拧坏了。患者知道自己的想法不对和行为没有必要,但控制不住,感觉自己几乎每时每刻都在担心,特别痛苦。看小说之类的书籍还好,一看学习有关的书就浑身紧张,焦虑,担心的也特别多,如觉得床没铺好,得重铺一遍,旁边的东西都得整理好,才能安心学习。最近一次于10月17日就诊,药物调整为:盐酸舍曲林 100mg,午饭后口服,草酸艾司西酞普兰 10mg,午饭后口服;佐匹克隆(三辰) 1片,每晚睡前半小时口服,患者自觉上述紧张、担心等症状改善不明显。目前患者饮食、睡眠好,二便正常,除头痛、尿频外,无发热、腹痛等其他躯体不适表现。无自杀意念,除偶尔控制不住和家人发脾气外,无其他冲动行为。

既往史:

全国统一咨询热线: 4000-218-718

美中心理文化学会 (美国)

北京美利华医学应用技术研究院有限责任公司



三年级的时候脑部受外伤被碰了一下,疼了几天,去医院检查没什么事。否认其它外伤、手术输血史。否认肝炎、结核等传染病史。否认药物过敏史。

个人史:

出生于 2000 年 12 月,胞二行大,比弟弟大八岁,和弟弟关系好。父母做些小生意和打工为主,家境一般。7 岁上学,从小学到初中学习成绩好,与同学关系好。因父母工作忙,没时间照管自己,从小开始,基本上白天都是在爷爷奶奶家,只有晚上睡觉时回家。觉得和父母之间关系一般,没有特别亲近的感觉。父母对自己要求不严格,爷爷奶奶也不怎么要求自己,但是认为自己相对比较自立,不让人操心,从青春期开始,就更不想让父母管自己,觉得他们的思想太落后了,大多数的时候是不理他们,偶尔控制不住的时候,会和他们发脾气。病前性格:略显外向,性格开朗,爱好打羽毛球,喜欢表演、戏曲等,但没时间参加。从初中开始,会竭力要求自己,比较严格,觉得不该做一些事情如学生谈恋爱等,绝对不会做。追求完美,做什么事情,力求尽善尽美,做不到的话会很难受。

家族史:

否认两系三代阳性精神病学家族史,妈妈总是担心很多事,脾气急躁,容易发脾气,有点追求完美,但没有过度整洁、爱干净等。爸爸性格腼腆,基本上不说话。妈妈的妹妹性子也比较着急,弟弟也有点担心自己跟不上别人,有点胆小内向,不爱在大众面前露脸。

体格检查:

患者自诉平时心率比较快,一般 90 次/分,其它生命体征正常。除感头痛、尿频外,无其它躯体不适的症状和体征,既往头部 CT 等辅助检查未见异常。

精神检查:



意识清晰, 定向力完整, 衣着整洁, 年貌相称, 妈妈陪同下进入咨询室, 检查合作, 主动向医生讲述自己的病情, 否认幻觉、妄想等精神病性症状。与医生交流的过程中, 语速、语调适中, 想尽可能详细的向医生描述病情。面部表情略显焦虑, 自觉心慌、紧张、担心, 总是控制不住的想回头看, 即使在与医生进行访谈的过程中, 也控制不住的几次回头, 在家经常怀疑门窗、水龙头等没关好, 反复的检查确认, 明知道没有必要但是无法控制, 否认自杀和冲动行为。因心慌、紧张、担心和头痛等问题的影响, 觉得记忆力下降, 学习等社会功能受到影响。对疾病有一定的认识, 主动求治的欲望强烈。

初步诊断: 1.广泛性焦虑障碍 2.强迫症

诊断依据:

1. 广泛性焦虑障碍: 患者表现为持续性的心慌, 对学习等过度的焦虑和担心, 伴有紧张性头痛等躯体性焦虑症状, 同时伴有尿频等自主神经功能紊乱的表现。在两年多的大部分时间都有上述表现。
2. 强迫症: 患者表现为以强迫怀疑的强迫观念, 和强迫性回头、强迫性检查等强迫性行为症状为主, 每天因为上述症状占据的时间大于1个小时以上(几乎每时每刻都在担心), 患者自觉感觉痛苦, 学习等社会功能受到影响。

鉴别诊断:

1. 否认幻觉妄想等精神病性症状, 所以可以和精神分裂症进行鉴别。
2. 虽然在整个病程中, 曾经既往有抑郁情绪的表现, 但是这种抑郁情绪多是继发于对学习等过度担心的焦虑情绪的基础上, 此外, 并未见非常典型兴趣缺乏和快乐体验能力的丧失, 所以不做主要考虑。

治疗计划:

1. 生物学治疗方案

- (1) 药物治疗: 首选 SSRI 类药物, 尽可能选择单一用药, 足量足疗程后, 如果效果不佳, 可以考虑合并用药等方案。可以在目前治疗药物的基础上, 观察疗效, 根据疗效的观察, 逐渐提高到有效治疗剂量, 如舍曲林应该逐渐提高到 150mg/日的剂量。同时, 可以增加一种改善焦虑的药物, 如丁螺环酮等 5-HA_{1A} 受体激动剂
- (2) 介绍患者一种非药物特别好降低焦虑的办法, 如规律性的适当运动等, 鼓励患者积极参与。

2. 心理社会治疗方案

(1) 支持性心理治疗

与患者建立充分的信任关系, 接纳和理解患者, 尊重患者, 倾听患者的痛苦, 对患者进行疾病有关知识的解释和心理健康教育, 帮助患者分析自己的人格特点和发病原因, 尽力克服心理上的诱因, 以消除和减少焦虑的影响, 树立战胜疾病的信心

(2) 认知行为治疗

与患者一起探讨心慌、担心、紧张等心理问题产生的认知方面的因素, 如是否有过分戏剧化或者灾难化的想象事件的结果, 帮助患者改变不良认知和认知重建。

对于强迫症状, 可以采用暴露与反应预防技术, 给患者必要的指导, 制定暴露的等级, 逐级暴露, 逐渐减少甚至放弃减轻焦虑的行为。

可以辅助松弛训练、呼吸控制训练、意念放松训练等技术缓解由此产生的焦虑。

(3) 争取家庭的配合、参与, 对患者的家庭成员进行疾病有关知识的解释, 减少可能增加



患者焦虑水平的家庭因素, 取得他们的合作, 鼓励、支持患者完成心理治疗方案。

- (4) 此外, 在患者的焦虑水平有所下降后, 给予一定的支持情况下, 积极鼓励患者尽早回归的学校生活。

