

ZONGHEYIYUAN XINLI WENTI ANLIJI

综合医院 心理问题案例集



主编 吕秋云 胜利



北京大学医学出版社

综合医院心理问题案例集

主 编 吕秋云 胜 利

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

综合医院心理问题案例集/吕秋云,
胜利主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 8
ISBN 978-7-81116-192-2

I. 综… II. ①吕…②胜… III. 精神障碍—病案—分析
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 106428 号

综合医院心理问题案例集

主 编: 吕秋云 胜 利

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 7.75 字数: 198 千字

版 次: 2007 年 11 月第 1 版 2007 年 11 月第 1 次印刷 印数: 1-3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-192-2

定 价: 21.00 元

版权所有, 违者必究

凡属质量问题请与本社发行部联系退换

参加编写人员

主编 吕秋云 胜利

编者 北京大学第六医院

吕秋云 胜利 赵友文 方耀奇
许又新 丛中 于欣 周东丰
付艺 郭延庆 潘成英 梁军
孙新宇

其他参编单位

张捷 (北京中医医院)
谷金素 (北京铁路总医院)
邵俊彦 (煤炭医院)
洪宝瑟 (同仁医院)
姜凤英 (北京宣武医院)
王荫华 (北京大学第一医院)
王拥军 (北京天坛医院)
吴凯 (北京医院)
李高飞 (北京中西医结合医院)
唐丽丽 (北京肿瘤医院)

序

这本《综合医院心理问题案例集》终于要付梓了。如果我没记错的话，这部书应该是前后写了两年，然而酝酿这本书花的时间则更长一些。

北京大学精神卫生研究所脱胎于北大医院的神经精神科。1966年在“山雨欲来风满楼”之际搬迁到当时的郊区，虽然独处一隅，依然是北京医学院第三附属医院的精神科。直到1980年才成为独立的“北京医学院精神卫生研究所”。在名誉所长沈渔邨教授的带领下，短短二十年间，它由一家医学院的精神病学教研室，成长壮大成为国内领先的集研究、教学与培训、临床医疗于一身的精神卫生专业机构。在这所专科机构向国际精神病学先进水平越追越近的同时，它与综合医院、主流医学的发展方向却渐行渐远。特别是在1993年变成“第六医院”之后，医疗的功能因为成为全院职工衣食的重要来源而大大强化，而卫生行政部门对医疗机构的复杂要求也使得各种相关科室纷纷设立。尽管在化验检查、躯体疾病诊疗的诸多方面仍密切依赖北医三院，但人员的学术往来几乎仅限于会诊。过去精神卫生研究所不少医生出身于内科医生、外科医生、妇产科医生、神经科医生，现在清一色的医学院毕业生进入精神科。尤其是“精神卫生系”开设后，连医学院毕业生也只有这一个来源了。在临床上曾出现折线要请外科会诊、普通的高血压也要请内科会诊的情况。与此同时，北医各附属医院的医生除了依稀记得上大学精神科见习时见过的病人，对精神病学已经毫无概念。精神科会诊时所见的病例也常常会令人哭笑不得，比如一位饮酒二十余年的老年男性被收入院两天后出现夜间不眠，乱串房间，打骂护士，主管医生认为

是“精神病发作”，要求会诊医生立即接到精神病院。北医如此，北京市其他系统的医院也好不了多少。全北京市有精神科设置的综合医院屈指可数，且全不在大医院（如当时的首钢医院、酒仙桥医院设有精神科）。而三家专科医院都地处偏僻（就当时的地理状况而言），与综合医院关系若即若离。

SSRI 类抗抑郁剂问世改变了精神卫生服务的格局。它使大多数的抑郁症患者乐于服药，特别是乐于长期服药。它使大多数的抑郁症患者能够在综合医院接受治疗。很多精神科医生不喜欢这种改变。先是生气药厂的资源大都供给综合医院了，而这本来应该是让精神科医生独享的。然后是担心抑郁症患者都让综合医院医生看了，将来会让精神科医生“失业”。最近两年这两种担心倒是不多了，又开始忧虑综合医院医生对抑郁焦虑乱诊乱治。但是这种趋势有如奔涌入海的江水难以逆转，到 2004 年年底统计，仅北京市 95% 的抗抑郁剂处方出自综合医院。可见抑郁焦虑病人用脚投票，舍弃了精神专科医院而投奔了综合医院。这里既有逃避精神疾病耻感的问题，也有更深层的原因。抑郁焦虑本来就是一个全身性的疾病，它的多种躯体不适如此真切痛苦，驱使病人向综合医院各科医生求助。这里还不要说那些本身患有躯体疾病，同时又出现情绪问题的患者。

在综合医院的少部分医生或因被迫、或因个人兴趣，开始了对“心理疾病”的探索的同时，精神专科医生也开始反思学科发展的方向。越来越多的证据表明，几乎所有的精神障碍都存在可以被现代检查手段所见证的生物学基础，而治疗手段也越来越借助于物理的方法。这些都是传统的精神专科医院无法做到的。在分家不到百年之后，精神科医生又美又妒地看到他们的神经科同行用核磁共振扫描轻而易举地确诊脑肿瘤，用介入放射学的方法治疗脑梗死，而自己仍停留在对精神疾病病因形而上的臆想当中。“回归主流医学”在发达国家已不仅仅是一个口号，在中国也在逐渐变成现实。

我们是在 2002 年年末开始酝酿成立北京大学第六医院联络会诊科的。2003 年在 SARS 后就磕磕绊绊地上路了，然而到今天依旧在摸索它的运行方式。我们建立这个科的初衷是为精神病学和其他临床医学学科建立一个沟通的平台，让精神病学作为一种手段为综合医院的医生提供服务，也希望借此让精神科医生保持对医学发展的足够的敏感性。在成立一周年的总结会上我提出编撰一本案例集，以供在综合医院从事精神卫生工作的人参考。我开玩笑说仓颉造字时，“天雨粟，鬼夜哭”，一付诸文字，疏漏错误就钉在那里了。果然，这本集子里收录了不少遗憾甚至缺欠，虽经本书主编吕秋云教授多次认真梳理，仍有不少地方显得粗糙。我觉得正是这些疏漏，才恰恰反映了我们当前综合医院精神卫生工作的现状。在没有多少背景的情况下，许多综合医院的医生，绝大部分是神经科医生，凭借着对精神卫生的兴趣，凭借着对病人的责任感，边学边干，为广大患者提供了急需的精神卫生服务，为相当数量的患者解除了病痛。也许读者可能会觉得一些案例的分析显得浅薄，有些处置不尽合理。但这些都是综合医院各临床科室的医生在日常医疗工作中的真实写照，字里行间我们能深切感受到是这些医生对病人的关爱和责任心。

我们邀请精神科医生为每个案例写了评语。当我重读自己写的那些评语时，脑子里不禁闪现出“站着说话不腰疼”的俗话来。如果把精神专科医生塞到繁忙的综合医院门诊，面对着除了 CT、心电图什么也不信的求治者，我们也未必能再施展出什么高招。

许多年前有部书叫《弥合裂痕》，是说公共卫生要跟临床医学相结合。这种弥合的工作如今对精神科和临床医学也同样的重要。

于欣

前 言

编写案例集的想法是 2003 年年底开始构思的。

联络会诊精神病学是在现代医学发展潮流中崛起的新兴学科，这个学科的存在和发展不仅有利于医学领域各学科的融合，更重要的是有利于广大患者的心身健康。顺应医学潮流的发展，北京大学第六医院于 2003 年 3 月成立了全国首家联络会诊科，在葛兰素史克制药公司的支持下，同年 6 月建立了北京市联络会诊网络，为精神科与综合医院的联络搭起了一个学术交流的平台。参加联络会诊网络的包括北大一院、北大人民医院、北大三院、北京世纪坛医院、北京朝阳医院、北京宣武医院、北京中医医院、北京医院、北京中西医结合医院、中日友好医院、友谊医院、北京安贞医院、北京同仁医院、北大肿瘤医院、空军总院、北京协和医院、公安医院、301 医院、煤炭医院、北大首钢医院、北京市第六医院、北京天坛医院等 22 所医院的专家教授。我们坚持定期开展多种形式的学术活动，如学术讲座、疑难病例讨论、健康教育、医师培训等。

精神科医生和综合医院的各科医生定期在一起进行疑难病历讨论，逐渐大家认为应该编写一本案例集，通过对个案的诊疗经验帮助各科医生提高识别和处理精神症状的能力。在收集个案的过程中遇到很多困难：综合医院的医生工作忙，没有时间详细了解病人的全面情况，往往书写病例比较简单（这种情况从案例集中可以看到），在整理个案过程中感到“拿不出手”，时间一拖再拖。出这样的案例有什么作用？这样的案例出还是不出？大家讨论的结果还是出，“这正体现了我们的现状是初级阶段的”，“以后水平提高了，还可以再出。”案例大多数来源于综合医院，也

有精神科医生去综合医院会诊的案例，又加进来参加联络会诊网络病例讨论的案例。

联络会诊精神病学是新的学科，联络会诊精神病学包括会诊和联络两个部分，过去精神科和综合医院的联系只停留“会诊”，向内、外科医生提供会诊病人，精神科诊断和治疗建议；联络：指精神科医生参与内、外各科医疗决策的全过程，成为小组成员（team-worker），向应该得到专科治疗的病人提供意见；帮助其他科医务工作者处理日常工作所遇到的心理问题，目标之一是增强其他科医务人员评估和处理心理方面问题的技能。要求精神科医生和内外科医生进行专业性的接触。

北京市联络会诊网络建立3年以来，不断探索我们的联络模式，取得了一定的经验，通过学术交流，综合医院各科医生提高了对精神疾病和心理障碍的识别能力，更多的病人被转诊到精神科就诊，精神科医生也学到了更广泛的知识。深受大家的欢迎，得到网络成员的充分肯定。祝愿在新的一年里我们联络会诊网络的学术交流能够取得新的成效，为广大患者造福。

吕秋云

北京2007年1月16日

体例说明

着手编辑这本案例集，的确不是一件容易的事。集思广益是好的，可收集来的病例五花八门，有的仅百余字，有的长得像网络小说，而且似乎谁和谁也不挨着。总不能按先后顺序堆在一起吧。本来按医学各科分列的想法，好像也显得过于细碎和重复，因为有不少问题，比如对患病的焦虑反应，是各科都有的。

借着整理文稿，把所有病例通读了一遍。也开始有了一些想法。

我们把躯体疾病和脑疾病导致精神症状的病例作为开头的一章。因为各科医生对这种思路最熟悉，按照生物医学的还原主义模式，患者出现症状，医生要从生物学角度找到原因，即这些症状是什么病造成的。一些病例刚好符合这样的思路。比如脑血管病导致的情绪烦躁、情感脆弱、术后谵妄等。

接下来，是一些提供病例的医生已经把心理线索描述的比较清楚的病例，主要属于得了躯体疾病以后，患者对患病的心理反应。这是常人都有的心理，理解起来不需要特殊的精神病理学基础，适当提醒各科医生多加注意，有助于提高对病人服务的质量。这部分还包括一些只描述出患者有不良情绪的病例，即躯体疾病伴发焦虑或抑郁情绪。具体从精神病理学角度如何深入理解，由于提供病例的医生没有受过这方面的训练，所以虽然觉得异常——“得同样病的患者大多数不这样呀。”——但说不清怎么回事。这里也只能先做到鼓励识别和对症处理。即便是对症处理，也有不少专业建议，赵友文老师、方耀奇老师在这里给了我们很多帮助。

再往后，就是对内外科医生来说比较困难的，有神经症意义的病例了。从医学角度难以解释其主诉，而且患者本人对待自己

身体不适的态度和患病行为用常理难以理解。这部分有几个病例写出了神经症的味道，加上精神科医生的点评，对大家理解这些其实经常发生在我们工作环境中的现象会有所帮助。这也是真正打开了一道通向患者精神世界深处的大门。

最后，是一些在综合医院心理门诊工作的医生进行心理咨询与治疗尝试的案例。包括前面说的长得像网络小说的。我们有幸请到这方面专家许又新老师和丛中老师给与点评，读来受益匪浅。这部分还包括一些带有特殊性的问题，比如如何向肿瘤患者告知诊断，肿瘤心理学特点等，吕秋云老师专门进行了总结和介绍。

经过这一番梳理，有心的读者不难看出，按我们编排的顺序，单凭生物医学模式能解释的比重越来越轻，而进行心理-社会角度的理解变得越来越重要。这也正是编纂本案例集的初衷——力图体现生物-心理-社会模式是如何从整体上看待疾病和患病现象的。这里还要提醒大家的是，上面提到的几种情况有时可以混合存在，比如一个有神经症几十年的患者，到了老年也会得冠心病、脑血管病，这时几种情况就叠加在一起了，既有原来的神经症性应对，又有对新发疾病的心理反应，如果是脑血管问题，生物学因素本身也影响情绪表达。如果是这种复杂情况，那么哪种性质的问题最突出，我们就把他放在哪一类。不过读者不要把不同角度分析问题的思路对立起来，尤其不要陷入躯体-心理二分法的泥坑。从生物-心理-社会三个角度全面看待问题的优势，这时才真正显露出来。

虽然我们做得还很不够，但毕竟向前迈出了一步。在今后的工作中，我们还打算不断修订增补这本案例集。今天的读者，也许就是明天的作者。

愿我们共同进步！

胜 利

2007年1月17日

目 录

第一部分 躯体疾病和脑疾病引起的精神障碍	(1)
案例 1 谵妄没说清——相逢不相识的老伴	(1)
案例 2 糖尿病伴发的精神障碍	(8)
案例 3 术后谵妄	(15)
案例 4 中毒谵妄——我见到了毛主席	(17)
案例 5 卒中后抑郁——磨人	(20)
案例 6 脑出血后焦虑	(22)
案例 7 卒中后焦虑性抑郁状态	(24)
案例 8 痴呆——不知自己出生年月	(29)
案例 9 痴呆——认死理儿	(32)
案例 10 痴呆还是谵妄？	(34)
案例 11 老年抑郁？意识障碍？还是痴呆？	(37)
第二部分 心理反应与伴发情绪紊乱	(41)
案例 12 不敢睡觉	(41)
案例 13 幻觉与表象——半夜看见家人吃饭	(43)
案例 14 退休综合征	(46)
案例 15 默默无语的病友	(48)
案例 16 糖尿病人的紧张	(50)
案例 17 饿死算了	(52)
案例 18 不说不动的人	(53)
案例 19 来京打工的女孩	(56)
案例 20 血压、血糖忽高忽低	(60)
案例 21 胸闷难忍	(63)

第三部分 神经症性障碍	(65)
案例 22 “皮尺不离身”的小学女教师	(65)
案例 23 她为何乱了阵脚?	(71)
案例 24 出不来这口气	(74)
案例 25 自困于家中的“心脏病”	(76)
案例 26 心慌慌	(79)
案例 27 “冠心病”	(82)
案例 28 “心脏病”的受害者	(84)
案例 29 久旱逢甘雨	(87)
案例 30 胃痛不一定是胃病	(91)
案例 31 “胃都缩紧了”	(93)
案例 32 呕吐背后的秘密	(96)
案例 33 不怕死但怕痛的心梗后患者	(104)
案例 34 “破皮感”	(112)
案例 35 会阴疼痛	(116)
案例 36 不敢走路的大学生	(120)
案例 37 不停地问	(123)
第四部分 心理探索	(127)
案例 38 难以入眠的中年男人	(127)
案例 39 一个抑郁的女人(缺乏爱也是病?)	(131)
案例 40 对视恐惧症患者的谜底和心声	(133)
案例 41 无脉症的女孩	(138)
案例 42 脑垂体瘤奇迹般的康复	(140)
案例 43 失去女儿的工作狂	(143)
案例 44 腹痛和压力	(149)
案例 45 内疚与窝火	(153)
案例 46 精神分裂症的奇迹康复	(161)
案例 47 一个精神分裂症男人的心声	(168)
案例 48 一个精神分裂症女孩的无奈	(173)

案例 49	和母亲敌对的女儿	(175)
案例 50	一个想离家出走的厌学男孩	(181)
案例 51	百无聊赖的高中生	(198)
第五部分	肿瘤	(201)
案例 52	乳癌和心理	(201)
案例 53	乳癌背后的不幸——乳癌与婚姻	(204)
案例 54	如何告知癌症诊断	(212)
案例 55	癌症晚期我们还能做什么?	(218)
案例 56	分不清疼痛还是心烦	(222)
第六部分	儿童病例	(225)
案例 57	儿童心理障碍两例报告	(225)
案例 58	儿童眼科案例	(231)

第一部分 躯体疾病和脑疾病引起的精神障碍

案例 1 谵妄没说清——相逢不相识的老伴

【病情摘要】

患者陈某，女，71岁，因恶心、呕吐，剧烈腹痛10余天在综合医院住院治疗，4年前患胃癌行胃大部切除术，医生考虑目前为胃癌转移，十二指肠梗阻引起的，予静脉输液支持治疗，腹痛考虑为肿瘤引起的，给予多瑞吉（芬太尼透皮贴剂）贴片，每小时吸收 $50\mu\text{g}$ ，间断又予吗啡 30mg /日肌肉注射。恶心、呕吐，腹痛等症状好转。但在使用多瑞吉第三贴时，距离使用第一贴片8天后，患者夜间突然开始出现夜间定向力差，恐惧，凭空能听到声音，及凭空视物，看到许多人在屋里，不认识老伴，觉得护士输液要害自己，夜间睡眠差，对治疗护理不合作，拔输液器，打保姆等。而白天则表现的淡漠、嗜睡，反应迟钝。于是停用多瑞吉贴片，予吗啡 30mg /日，分三次肌肉注射。近3天因夜间患者躁动不安，予安定 6mg 每晚间隔静脉注射。患者常到凌晨2点后方能入睡。故请精神科医生急会诊。至精神科医生会诊时，患者夜间躁动，白天嗜睡的症状持续了4天。

【会诊情况】

近中午，精神科医生去会诊时，患者半卧于床上，意识清楚，问答切题，患者能说出目前是中午时间，但不知道几月几日，知道在医院，但不知道所在医院的名称，认识老伴，知道老伴的职业，但不记得主管医生的名字。能意识到近记忆力减

退，不能回忆夜间发生的事情，患者说自己夜里在睡觉。不想住院，想回家，认为家里的环境比较熟悉、安静。交谈时患者显得疲惫，使得医生无法进行智能及抽象思维等方面的检查。

据患者的丈夫介绍，患者入院时记忆力及智能均正常，并著书，丈夫是这家医院的骨科主任，患者对这家医院很熟悉。患者平时对医护人员及护工很和蔼。近4天来，患者如同换了一个人，在夜间情况尤其严重。

【会诊思路及诊断】

精神科疾病，往往是功能性的，无法通过仪器客观检查出来。精神科医生先要明确疾病的症状学表现。这要求医生对患者做相对全面的精神检查，向照顾者了解发作时的表现。

患者急性起病，夜间存在定向力障碍，片段的幻听、幻视及被害观念，有冲动行为，失眠，存在恐惧及易激惹情绪，症状昼轻夜重。

根据病人的症状及特点，我们考虑以下诊断。

1. 精神活性物质急性中毒

由于患者有使用精神活性物质的经历，所以需要首先考虑此诊断。让我们认识一下，多瑞吉，通用名为芬太尼透皮贴剂，英文名：Fentanyl Transdermal System。芬太尼为一种阿片类止痛剂，主要与 μ -阿片受体相互作用。它的主要治疗作用为止痛和镇静。对于首次使用阿片制剂的患者，芬太尼的最小止痛血清浓度范围为0.3~1.5ng/ml；在血清浓度高于2ng/ml以上时副作用的发生频率增加。

未使用过阿片类药物的患者应以多瑞吉的最低剂量25 μ g/小时为起始剂量。多瑞吉剂量25 μ g/小时，相当于24小时口服吗啡剂量<135mg/日，多瑞吉剂量50 μ g/小时，相当于24小时口服吗啡剂量135~224mg/日。

在开始使用多瑞吉的时候，血清芬太尼的浓度逐渐增加，在

12~24 小时内达到稳定，并在此后保持相对稳定直至 72 小时。芬太尼的血清浓度一般在首次使用后的 24~72 小时内达到峰值。芬太尼的血清浓度与多瑞吉贴剂的大小成正比。在持续使用同样大小的 72 小时贴剂时，则血清浓度保持稳定。在取下多瑞吉贴剂后，血清芬太尼浓度逐渐下降，在大约 17（13~22）小时内下降 50%。老年、恶液质或虚弱的患者，芬太尼的半衰期可能延长。

多瑞吉的不良反应是典型的强阿片受体激动剂的反应（恶心、呕吐、便秘、低血压、嗜睡、精神错乱、幻觉、欣快、瘙痒及尿潴留。与所有的强效阿片类制剂相同，最严重的不良反应为肺通气不足）。大多数的不良反应都是轻度到中度，通常都能通过减量和加用合适的辅助药解决。使用多瑞吉后，出现精神依赖极为罕见。临床需要停用多瑞吉时，需注意避免发生强阿片类药物的戒断症状。

ICD - 10 中认为精神活性物质的急性中毒往往与剂量密切相关。未使用过阿片类药物的患者应以多瑞吉的最低剂量 25 μ g/小时为起始剂量，但是本患者从 50 μ g/小时为起始剂量开始。

如果是多瑞吉的急性中毒而出现的精神病性障碍，在用药后立即（往往在 48 小时内）出现，而且症状持续，无明显昼夜波动。但是本患者却在用药 8 天后出现精神症状，且存在明显的昼轻夜重变化。患者在停用多瑞吉后，仍每天使用吗啡止痛。而本患者的精神症状持续 4 天后好转。

综上所述，我们不考虑为精神活性物质的急性中毒，但是我们可以进一步对使用过芬太尼的病人是否会出现精神病性障碍进行临床观察和报道。

2. 谵妄，躯体疾病所致

我们先熟悉一下 ICD - 10 关于谵妄的诊断要点：为明确诊断，应或轻或重的存在下列每一方面的症状：（1）意识和注意损害（从混浊到昏迷；注意的指向、集中、持续和转移能力均降