

全科医学案例讨论

作为一名合格的全科医生，提供的是一种新型的、个性的、人性化的医疗服务，其中接诊、问诊、体检、实验室检查、新型检测技术的应用以及人际交往、协调病人-家庭-社会关系，利用双向转诊合理支配医疗资源的能力和技巧需要我们在实践中不断培养和提高。在这里，我们精选了一些国外的全科医生案例，介绍给大家，希望国外全科医生的服务宗旨和诊疗模式能对大家有所启示(本案例素材来自《中国全科医学》杂志，感谢原作者和杂志社)。

病例一、抑郁症

多娜·格林，43岁。因为头痛找鲍拉·诺克斯医生看病，她及其家人长期找诺克斯医生看病已有13年了，诺克斯医生明白多娜正经受着许多令人伤心的事情。最近，多娜17岁的女儿玛格丽，因为在商店里扒窃而被俘，而那时她正处于因涉嫌在学校吸烟犯罪的假释期，她的成绩不好，在选择朋友方面存在一些问题，或许除了吸烟外她还可能使用了其他药物。多娜的大儿子安吉离家在外上大学，但已有两年没回家了，她很想念他，她们的母子关系似乎很好。多娜和她做工程师的丈夫兰瑞结婚已经23年了，他们的婚姻关系不再亲密，她丈夫的工作很忙，因为公司的事情总是出差。在抚养孩子们的事情上，他也帮不上忙，她提到他们已经有很长一段时间没有性生活了。多娜一直负责照看她的婆婆，老人名叫琼·格林，最近刚从格林家搬到寄养家庭了，她的健康状况很糟糕，需要人照顾，多娜因为没能负起照顾老人的任务而感到很内疚。

当多娜开始诉说这些事情的时候，她马上失去了控制，放声大哭，她丧失了希望，说她不容易再与她的丈夫沟通，她丈夫也不常与她说话，她心灰意冷，总是头痛并且感觉乏力。多娜除了服用钙剂及一些营养药、维生素外，什么药也没用过。她曾做过输卵管结扎，在生了女儿后曾有过一次流产。她的母亲海伦45岁时死于乳腺癌，她的父亲卡尔住在另外一个州，其父再婚后多娜就没去看过他。多娜还有个不常见面的姐姐，患抑郁症已有多年。除此之外，多娜还有一个兄弟叫汤姆，体格健壮，住在其他州。多娜无药物过敏史。多娜从没有离家外出工作过，也很少到她孩子的学校做义工。孩子小的时候，她经常去当地的教堂，但最近没有参加什么正式活动了。她喜欢安静和读书，不进行体育锻炼，诺克斯医生怀疑她每天饮酒，但多娜予以否认。

她的头痛源于肌肉紧张，经常发作，她目前正服用镇痛药(对异丁苯基醋酸)来控制头痛，她一次次看病，经常开镇痛药，她的视力、听觉比较好。平常感觉乏力，睡眠也不太好，尤

其是当丈夫不在她身边时。她的月经正常，没有出现明显的更年期症状，她绝大多数时间孤守空房，经常哭泣，老是觉得自己没有价值，她仍感觉照顾婆婆的负担很重，要带其看医生，做身体治疗，婆婆已被诊断患有乳腺癌，这件事加重了多娜失落的情绪。这件事再次提醒她她的母亲也死于乳腺癌，多娜恐惧不安，每隔 1 年就到医院作巴氏实验及乳腺检查，她的体重没有变化，最近一次体格检查是在 3 个月前进行的。在诊室初次遇到多娜，诺克斯医生就明白她是个抑郁的病人，当多娜恢复自制后，她问到：“我神经质吗？”在她的膝上她拿着一盒纸巾，在她说话的时候，她眯着眼睛，时常向下看，她否认有过自杀，她不知道该做什么。她不喜欢吃药，担心会对药物成瘾。她的一个女朋友曾经告诉她怎样对付失落、沮丧的心情，但是多娜不明白为什么要这样做，也就从没按照她的法子去试一试，她记起在她妈妈死于癌症时，有位医生给过她抗忧虑药，但是她不喜欢药物带给她的感觉。

讨论 1：抑郁症流行特征及危险度

患有悲伤、忧郁症状的病人(消沉、轻和重的抑郁、悲痛、狂躁、抑郁并焦虑的患者)，经常会被基层的家庭医生发现。据卫生保健政策制定研究署(AHCPR)估计，在美国，抑郁的发病率，女性为 4.5%~9.5%，男性为 2.3%~3.2%。另外该机构承认，人一生患抑郁症的危险性男性为 7%~12%，女性为 20%~25%。据估计，8 个人当中，有 1 人在人生的某个时期内曾被诊断为抑郁并被治疗。一些人士认为，40%~50%的抑郁症患者在普通的医院内被漏诊，繁忙的执业医生不仅必须学会鉴别诊断抑郁症状，还必须制订一种有效的适合抑郁症患者的治疗方法，无论是患消沉、悲痛抑郁的男人和女人，都需要时间、资料去诊断，而这些东西也正困扰着这些医生，并可能会给治疗保健工作带来困难。

患抑郁症的危险因素包括：该个体有抑郁症史、或者他(她)的一级亲属有抑郁症既往史、自我调节能力差(依赖个性、自卑、长期焦虑等等)、女性、同期患有精神疾病等。那些消极的人最容易成为抑郁症患者。但是，任何一个人面对人生重大挫折都会表现为悲痛、消沉，大多数人生中的精神创伤或悲剧直接与他(她)的抑郁情绪有关。

儿童和老年人抑郁症的发病情况不容忽视。儿童抑郁症发病可能会伴有身体不适、药物滥用、学习成绩不好等情况。老年抑郁症目前机理尚不清楚，社区老年抑郁症的发病率与总人群发病率相似，但是养老院内老年抑郁症发病率比较高，一般 4 个人当中有 1 人发病。

抑郁症患者就医困难所导致的相关问题较普遍，这些问题不仅会涉及到病人本人，还关系到病人家属及朋友。当前迫在眉睫的任务是家庭医生要尽早发现抑郁症患者，给其讲解有关抑郁症的知识，并做出治疗选择，同时要尽快取得与其他精神病专家的合作。对忙碌的家庭医生而言，将病人人为地划分为重、轻、慢性、双重并重型是不利的，重要的是要弄清有

哪些危险因素，怎么满足病人的需要，解决病人的有关问题，要警惕病人情绪不良的症状和体征以及尽可能为病人进行综合性治疗。

讨论 2：生物医学评价

同处理其他疾病一样，为能拟订有利于病人的治疗方案，家庭医生首先的目标是找出抑郁的原因。要想弄清病人抑郁的原因，需要询问、调查和详细的检查，对于抑郁的诊断(生物医学排除，心理社会学的评估、协同作用)，医生普遍感觉到，识别容易、确诊难。

没有生物医学指标及诊断性的检查可以用于确诊抑郁症。但称职的家庭医生应当能够认识并鉴别抑郁所表现的症状，如：控制不住的哭泣、目光不集中、体态不良、少言寡语等。抑郁的症状和体征或多或少会表现出来，家庭医生也能够发现一些蛛丝马迹，进而发现抑郁症患者的症状和体征。如果病人最近一段时间内没有做过彻底的检查，这其中包括实验室检查，家庭医生应当迅速有效地为病人安排一个时间进行这样的检查。在临床评估的开始阶段，这也许很难办到。相比其他专家，家庭医生更易获得病人的既往史、家族史和人际关系等资料，然而，这些信息虽然极为宝贵，同时也可能误导医生，家庭医生应当多次评估患者，才能最后确诊该患者是否为抑郁症。同时还要寻找其他证据，比如，个人行为、职业、家庭以及凡是能导致他(她)抑郁的所有因素。

如果一个病人表现的是明显的抑郁症状，而既往史及机体都正常，对于这样的病人就不需要为了一个明确的诊断，再安排额外的全面性实验室检查。许多系统性疾病容易导致病人患抑郁症，如：残疾、弱智、不会娱乐、性功能障碍、早产的产妇等，所有这些情况都能促使病人对所遭遇的压力做出不正常的反应，如果患者表现上述这些生物医学状况，家庭医生应高度怀疑其患有抑郁症。

为了筛查病人，一般要做全血细胞计数、红细胞沉降率、生化指标及甲状腺素等就足够了。www.med126.com 甲状腺机能减退疾病、糖尿病、轻度肾衰、维生素缺乏症、自动免疫失调疾病、心血管疾病以及一些神经系统疾病可提示病人可能会患有抑郁症，任何有不明原因的体重下降(或增加)的病人，即使其血像正常，也应当做抑郁方面的检查。

特殊人群的抑郁症，尤其是老年人，可表现为疲劳或痴呆，对于这部分人群，应对其神经功能做更彻底的评估，可能的话，最好做一个脑部 CT。

很多药物可能导致抑郁，家庭医生一定要提高警惕。抗高血压药物(尤其是 β -阻断剂、噻嗪类利尿剂等)、洋地黄、激素(尤其是口服避孕药及促蛋白合成类固醇等)、非甾体抗炎药、强抗癌药、抗感染药、苯(并)二氮以及精神类药物等，上述所有药物均与精神疾病有关，饮酒及使用违禁药(安非他明、可卡因、LSP)也经常发生在抑郁症患者身上。

如果病人没有滥用药物史，当前也没有服用能改变精神状态的任何药物，也没遇到令人伤心的事，却出现了抑郁的症状和体征，那么这样的病人需要马上治疗，同时要弄清该病人是否有过躁狂迹象，躁狂-抑郁型是抑郁人群中的一部分，需要做更精细的检查和治疗，可能的话，需要精神病专家对其进行评估。

出现抑郁却没有上述几种诱因的患者很少见，这样的病人通常采取的医疗方法如给予关注、安慰、使用抗抑郁药是不起作用的。对于慢性的抑郁以及比较顽固的抑郁，家庭医生更有责任继续鼓励、关心抑郁患者，并定期评估那些抑郁患者的需求。

讨论 3：社会心理评价

抑郁是一种精神疾病，其表现方式另人难以琢磨，又十分另人痛苦，只有发病者及其关系密切的人能体会到。因此，这种病难以定义，而且对那些从来没有经受过此病的人而言，抑郁一直让人们难以理解。尽管他们偶尔才能碰到令人心灰意冷的事情，但是，经常每天要同形形色色这样的事情打交道，久而久之，引发个体出现这种灾难性疾病。病人感觉自己没有价值、自己恨自己、不愿意向同情他的人及医生述说，这种情况妨碍了疾病的诊断，并因此阻碍了抑郁的治疗。《精神疾病的诊断和统计指南》中给出了大多数抑郁症 DSM-IV 诊断标准如下：(1)大多数日子几乎每天出现消沉的情绪(儿童敏感症及青春期敏感症)；(2)在大多数日子，几乎是每天对所有的活动兴趣明显降低(从其主动行为或由他人观察到其在大多数情况下表现为无动于衷)；(3)明显的体重变化(减少 增加)；(4)睡眠不良(失眠 嗜睡)；(5)精神性的焦虑与呆板；(6)疲劳；(7)感觉失落(犯罪感)。

抑郁症患者会因为不同的症状就诊，且多数病人不能控制个人的感情，容易哭泣，同样不能专心叙述病情，他们也可能表现为恐惧，也许得有家属陪伴才能看病。考虑到人际关系的影响，医生在询问病史及检查的时候，可以让也可以不让家属留在诊室内，决定是否让家属留在诊室，一个有效的办法是询问病人是否让陪护留下。
www.med126.com

能造成精神状况改变的情况通常包括滥用药物、同时服用很多种药物、令人伤心的事件、社会压力，偶尔也会由一般医学疾病引发。在初诊时，医生应当仔细询问病史及症状，并为病人做细致的检查，无论需要多长时间，必须找出上述哪种情况可能发生在病人身上。精神疾病类型可分为精神错乱型抑郁、抑郁-躁狂双重型抑郁、月经前抑郁、老年性抑郁、不典型型抑郁、季节性抑郁、产后抑郁、精神错乱。

精神错乱型抑郁可能是家族遗传的，也可能是偶尔发生的。抑郁-躁狂型疾病也可以定义为：一种主要以抑郁发病为主，夹杂着个别阶段发病为躁狂的精神病。97%的抑郁-躁狂型病人多数时间表现为消沉，这一组病人自杀率很高，是正常人群的 20 倍。妇女月经前精

神抑郁(PMDD)是抑郁症的一种,机理目前尚不清楚,亦没有治疗方法,大约可累及 8%~10%的育龄妇女。老年性抑郁,顾名思义,老年人患的抑郁症通常表现为动作迟缓、对日常生活中的活动丧失兴趣,对周围发生的事情没有反应,他们通常伴有睡眠障碍,尤其是在清晨抑郁最为严重。老年性抑郁就像其他人群的抑郁一样,机理尚不清楚,也没有治疗方法,这种病也可表现为记忆力丧失、注意力不集中、定位不准确等,因此很容易与老年性痴呆混淆。非典型抑郁的患者,有自我调节功能障碍的问题,有过度活跃、呆滞,前者表现为焦虑不安、睡眠不好,有时会被误诊为精神错乱,后者表现为嗜睡、贪睡、反抗情绪、自感身体不适(抱怨病痛总是不舒服),这种疾病易发生于年轻人。季节性抑郁(SAD)患者表现为周期性抑郁(一般秋天发病,冬天缓解),许多个体随季节的变化会出现情绪变化。产妇也会出现非精神性抑郁的体征和症状,那些有过精神疾病既往史的妇女发病频率会更高。

讨论 4: 家庭评估

当家庭中的一名成员患抑郁症,在大多数情况下,其他家庭成员也会受到影响。抑郁患者需要关注,通过别人及其积极热情的行动才能达到。通常绝望的病人没有能力履行他对家庭中的责任,这种特别需要关心照顾又无力担负家庭责任的双重作用,使本已脆弱的家庭关系雪上加霜,影响家庭中的其他成员以及亲戚朋友,如果病人的问题得不到及时处理,那么这些关系至少会出现暂时的破裂,也许会永久破裂。那些导致个体抑郁的原因,同样也会引发家庭其他成员出现与抑郁相关的问题,如:家庭成员的突然死亡、家庭财政突然滑坡以及其他悲剧,而且经常牵涉到家族中许多成员,医生应当努力防止这些问题的发生。

抑郁症经常因为家庭冲突而加重,尤其长期家庭冲突。家庭暴力是常见的社会问题,家庭暴力的牺牲品往往是那些适应能力差的人。对于这样的抑郁症病人,对其采取耐心劝慰、社会的力量(动用警察和法院的力量)以及为其提供收容所是必要的。抑郁症状经常会在患者感觉孤独或有被抛弃的感觉时发生,对这样的病例不可能光靠提供帮助来解决,不改变家庭不和睦及僵化的亲人关系是不行的。

家庭医生是惟一能对抑郁症患者做出正确评价的人。家庭医生首先要认识的问题是抑郁症患者的大体情况,例如病人的思维方式、自杀倾向、健康状态、当前的卫生习惯(药物滥用,营养状态等)以及直接的生活物质来源等问题。只有弄清楚这些问题,并且确认抑郁患者处在安全状态之后,医生才可以开始寻找机会进行家庭访谈。因为进行访谈很重要,这些访谈最好安排在就诊当天、病人住院期间或在一个入户访视期间完成。家庭访视不是纯粹的功利行为,每进行一次家庭访视就有一次深刻的印象,一次家庭访视就是一次人道主义行为,它表达了这样的含义:“我非常关心你,我离开自己的办公室或医院,只是为了看你。”

这种行为对被关心的病人影响是非常大的。

讨论 5：社会与社区的影响

抑郁症给社会带来的影响是难以估量的。据估计，美国在 1980 年，用于治疗抑郁症的花费以及由于其间接造成的劳动生产率的浪费达 16 亿美元，1996 年美国用于抑郁症的治疗费用是 40 亿美元。这些估算还没包括抑郁带来的间接花费，如减轻病人疼痛、痛苦状态以及改善其他生活质量的费用。这些自感悲观和前途无望的人可能需要或不需关心以及开销很大的治疗。但是他们绝大多数不能正常工作，在社会上也不能担负起应尽的责任，同时可能会吸毒、酗酒以及经历其他药物成瘾，这些都无形中增大了社会的花费。

大多数抑郁症患者遭受自我折磨的痛苦。他们自寻烦恼，从未感到满意。他们经常不能恰当地处理他们与家庭、与同事甚至可能与关心他们的人的关系。这样的情形妨碍了他们在家庭、学校以及工作中行使正常的职责。家庭医生是最有可能知道抑郁症患者的症结的人，同样家庭医生要了解病人和他(她)家庭及病人生活来源，这是制定抑郁症患者重返社会的治疗计划的关键。

绝大多数抑郁的人都处于一种不现实、无原因的绝望状态中，而且被这种夸大的病因和致命的威胁折磨着，不能再回到现实中。这需要他的爱人、朋友和家庭成员去劝慰抑郁症患者，用生命的价值去改变他的无价值感，这样的劝慰可以有效地阻止病人的自杀行为。

大多数国家设有政府性的福利机构，为这些人提供帮助。虽然经证实这些组织所起的作用是无法估量的，但由于病人较多，这些福利机构为抑郁症患者提供保健的能力是值得怀疑的。通过一位受人尊敬的教导者(临床心理医生、社会医学工作者、牧师)对病人的劝导，取得成功的可能性很大。为了给予病人制订治疗计划，全科医师必须尝试使该病人与这样的组织保持密切的联系，同时要考虑病人的支付能力、交通是否便利以及是否愿意接受这样的帮助。
www.med126.com

讨论 6：预防疾病和健康教育

抑郁症的主要危险因素包括抑郁既往史、抑郁家族史、自杀既往史、女性、40 岁左右、药物滥用、缺乏自尊、缺乏社会保障、不良药物史、曾经经历过痛苦的事件、产妇等。家庭医生应该辨别这些危险因素，只有清楚病人的遭遇，才有可能为病人排忧解难，尤其是对于那些已经出现机体症状的病人更为重要。若病人出现疲劳、失眠、长期疼痛、非特异性的胃肠疾病、性功能低下、易怒等症状，且在机体上查不到原因，这时候应高度怀疑其患了抑郁症，问诊时应侧重于抑郁方面的询问。

通常，病人在表达他(她)的感情或忧伤时，会感觉到很尴尬或害羞。少数情况下，病人

或许尚未认识到自己的感情变化。然而，弄清楚这种变化是极其重要的，医生不仅需要去认识忧郁的症状和体征，还要培养倾听的技巧(身体姿态、眼神、稳重的行为)，鼓励病人表达他(她)的情感和需要。

越来越多的人认识到，消极和抑郁是负面影响个人及社会的主要因素。预防疾病，无论是精神上还是机体上，一位优秀的家庭医生都能起到积极的作用，弄清楚抑郁症患者的危险因素并辩明他们对患者及其家庭的影响，可以帮助改进个人和大众的健康状况，让公众知晓抑郁，并让病人了解这方面的病理、生理学知识当然只是简单地了解这就是家庭医生的职责。

讨论 7：应用和治疗

健康保护政策和研究机构(AHCPR)提供了治疗抑郁症患者的 3 个阶段方案：(1)急性期治疗(6~12 个月)；(2)继续治疗(4~9 个月)；(3)支持治疗(预防复发期)。治疗抑郁症的目的，就是使患者获得持续稳定的无病状态，这种状态只能通过临床上短期及长期的给予病人关爱才能达到。

抑郁症患者需要同医生制定一个时间表，利用充足时间才能表达他的感觉，而且更重要的是，通过彼此充分了解，医生才能拟订出可行的治疗方案。通过一次就诊绝对不可能做到这一点，需要进行多次诊视才能达到。家庭医生要努力进行评估工作、教育工作及进行治疗，更重要的是，弄清楚抑郁症患者的需要胜过简单的门诊检查，如果没有足够的临床观察时间，那么应尽可能早地为抑郁患者定出一分可行的随访计划，这一点非常重要。

在随访开始阶段，家庭医生必须唤起病人对生活的希望，必须为病人排解失落的感觉，但也必须不时地告知抑郁症患者有关抑郁的知识。初期的教育最好是结合图表说教，快速地在草稿纸上勾画出一张简图，医生可以向抑郁症患者解释为什么人会快乐和悲伤，但是抑郁症是一种悲伤，只不过这种悲伤时间过长、不太正常而已。抑郁症的治疗就是调节病人的情绪，将低落的情绪调整并上升到正常范围内。几种治疗方式(医药治疗、劝导治疗)要向病人解释清楚这些解释内容应包括：这些治疗是如何弥补病人的缺陷，它们又是如何起作用的。

在急性期治疗阶段，临床医生必须决定采用什么方法进行治疗。是用药物治疗还是用劝导方式，还是两种方式合并运用最有效。当然，抑郁症患者精神处于麻痹状态，不能同医生讨论决定，对于大多数的抑郁患者，仅靠劝导和药物干预治疗是不够的。不论是否开始劝导治疗，都需进行抗抑郁治疗，家庭医生应该告诉病人药物治疗是有效的，且不是固定的模式，而且可以和其他的疗法相结合进行。在随后的随访中，有必要询问病人药物的疗效及出现的副作用。早期随访可以在病人到医院就诊时进行，而后的随访可以通过电话来完成，尤其是对于那些懂得随时可以使用电话进行预约看病的病人。药物服用的调整(持续加大药物剂量、

改变抗抑郁药物)应根据病人反应的程度和性质来决定。如果抑郁症患者用药后不起作用,医生应该进一步诊断,可能的话,为病人找一位精神病专家或者其他精神卫生方面的医生为患者诊治。

劝导治疗(精神疗法)在某些较温和的抑郁症病例当中是有效的,讨论完治疗方案后,家庭医生应考虑为病人物色一位劝导员(临床心理医生、社会医学工作者、牧师、精神病专家均可),以帮助病人改变精神状态。精神疗法需要包括以下协议:病人愿意接受这类治疗、必须有称职的精神卫生专业人员参加、精神卫生专业人员与家庭医生必须保持密切关系。

病人是否能坚持进行这种精神疗法与药物治疗的混合治疗,决定于病人本人的意愿,想中断治疗的病人(比如:治疗中的妇女希望怀孕),应该接受这样的建议:若他们想继续进行新的疗程,医生无论何时何地都会帮助他们。对急慢性抑郁症患者来说,最重要的选择是要知道家庭医生随时会为他送去安慰。

讨论 8: 服务协作性和持续性

富有同情心的家庭医生需要掌握的最重要的临床技巧和能力就是,为了照顾好每一位抑郁患者,要学会倾听病人的心声,而且要将关心、爱护带到病人的家庭及其所居住的环境当中去,要利用病人身边的所有条件尽量满足病人的需要。消沉和抑郁随时左右任何一个病人,认清每个病人形形色色的遭遇,有助于家庭医生有效地解决每位病人生理和心理健康上的需求。

如果病人有自杀倾向,可以将其送到一些专门机构,以便有效的阻止他们的自杀企图,建议设立这样的机构,以便于过渡期的抑郁症患者在此受到保护。当然同这样的病人达成协议也是一条有效的防止自杀的途径,在病人开始行使他们的自残计划之前,就让病人同医生签订一个协议,家庭医生必须常常和抑郁及重症抑郁症患者在一起。必须让抑郁症患者明白,必要的时候他可以同家庭医生取得联系。
www.med126.com

如果抑郁患者被建议送到专业机构治疗,而一直负责治疗的家庭医生又不是那里的工作人员,家庭医生应当告诉那里的精神卫生专业人员,要注意关心这样的病人,首先专家的沟通有利于改善交流能力和病情的转归。该专业机构及医务人员的能力可以决定病人在医院或出院期间关爱工作的连续性。

精神疗法对于处于急性期的抑郁症患者是很有帮助的,家庭医生应该请实施治疗的临床专家持续进行这种疗法,最好用书面的形式记录下来,以便加强病人对劝导的反应,沟通工作差会导致病人不相信这种精神疗法。不断地总结与合作者的工作进程,可以提高改善病人状况的可能性。

如果病人所接受的劝导是由家庭成员、牧师、慈善机构或是其他非精神专业的保障机构进行的,那么家庭医生就应该弄清楚病人到底接受了哪些内容的劝导以及这些劝导是否可以帮助病人。有规律地重温这些东西,可以帮助家庭医生评估这些方法的价值,从而为其他医务人员提供参考建议,并避免采取不利的方法。

治疗抑郁症病人的两大基础是唤起病人对生活的希望和关心病人;家庭医生应努力为正遭受病痛折磨的病人提供这两方面的服务。要做到这一点,医生就必须想病人所想、急病人所急,不断的反复的评估病人的各种状况,积极主动地为病人排忧解难。