

第 103 期

2019年6月30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
四川省精神卫生中心 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

以终为始

不知道是不是心理的缘故，在美利华日子过得极其之快！晨起、午间、日暮，甚至日子不免在规律之后会按部就班，一天却总是感觉转瞬即逝的。而今，我们又要迎来新的学年。

初来时，内心充满期待也不免焦虑——肖茜学业早成，心怡风华正茂，轮转的医生们临床经验丰富，他们都在自己的跑道上持续向前，而我回国后的这几年来左往右顾其实也不知道自己成了什么模样？心中忐忑！彼时恰好看到一个很火的视频，里面有句话令人难忘：“我们人生中的每一件事都取决于我们自己的时间，你身边的有些朋友也许领先于你，有些朋友也许落后于你，但凡事都有它自己的节奏，你也一样，耐心一点。”它及时的投射，使我心平静。

在美利华这一年，我看到一群优秀的人在一片向上的气氛当中不断努力，远离无效的人际消耗，小团队，高效率，每个人目标明确，按着既定计划完成各自的工作。在这里，你就不会再相信“和谁在一起都一样”这种话。处于何种工作环境、跟谁一起工作、被谁辅导工作，足以影响我们自身的状态以及未来的职业状态。很多时候，一件事加另一件事的积累当中形成的是一种思维习惯、工作方式、价值观，甚至包括生活方式都在随之发生改变，道龙老师谓之“浸泡式”正发挥着它的威力。站得高才能望得远，选择不了出身家庭，但选择职业时尽可能的与行业里最排头的人站在一起，他们也能帮助你遇见更好的自己。

时间不会撒谎，我们都在老去。你给了岁月什么，岁月自然回馈你什么。我们一路走一路扔，扔掉年轻时的天真幼稚，也学会捡起成熟和坚韧。回望过去，感恩岁月，感恩与美利华的相遇。

推开宿舍的窗户，一片静好，清风不燥。把这一刻，印在心里。

2019年6月30日的清晨，于美利华中美班华佑基地。





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例适应障碍伴焦虑合并强迫型人格特质的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【全科医学】 15

循证之径——一例II型糖尿病患者的远程会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【科普内容】 19

何谓II型糖尿病

【心理学人】 32

那年花开，回顾来时路——美利华站在远程健康教育的最前沿



精神医学临床访谈

焦虑是这个社会的流行病。从普通的公司职员到身居高位的公司领导，似乎每个人都在为自己手头上的事情焦灼不已。虽然适当的焦虑能够增加人的积极性，不过，过度的焦虑却有可能拖垮我们的生活和意志。今天的案例中我们看到一位失眠几十年的老病号，问题是以前失眠本身没有困扰他，近一年来却反复的为此住院治疗，究竟是何缘故？大把的药片之下，究竟是什么被忽略掉了……

改版后的督导期刊中我们尝试为大家示范如何对案例的逐字稿进行不同角度的解读、分析，期待大家通过解读一方面能看到咨询中语言的力量，另一方面针对如何娴熟的运用技术，在潜移默化中打通知识与应用之间的奥秘。今后，为了使得大家有机会学会用这种方式来进行分析，我们将不定期在期刊中提供一些文字案例，请大家基于思考之上自行分析，一试身手。

今天的关键词：**平行病史，睡眠障碍，疾病焦虑，强迫症，适应障碍**

一例强迫型人格特质合并适应障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生
杨文君 医 生
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	男性	年龄	67岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	小学	婚姻	已婚
病史提供者	本人	职业	退休	病史可靠性	可靠

主诉：“夜间睡眠差20年，加重一年。”

现病史：20年前患者无明显诱因出现入睡困难，躺在床上辗转反侧，睡眠浅，易醒，醒后再入睡困难，严重时几天通宵未眠，晨起后精神可，渐出现头痛症状，感“脑袋要炸裂了”，病程中无明显的心慌烦躁、恶心呕吐等表现，也没有明显的情绪低落以及情感高涨等症表现，反复于住院治疗，诊断为“睡眠障碍”，予以“氯硝西洋、阿普唑仑、艾司唑仑”等药物对症治疗后，睡眠有所好转。其后坚持服用相关药物，夜间睡眠质量尚可，但如果不服药，就睡不着，严重时甚至通宵都无法入睡。**一年前因患者颈**



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



椎、腰椎不适，睡眠差，反复多次住院治疗，住院期间患者睡眠情况一般，颈椎情况改善后逐渐出现睡眠不好。**患者自行将睡眠药物不停地加量**，甚至氯硝西洋服药到10片、曲唑酮8片、喹硫平4片，患者服用如此剂量的药物仍然有睡眠不好的情况，睡眠情况多表现为入睡困难，入睡后能有一个比较好的睡眠质量。患者**因睡眠不好四处就医**，两个月以前曾在上级医院住院治疗，诊断为阿兹海默病和睡眠障碍，给予“美金刚、氯氮平、阿普唑仑”等治疗。出院后患者服用美金刚后因感疼痛自行停药。一个月以前患者病情再次加重，夜间睡眠差，即使通宵未眠，白天都完全没有睡意，晨起后精神可，但阵性的感头痛，故自行于家中服用睡眠药物，具体不详。夜间睡眠有所改善，但次日出现心慌烦躁坐立不安等不适，无恶心呕吐，无肢体抖动等症状，停药后心慌烦躁症状好转，但睡眠仍差，无法入睡，患者以失眠症收住院。患者自述入院第一天在睡眠监测的时候睡眠好，其余时间睡眠均差。

既往史：既往健康状况一般，院外发现前列腺增生症，没有特殊治疗，**2011年行颈椎手术治疗8次**，余无特殊。

个人史：出生于原籍，患者父母文革前是地主，后来将患者送给奶娘抚养，家中排行老四，兄弟姐妹中没有睡眠障碍，有吸烟史，目前是每天两到三支，既往有饮酒史，目前已戒酒10年，已婚，适龄结婚，夫妻关系和睦，配偶身体状况一般。现有子两名，女一名，智力发育良好，没有童年不良遭遇，社会适应良好，家庭经济状况中等，没有精神活性物质使用，没有病前的重大生活事件，病前人格特点是个性急躁、倔强。

家族史：无特殊。

体格检查：未见明显异常。

精神检查：

一般情况：患者意识清，时间、地点及人物定向力正常。接触合作。

语言功能：语量适中，语速适中，有逻辑性。

情感活动：情感活动协调，显得紧张，焦虑。

思维活动：正常。

感知觉：正常。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。



【病历小结及概念化】

患者自幼做事认真，追求完美，缺乏弹性，能够一字不落的背毛主席语录，工作后对待工作一丝不苟，非常认真，后做了管理人员，需要一些人际交往方面的技能，在工作中肯定会感觉到有压力，继而出现睡眠、颈椎问题，担心颈椎疾病而反复就医，行手术治疗，担心，紧张，睡眠差，焦虑等。现患者退休，无法释放自己焦虑的情绪，所以会反复纠结睡眠不好的问题，服药试药，过度关注睡眠问题，从精神动力学分析，患者有明显的强迫特质，在此基础上出现工作适应不良，颈椎有问题出现过度担心，现在又担心睡眠问题，故诊断考虑为适应障碍伴焦虑，强迫型人格特质。

初步诊断：适应障碍伴焦虑，强迫型人格特质。

治疗计划：

- 1.生物：给予米氮平20mgqn，喹硫平0.1qn改善患者的焦虑及睡眠障碍。鼓励患者白天多运动，减轻焦虑。
- 2、心理治疗：CBTI解决失眠问题，让患者认识到自己睡眠问题只是焦虑的表现，改善焦虑为主，继而睡眠才能改善。进行正念练习。
- 3、社会：心理治疗：CBT，让患者认识到自己睡眠问题只是焦虑的表现，改善焦虑为主，继而睡眠才能改善。

主诊医师：杨文君

2018-07-26

【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：哦？
3. Z 医生：说是这一年加重的比较明显，这一年前发生什么事了？
4. 来访者：我有颈椎病，也有前列腺增生。
5. Z 医生：对，一年前这个睡眠不好加重是跟颈椎病或者疼痛有关系吗？
6. 来访者：颈椎做了8次手术。

- 3、案例简介当中提示近一年的“加重”，这时候需要相信+确信的面对，在这里询问患者睡眠问题加重以来的“平行病史”。
- 4、患者回答有2种躯体疾病；注意这里没有用“感觉不舒服”等词语，而是病名。
- 5、确认睡眠和躯体疾病有无关联？
- 6、提到手术治疗既往史。



7. Z 医生：这颈椎的问题逐渐要做手术，是痛，让你麻，是这样的吗？
8. 来访者：2010 年到 2011 年，两年做了 8 次手术。
9. Z 医生：那你睡眠跟这个是在 2011 年以后有加重吗？
10. 来访者：对。
11. Z 医生：那就是晚上经常还有疼醒这些事吗？
12. 来访者：啊！
13. Z 医生：晚上有没有疼醒这样的，因为脖子一动，你做了 8 次手术有没有什么后遗症？
14. 来访者：有后遗症，脖子做了开放手术以后，它掉了，接过去，镶嵌异位 1-2 个毫米。
15. Z 医生：OK。有没有眩晕、恶心、呕吐，有这些现象吗？
16. 来访者：没有。
17. Z 医生：哦。就是疼痛？那你用没用过像文拉法辛、度洛西汀这类药物用过吗？
18. 来访者：不知道。
19. Z 医生：哦，不知道。
20. 来访者：嗯。
21. Z 医生：刚才说你这个睡眠不好，20 年前就有了，只是颈椎病以后加重，你那 20 年前，为什么 20 年前睡不好，之前没有问题？你现在是 67 岁，20 年前就是 47 岁了，就是说 47 岁到 50 岁左右为什么有这种问题。你 50 岁以前并没有睡眠的问题是吗？
22. 来访者：50 岁以前，可能就是有睡眠问题，那时候一天吃一颗安定就行了。
23. Z 医生：哦，就说你 20 年前你也有睡眠问题，并不是只有这 20 年有，是这意思吗？
24. 来访者：对对。
25. Z 医生：你一直都有睡眠的问题？

- 7、基于从神经病学知识了解颈椎的脆弱性，从最有可能出现的“痛，麻”讨论需要做手术的必要性。
- 8、并没有直接回答提问。而强调了手术的高频次。
- 9、再次确认睡眠与症状之间的关系。
- 10、患者附和。
- 11、确认是不是因为躯体上的痛感影响了睡眠？
- 12、有浓重乡音的来访者没有听清楚提问。
- 13、确认躯体上的后遗症。
- 14、明确回答有后遗症——躯体疾病问题显而易见。
- 15、基于从神经病学知识由颈内动脉系统短暂性脑缺血发作TIA的典型问题与颈椎病相鉴别。
- 16、患者否认TIA的相关症状。

21、睡眠问题最早发生原因是什么？确认20年来问题的模式

22、了解到一直存在的睡眠问题。不是近一年，不是近20年，而是更早之前的时间里都有这个问题。



26. 来访者：对。
27. Z 医生：OK。那我明白了。你工作的状态有变化吗？20年前工作变得轻了还是重了？
28. 来访者：20年以前呀，以前工作都比较重，那时候，在企业当机电车间主任，过后就轻松了，企业技术员。
29. Z 医生：不是，你得按照我的时间段说，因为我听不懂你在说什么。就是你在20岁的时候干工作比较重，体力活多，还是50岁的时候做体力活比较多？
30. 来访者：20岁以前做的体力活比较多，20岁以后做的体力活就比较少了。
31. Z 医生：哦。完了你做体力活比较少的时候，你睡眠就反而不好了，对吗？
32. 来访者：对对。
33. Z 医生：好嘞，我现在听清楚了。你今天想跟我们讨论什么问题？
34. 来访者：我今天讨论下，我的病到底怎么回事？
35. Z 医生：对的，好嘞，那我现在给你讲一下你是什么病，然后一会我再跟他们会完诊之后，再把反馈意见交给您。
36. 来访者：好。
37. Z 医生：第一个，你本身有这种强迫型人格特质，就是你这类的人容易工作精益求精，把《毛主席语录》也都背得一个字不差，就是你容易钻牛角尖的一个人，所以有了病也容易钻牛角尖，这是这一类的问题。第二，你有一些躯体的这些问题，就感觉自己病加重了，其中最明显的就是你的颈椎病，疼痛不适当然会困扰睡眠了。你本身就是个焦虑的人，当体力活做多的时候，外在消耗大当然就吃得饱、睡得香了；当用脑力多而体力消耗少的时候，头脑停不下来，焦虑就变得影响你休息，让人睡不着了。所以现在这样来面对：第一现在没有再工作，或者说不是全职的了，可以暂时先不管人际方面的问题。

27、最早的时候，睡眠这个问题之外，有过哪些平行病史。

28-33、通过这一段的对话弄明白了患者的疾病模式：

体力付出大的时候——没有问题；
脑体倒挂时，问题突显。

37、生物-心理-社会全方面向患者说明疾病的模式。以及后续关于用药的调整思路。



从生物学的角度，得让你做一些不损害脖子的运动，到时候我跟医生们一起去讨论一下。比如遛弯，走路，就是你如果是下肢的健康状况比较好，那就多走路；如果关节或膝盖不好，那就坐着锻炼，活动上肢，意思是说还得恢复这些体力方面的运动，因为焦虑的人，体力活动越多，睡眠状况会越好，如果体力上运动的少就容易胡思乱想，因为你的本质是个焦虑的人了，所以一方面我们得用运动控制住大脑的焦虑，另一方面要用药物让你不胡思乱想，这个病就解决了。药物我们得帮你选一些既镇痛，又催眠的药物而不是现在这几种药。心理咨询的，你要用一种方法，要做叫 CBTI，就是专门为失眠的人设计的这些治疗程序，再加上正念。所以你没有什么大病，但是个慢性的病，这个病跟你的性格也就是我们所说的人格有关系，并不是一天两天形成的，至少是 20 年、30 年的病程了，所以我们得一点点来改善。

38. 来访者：我还是吃的氯硝西洋，每一次晚上吃 4 颗。

39. Z 医生：对的，我知道你吃这药，这种吃法已经接近物质滥用了，属于乱用催眠药，所以你已经达到另一个诊断，一会我跟医生讨论，就是因为你不能这么去治疗。

40. 来访者：盐酸曲唑酮吃了 6 颗。

41. Z 医生：对，那个没有用的。

42. 来访者：喹硫平吃了 4 颗。

43. Z 医生：对的，你吃这些药都是没有用的，就是全部搞乱了，是因为你自己在乱用药物，这跟吸毒一样，就等于中了毒了。曲唑酮举个例子，超过 200 毫克没有任何催眠作用，结果你现在用了那么多片，加起来我不知道多少毫克，肯定超过 200 毫克了，所以你用这些药物一旦多了的时候，反而就有耐药性了。不能自己给自己乱治，咱们得重新调整一下药物，不能这么乱用。按现在这种服用方法都够物质滥用级别了，只是你用的是催眠药、镇静药。我们医生一

38、患者听完医生对自己问题的解释，立刻开始反复的进入对药品的解说。纠结细节，

自行、调整镇证药品已经算是一种滥用状态，但不自知。药品本身已经有明显的耐受性，没有治疗效果。



起讨论之后，会给你一个治疗方案，好吧？

44. 来访者：好好。

【个案概念化】

这个病人从精神动力学的角度讲，原来就有这种强迫型人格特质了，是高焦虑的人。但是很不幸的是，把这样的人提拔成经理——他如果一直当工人，踏踏实实的做着体力工作可能就没有什么问题。这个病人既不需要住院，也不需要吃这些药物，在这个过程中出现两个事，第一个就是适应障碍。因为他本不应该去做经理，去做了之后脖子疼痛等等，有一些躯体的问题，就难以适应这些慢性疾病，难以适应工作性质的改变，变成了这样。因为我们给了他这些催眠药，又大量的使用这些乱七八糟的药，不仅仅是苯二氮卓类过度使用，曲唑酮过度使用，还用上什么氯氮平，这是最强烈的抗精神分裂药物等，最后就变成了他属于镇静催眠药物使用障碍。从生物学治疗，那脖子得让康复科看一下，在什么样的情况下能保证他无压力、无创伤的康复，他得耐受的情况下去做。第二个药物治疗用一些比如说带有镇痛性质的，那就说他为什么没有使用这些度洛西汀，或者用了他不知道，那得加上这些药物，加巴喷丁，这类的都是有镇痛作用。那他如果是催眠，思瑞康用起来没有问题的，苯二氮卓类不能用多了，用多了他就耐受了吗。曲唑酮超过 200 毫克反而没有什么镇静作用。所以我们得想用个什么样的药物，如果思瑞康没有达到限量，一般最高我们用到 800 毫克，所以在这个过程中，我们得去调一些药物，但都朝着这个药物使劲。不能在任何情况下给他用氯氮平，这个是专门用精神分裂的药物，而且是三线药物。心理咨询刚才说了 CBTI 加上正念，那个社会活动，他肯定不能去做经理了，让他去做些体力有关的事，就是家里收拾东西，上菜园子遛弯，做电工，做那些当年能使他睡觉好的这类工作，所以大致是这样的。为什么强调 20 年前，为什么强调 1 年前，或者数年前，而不是从头到尾都是这样。第二个就平行病史，后来发现他说是因为工作性质的转移，是因为颈椎做了七八次手术变成今天这样，那很明显都是有原因的了，所以他这不是原发性的睡眠障碍，但是他有很大的焦虑问题。

【现场讨论及答疑】

问题一：关于这个病人的具体用药情况，因为他用那个喹硫平还有氯硝西洋现在量用得



这么大，是不是撤药或者是换其他药物的话，效果会不太好还是很焦虑？

督导解答：对，不是撤药了，是这样，你得用不同的机理，比如说曲唑酮，那显然没有什么作用了。思瑞康用 600 毫克，每次加 50，加 100，思瑞康是量越多越有催眠作用，所以这个本身能帮助他。氯硝西洋 4 毫克不能再加了。白天给他用度洛西汀这类的，这样它能够有解决镇痛的作用，然后同时还能够降低焦虑，这样他睡眠就会好，所以可以用度洛西汀。另外还有个选择是加加巴喷丁，可以加巴喷丁的意思它又镇痛，又起到心境稳定，就类似这样的去做。度洛西汀和加巴喷丁不要一起用。

问题二：在美国治疗失眠是优先是使用苯二氮卓类药物吗？

督导解答：当然不是了。第一个你得搞清楚他为啥失眠，然后具有针对性的治疗。苯二氮卓最多是第三类的药物，就是你先用这些抗焦虑的药。因为我们已经刚才诊断了，你得先概念化，你看你刚才又说病人失眠，这病人不是失眠障碍，那焦虑怎么去治？那第一线的刚才说 SSRI 之类的，度洛西汀这类就是 SNRI，这类病人用 SNRI 是因为他有疼痛，所以我会首先选度洛西汀，或者是没有度洛西汀，选文拉法辛，是焦虑带来的失眠，不能首选苯二氮卓类。第二类，这个药不好使，我可以用什么？就是思瑞康这类的药，我可以加巴喷丁这类的药就治疗焦虑了，也是治疗焦虑，完了继发性失眠。第三个你才用苯二氮卓类，你把曲唑酮都放到第一类里。因为它一开始批准的时候是作为抗抑郁药批准的，实际上后来发现 200 毫克以下有催眠作用，所以这些都属于一线的用药。思瑞康、加巴喷丁是二线，你这个苯二氮卓类应该是三线，所以一定不会出现苯二氮卓都上了，氯氮平都上了，完了你竟然 SNRI 没用过，这样是不对的。

问题三：失眠症在 DSM—5 里面，我们好像看到的是，如果它是作为一个临床最需要解决的问题，应该作为主要诊断，这样考虑对吗？

督导解答：DSM—5 里从来没有这样定义。这个病人最主要的是焦虑，非常明显，他从 20 多年前就是焦虑，最主要的问题是焦虑，只不过他说出来的是某一个症状。这个病人讲的这件事是说几十年前，刚才不说平行病史了嘛，患者的主诉可以说我睡不好觉，没问题了。但你下面讲平行病史的时候，他说了 20 年前之所以加重跟 40 年前比，是因为工作工种的情况变了。完了最近加重是因为脖子有问题，你听他这样的病史，不恰恰说明他不是失眠障碍。



问题四：今天这个病人诊断适应障碍，他不是刚开始有这种因素，后面整个病程已经完全脱离了那些外界的因素，和人格有些关系，但更多聚焦在睡眠上了。

督导解答：他不是睡眠问题有关，他的聚焦还是焦虑，他更多的应该准确说他的强迫，他主题是睡眠，天天没完没了说的是睡眠，真正有失眠障碍的人你想想，他反而不去讨论这些东西，我这一辈子没太睡好，十几岁就睡不好，我妈也睡不好，我也不知道为什么，真正有失眠障碍的他会这样去给你讲，就像发作性睡病的人什么样的主诉？“不知道咋回事，怎么站着站着就摔跟头？下巴都摔坏了”他都是这种主诉，所以他的主题是强迫，一元论就在这，原发性失眠障碍能解释他这些事吗？那就是失眠就完了，没有别的问题。你的那些东西又变成这毛病了，那我们就除了说他失眠，其他都不管了。那他一个人得病是一个大脑，一个病程，人家从头到尾是怎么回事，他的基础是什么？是一个强迫型的东西。原来当工人的时候没有毛病，当了经理就有问题，这件事怎么解释？脖子手术之前没问题，手术后睡眠更不好，这事咋解决？那只有一个答案。

问题五：看了今天这个案例，想到以前我们对原发性失眠症，或者说非器质性失眠障碍的理解可能有些问题。

督导解答：主要都是症状学诊断，人家一说睡眠，上去就没完没了，就是跟睡眠没完没了的扯，是这个原因，训练系统带来的，他的工作精益求精，没完没了，不吃不喝，这不是强迫吗？一个工人出身，小学毕业竟然能当经理。第二个，我得看他失眠之前是什么样，他一辈子都失眠吗？所以他实际上是别的原因，焦虑多，他没有那些爱好嘛，他假如能像你这样的学外语、出国考察，写文章，干别的，他早就啥病都没有了，他啥爱好都没有，小学毕业，所以他就聚焦躯体，因为他除了躯体没别的，他也不知道世界上都干些什么。所以说这一类的人为什么爱得这类的病？都是跟焦虑有关，而且发病年龄也不对呀，所以这些你得去看他到底是个什么病，失眠我同意，就是焦虑解释失眠，解释其他，但失眠解释不了他的焦虑，这样就叫一元论了。所以我认为失眠问题属于继发的，虽然是他的主要痛苦，但是我的治疗主要给他抗焦虑药，而不是给他催眠药。

问题六：患者他是不是躯体症状障碍？

督导解答：可以说躯体症状障碍也有，但从一元论来考虑，没有办法去解释他当年背



《毛选》是咋回事，他工作为啥没完没了。他来主诉不是我有这样的一大堆症状，他症状就这一个，症状我认为他太少了，就失眠，他没有别的，躯体症状障碍一般都是一大堆的症状，天天来找你治疗。

【小编手记】

这是一例有趣的临床案例。有趣的原因在于在疾病之间的鉴别诊断。

病情主诉非常直接——失眠。但并没有按照失眠问题的标准治疗来进行干预，比如使用失眠专用的 CBTI，规范的失眠问题用药等。而是吃了一大堆从精神症到神经症的药品，以至于产生耐药性，失眠问题加重。

躯体症状障碍：这个患者 67 岁，躯体上有明显地疾病指征，相对于躯体症状障碍当中“夸大”疾病感受，不断地变换主题但总说一些查无实据的感知觉问题，有较为确定的躯体疾病，而且这种时间点上也吻合睡眠问题加重的时间。

强迫症：患者的焦虑很重，原来的行为模式中也有较直认真等强迫的基因，但总体而言，强迫思维的部分更多，行为方面表达的不明显。基础问诊并没有太多关于强迫的信息提供。

适应障碍：我们往往囿于对诊断条目的字面理解，会放大适应障碍关于时间限制的要求，局限的认为在三个月内的问题产生出情绪反应或行为变化才适用这个诊断。忽略了应激源既可以是应激的也可以是持续的，反复的；影响面也可以是个体范围甚至家庭以及更大群体的等等。

这个案例作为 18 年度开学伊始的案例，现在回顾起来非常具有代表性。推荐各位同学可以就此回看 18 年 9 月 1 日和 19 年 3 月 16 日的大奖赛关于焦虑、强迫症与躯体症状障碍的鉴别，也可以把 18-19 年度其他特定的强迫及相关障碍拿出来全面的进行一次复习，相信会有更大的收获。



全科医学

一位 50 岁的中年女性，诊断明确为糖尿病。但她单纯用降糖药控制血糖效果不佳，不知该如何全方位调整生活模式？目前市场上打着“养生”名号的广告宣传让人眼花缭乱，什么才是具有循证的科学糖尿病“养生”方式？面对错综复杂的体检项目，哪些项目才是真正有价值的？下面请看本期的全科案例——

循证之径

一例 II 型糖尿病患者的远程会诊

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
责编 | 肖 茜 医生

患者：50岁女性，已婚，行政管理。因“患糖尿病后如何调整生活？”而来访。

主诉：主因睡眠差，胸前区不适，室上速，心房纤颤，由心内科转入。

现病史：5年前在体检的时候，发现空腹血糖是7.12mmol/L，当时没有诊治。4年前再次体检，空腹血糖到7.7mmol/L，彩超检查轻度脂肪肝到某院就诊。OGTD实验2小时的血糖是9.9mmol/L，糖化血糖5.2，其他指标没有见异常，诊断为II型糖尿病。在某医院的接受了饮食、运动和健康教育的生活干预，没有用药物治疗。3年前体检空腹血糖是7.05mmol/L，2年前空腹血糖7.28mmol/L，开始口服二甲双胍0.5克，早晨口服一次。服用以后患者就只是感觉食欲下降，没有其他的不适。1年前体检测空腹血糖6.23mmol/L，糖化血糖5.5。OGTT实验2小时后血糖是5.8mmol/L。2个月前体检空腹血糖是7.16mmol/L。患者5年以来没有多饮多食多尿，没有下肢水肿，没有视力的模糊，没有手足麻木，没有头疼恶心，没有眼花耳鸣等症状，大小便正常。但患者5年以来体检的血小板的计数均增高，在 $310-389 \times 10^9/L$ 之间。

既往史：

14年前因为甲状腺结节行甲状腺次全切除术，术后服用左甲状腺素片50毫克，每日一次，晨服，否认高血压冠心病史、否认肾脏疾病，否认肝炎、结核等传染病。没有食物中毒和药物过敏史。

家族史：

父母无糖尿病史，母亲患高血压，弟弟也患糖尿病，否认早发的心血管病家族史，没有遗传病史。



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



个人史:

月经13岁初潮, 25岁结婚, 育一产一, 现在已经半年没有月经来潮。

体格检查

血压在110/80毫米汞柱, 身高155, 体重64千克, BMI是26.6, 腰围86。她的发育查体、结膜还有对光反射、眼相关部位都没有问题, 她的双眼底进行检查未见异常, 耳鼻口也没有见异常, 甲状腺未触及, 心肺腹的检查未见异常。心率是64次/分, 双下肢没有水肿。进行双侧足背动脉的监测, 波动是正常的, 足趾间软组织有脱皮和皮屑, 没有见红肿、皮肤破溃, 她的脊柱无畸形, 神经和生殖器中均未见异常。

实验室检查里红细胞数、血红蛋白都正常, 但血小板仍然在 $340 \times 10^9 / L$, 嗜酸细胞的百分比在8.1%。尿常规未见异常, 空腹血糖是7.16mmol/L, 甲状腺的激素三项, T3、T4和促甲状腺素是正常的, 血脂, 她的总胆固醇是4.87mmol/L, 低密度是2.56mmol/L, 甘油三酯和高密度脂蛋白也正常, 肝功能、肾功能都在正常。血型同型半胱氨酸, 这是我们对50岁以上的一个检测, 也在正常范围。女性激素已经在绝经期的水平。心电图和眼科的眼底检查胸片未见异常。B超提示中度脂肪肝、胆囊息肉和子宫肌瘤。碳13的呼气试验是在正常范围, 动脉弹性监测比正常的同龄, 她的动脉稍硬, ABI是1.05。

目前的生活状况:

不吸烟、不饮酒, 平时工作压力中等, 与周围的同事关系和谐, 目前的饮食每日主食4-6两, 进食蔬菜较多, 水果在200克左右, 每天非连续性步行约6000到10000步, 睡眠良好。睡眠的时间大约7到8小时每天。

诊断:

- ◆ II型糖尿病、
- ◆ 足部真菌感染、
- ◆ 脂肪肝、
- ◆ 胆囊息肉、
- ◆ 子宫肌瘤、
- ◆ 甲状腺次全切除术后。

患者需解决的问题

第一, 通过3年的生活干预, 她的体重控制并不理想, 她的进食、运动和生活规律上



制定的目标没有达到，下一步我们如何制定她的生活干预的方式和目标。

第二，药物治疗控制不太理想。该患者在空腹血糖7.2的时候，已经开始用二甲双胍来治疗，治疗一段时间以后，她的空腹血糖曾经降到6.28，今年她的血糖又有进一步提升，二甲双胍的量是需要改变，还是改变她的服药方式？

第三，该患者处于围绝经期的状态，雌激素水平发生改变，患者腹型肥胖明显，如何指导调整？性激素水平的改变对糖尿病是否有影响？

第四，在美国对一位50岁的糖尿病女性患者，体检项目的设置是怎样的？

【会诊总结】

针对第一、第二个问题，根据美国循证的糖尿病防治指南，该患者需要进行全方位的“糖尿病生活管理”

1.糖尿病患者的饮食控制

对糖尿病病人来说，最重要的是需要减低碳水化合物，所以我推荐该患者把4到6两的主食戒掉，这是最主要的。如果想减肥，你就只能改变饮食，而且水果从每日200克减至100克。没有糖尿病的人，可以吃全麦或者是黑米、糙米，但是糖尿病的最好是不吃。第一、可以解决血糖的问题，第二、可以解决体重的问题。任何饮料包括果汁都不能喝。有的人说“我的果汁是纯的，是榨出来的”，比如橘子水，如果把橘子挤成橘子水，一杯橘子水要3到4个。如果吃橘子一般一次吃几个？1个。这就是其中的区别。若喝果汁绝对的糖分是很多的，饮料里的糖分就更多了。你可以用蔬菜、肉类、蛋类、鱼类来补充。我们在目前为止，其实是不缺营养的，而是营养过剩的。值得注意的是，服用药物二甲双胍的糖尿病患者，一定要补充维生素B12，因为二甲双胍可以降低B12。

2.糖尿病患者的运动

我们主张运动程度要到中度以上，心跳要达到你最高心跳的60%到70%。最高心率的公式为： $220 - \text{年龄}$ 。比如50岁一般是心率220减掉50是170，再乘上60%，大概心率要达到110到120。通过锻炼要把心跳加快，要达到出汗程度，1周内中度以上运动时间是150分钟。如果1周运动5次，每次需达到30分钟。

3.糖尿病患者的药物调整

若为二甲双胍的长效药物，一日仅服用一次。短效二甲双胍持续有效浓度的时间是12个小时，所以如果是短效制剂，一天服用两次。因为药物在体内发挥效果至少半个小



时，需要提前半个小时到一个小时服药。若服药后立即吃饭，血糖仍然会高。

针对第三个问题，绝经期性激素水平的变化与糖尿病病情发展确有关系。

女性一旦绝经，身体就发胖变形，腹部、臀部就开始长脂肪。唯一的办法就是说，你不要让自己长体重，因为长体重它总是长在不对的地方。所以如果能够控制体重，其实那些地方就不会长，这是最主要的。如果是机体代谢低了，当然对糖尿病有影响。如果能把饮食控制好，体重得以控制，基本上不会出现这种问题。还有就是有一个锻炼。绝经了以后，要补充一点VD和钙片，因为骨质疏松发生的比较频繁。

针对第四个问题，对该患者体检项目进行指导。患者做了大量检查，根据美国的医学循证指南，对于50岁的患糖尿病的女性，哪些筛查是必要的和有用的？

在美国一位50岁的女性，第一重要的是，做钼靶X射线的乳房检查。为什么我们不做彩超？事实上很多早期乳腺癌是微型钙化，你只能通过X射线，B超是做不出来的。如果在X射线下发现了有变化的时候，确诊的时候会加照一个B超，判断是实质性的还是囊性的。所以刚好是相反的，在美国B超不是用来做乳腺癌筛查的，因为它没有办法诊断微型钙化，这是很大的不同。

结肠镜也是很重要的筛查。但国内体检常做的肿瘤标志物，在美国是绝对不做的，不会用来做筛查的。像宫颈抹片，建议每3到5年做一次，根据病人个人来决定。有的人一辈子就一个性伙伴，多年一直人类乳头状病毒（HPV）阴性，间隔6到7年再查一次没有关系。血常规是常规检查的。尿常规看是否有血尿，该年龄需注意膀胱问题，警惕癌症。该患者有糖尿病，需注意膀胱是否有感染。还要查肾脏是否漏蛋白，会查一个微蛋白和肌酐的比值。如果尿液中有微蛋白，就说明糖尿病对肾脏已经造成了损伤。糖尿病患者的眼科检查是每年要做的，一定要看眼底，要扩瞳。因为糖尿病容易引起这些微血管的改变，查一下眼底视网膜及眼底动脉。然后生化指标方面，血红蛋白需要每3个月查一次。像同型半胱氨酸，在美国的也不是常规的。如果担心你有心血管疾病，心血管的危险率比较高，有时候我们会查，但是不是常规的。糖尿病患者血压要监控在120/80mmHg以下。身高体重，体重指数、血压、腰围都是要做的。放射科的胸片是不做的，比如胸片你要看到肿块，基本上要达到1个厘米，已经是很大了，做筛查没有什么意义。如果有吸烟史，55岁以上需要检查的患者是用低剂量的CT。心电图也是不常规做



的，除非有这个病史，怀疑他有心血管疾病，要不然也不做的，而且腹部B超也是不常规做的。如果他肝功能的转氨酶的升高，可能做肝脏的B超，但是一般情况下是不做的。前列腺彩超绝对不是作为一个筛查的。胃幽门螺旋杆菌美国也是不做的，除非有症状，从来不会做一个筛查，在中国的筛查是不是因为胃癌的发病率太高了？有可能跟国情有关系，在美国是不查的。女士的专科检查，比如子宫附件、膀胱B超也是不常规做的，一般我们就做盆腔的指检，比如做宫颈抹片的时候，我们会做一个双手的触诊，看看有没有子宫的变大，是否有卵巢的囊肿和肿块。一般达到2个厘米，基本上手是摸得到的。所以妇科彩超是不常规做的。乳腺触诊和淋巴结，像美国癌症预防委员，它是不主张触诊的，但是乳房X光每1-2年检查一次。宫颈超薄抹片需要做，是检查子宫癌。然后像滴虫、霉菌也不是常规做。基本上都是做淋病和衣原虫的。有滴虫感染的阴道分泌物是有特征的，像泡沫状的，有鱼腥味，而且它极痒，所以如果有这些症状的话，我会查一下滴虫，但不是常规做的。

总之，无论是糖尿病的全方位生活模式调整，还是全科筛查项目都需要遵循循证。如此才能不受到“伪科学”的毒害、不拘泥于个人经验的局限，保证全民健康的提升，不浪费医疗资源，使得我国医疗真正走向“循证之径”。

科普文章

何为II型糖尿病？

II型糖尿病原名叫成人发病型糖尿病，多在35~40岁之后发病，占糖尿病患者90%以上。II型糖尿病患者体内产生胰岛素的能力并非完全丧失，有的患者体内胰岛素甚至产生过多，但胰岛素的作用效果较差，因此患者体内的胰岛素是一种相对缺乏，可以通过某些口服药物刺激体内胰岛素的分泌。但到后期仍有一些病人需要使用胰岛素治疗。



病因

1.遗传因素

与 I 型糖尿病一样，II 型糖尿病有较为明显的家族史。其中某些致病的基因已被确定，有些尚处于研究阶段。

2.环境因素

流行病学研究表明，肥胖、高热量饮食、体力活动不足及增龄是 II 型糖尿病最主要的环境因素，高血压、血脂异常等因素也会增加患病风险。

3.年龄因素

大多数 II 型糖尿病于 30 岁以后发病。在半数新诊断的 II 型糖尿病患者中，发病时年龄为 55 岁以上。

4.种族因素

与白种人及亚洲人比较，II 型糖尿病更容易在土著美洲人、非洲-美洲人及西班牙人群中发生。

5.生活方式

摄入高热量及结构不合理膳食会导致肥胖，随着体重的增加及缺乏体育运动，胰岛素抵抗会进行性加重，进而导致胰岛素分泌缺陷和 2 型糖尿病的发生。导致 2 型糖尿病的主要诱因包括肥胖、体力活动过少和应激。应激包括紧张、劳累、精神刺激、外伤、手术、分娩、其他重大疾病，以及使用升高血糖的激素等等。由于上述诱因，患者的胰岛素分泌能力及身体对胰岛素的敏感性逐渐降低，血糖升高，导致糖尿病。到目前为止，我们还无法控制人体的遗传因素。但是，我们能对环境因素进行干预，从而降低 2 型糖尿病的患病率。

II 型糖尿病临床表现

II 型糖尿病中一部分病人以胰岛素抵抗为主，病人多肥胖，因胰岛素抵抗，胰岛素敏感性下降，血中胰岛素增高以补偿其胰岛素抵抗，但相对病人的高血糖而言，胰岛素分泌仍相对不足。此类病人早期症状不明显，仅有轻度乏力、口渴，常在明确诊断之前就可发生大血管和微血管并发症。饮食治疗和口服降糖药多可有效。另一部分病人以胰岛素分泌缺陷为主，临床上需要补充外源性胰岛素。



II型糖尿病检查

II型糖尿病是胰岛素不能有效发挥作用(与受体结合含量少)所致，因此不仅要检查空腹血糖，而且要观察餐后2小时血糖，特别应做胰岛功能检查。

具体数值如下：正常人空腹血糖：3.9~6.1毫摩尔/升，餐后2小时血糖在7.8毫摩尔/升以下。如空腹血糖 ≥ 7.0 毫摩尔/升，餐后2小时血糖 ≥ 11.1 毫摩尔/升，就可诊断糖尿病。如空腹血糖在6.1~7.0毫摩尔/升，餐后2小时血糖在7.8~11.1毫摩尔/升之间为**糖调节受损**，是早期糖尿病的表现。而尿糖检查仅供参考，不能诊断糖尿病及用药的依据。

胰岛功能检查：验者口服75克葡萄糖水300毫升后观察血糖、胰岛素、C肽变化。

II型糖尿病诊断

1997年7月美国糖尿病协会提出了糖尿病诊断和分类标准。

- 1.有糖尿病症状，并且随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。随机血糖是指就任意时间的血糖值，典型的糖尿病症状包括多尿、烦渴和无其他诱因的体重下降。
- 2.空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ，空腹状态定义为至少8小时内无热量摄入。
3. OGTT时2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。OGTT仍然按WHO的要求进行。

没有糖尿病的症状而符合上述标准之一的患者，在次日复诊仍符合三条标准之一者即诊断为糖尿病。

在新的分类标准中，糖尿病和葡萄糖耐量受损(IGT)及空腹葡萄糖受损(IFG)共属高血糖状态，与之相应的为葡萄糖调节正常的正常血糖状态。IGT的诊断标准为：OGTT时2小时血糖 ≥ 7.8 毫摩尔/升，但 < 11.1 毫摩尔/升，IFG为空腹血糖 ≥ 6.1 毫摩尔/升但 < 7.0 毫摩尔/升。

2010年ADA糖尿病诊断标准：

- 1.糖化血红蛋白HbA1c $\geq 6.5\%$ 。
- 2.空腹血糖FPG $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 。空腹定义为至少8小时内无热量摄入。
- 3.口服糖耐量试验时2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。
- 4.在伴有典型的高血糖或高血糖危象症状的患者，随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

在无明确高血糖时，应通过重复检测来证实标准1~3。

跟过去相比有两个方面的进步：增加糖化血红蛋白指标；弱化了症状指标，更多人纳入糖尿病范畴，得到早期诊治。



II型糖尿病治疗

1.口服降糖药

(1) 双胍类 (如二甲双胍) 这类药物具有减少肝脏输出葡萄糖的能力, 并能帮助肌肉细胞、脂肪细胞和肝脏从血液中吸收更多的葡萄糖, 从而降低血糖水平。

(2) 磺脲类 (如格列美脲、格列本脲、格列齐特和格列喹酮) 这类口服降糖药的主要作用是刺激胰岛释放更多胰岛素。

(3) 噻唑烷二酮类 (如罗格列酮和吡格列酮) 此类药物可以增强胰岛素敏感性, 帮助肌肉细胞、脂肪细胞和肝脏吸收更多血液中的葡萄糖。不过罗格列酮可能会增加心脏病风险。

(4) 苯甲酸衍生物类 (如瑞格列奈和那格列奈) 这类药物的作用机制与磺脲类药物相似, 主要是刺激胰腺产生更多胰岛素来降低血糖。

(5) α -葡萄糖苷酶抑制剂 (如阿卡波糖和伏格列波糖) 这类降糖药能抑制人体消化道对糖类的吸收, 主要作用是降低餐后血糖。

2.胰岛素类药物

若是通过改变生活方式和使用口服降糖药仍然不能很好地控制住血糖, 或者服用其他药物会给你带来不良影响时, 医生可能就会建议你使用胰岛素。目前, 胰岛素不能口服, 只能利用注射器或胰岛素笔等装置通过皮下注射。

不同胰岛素制剂的起效时间和作用持续时间也不同。患者需要在医生的指导下, 选用适合自身当前病情的胰岛素类型, 并制定适当的胰岛素注射时间。为了达到最好的血糖控制效果, 有时也可能将多种胰岛素预混后进行注射。通常, 胰岛素注射的频率为1~4次/天。

通过减轻体重和加强运动锻炼, 有些II型糖尿病患者发现自己可以不再需要药物。因为他们在体重达到理想范围时, 通过自身的分泌胰岛素和饮食调节就能控制住血糖。目前还不清楚孕妇口服低血糖药物是否安全。II型糖尿病女性患者在妊娠期和哺乳期可能需要停止口服降糖药而注射胰岛素。



心理学人

那年花开，回顾来时路

——美利华站在远程健康教育的最前沿

2016年11月28日中美咨询师及精神科医师规范化培训的招生简章首次出现在美利华的公众号上。项目背景如是写到：

一直以来，我国心理咨询师的培训都处于初期阶段，教材老旧、脱离实际、培养周期短、培养质量低、考核标准低等各种问题一直存在，极其缺乏规范化的培训。另一方面，我国精神科发展一直落后于其他医学门类，且精神科医师也存在数量少、缺乏规范化培训的问题。张道龙医生团队在国内的精神科医生、心理咨询师等培训督导领域，已经深耕近 20 年，辐射全国，更是感受到了全国各地心理咨询师和精神科医师渴望规范化培训的心声。

2016 年 10 月 25 日，国务院发布《“健康中国 2030”规划纲要》，其中的第二十二章第一节《加强健康人才培养培训》提到：“完善住院医师与专科医师培养培训制度；加强全科、儿科、产科、精神科、病理、护理、助产、康复、心理健康等急需紧缺专业人才培养培训；调整优化适应健康服务产业发展的医学教育专业结构，加大养老护理员、康复治疗师、心理咨询师等健康人才培养培训力度。”可以看出，国家对心理咨询师和精神科医师的培养培训非常重视，未来也会给予更多政策的支持。

基于目前全国各地心理咨询师和精神科医师渴望规范化培训的愿望，又有国家政策支持，张道龙医生团队推出了《中美心理咨询师及精神科医师规范化培训项目》，简称“中美班”。

美利华中美班就此诞生！我们的篇章自此奏响序曲——

美利华的课程形式分为这样几种模式：

课程	形式	时间	特色
在线课程	周一至周五：教学/督导/查房	10:00-12:00:	白天思科直播
	在线学习与讨论	14:00-16:00:	晚上网站重播
	周六：大奖赛/公益直播	10:00-12:00	微吼平台直/重播
面授课程	线下集中集训	每年一次，每次数天	老师选时间
	线下脱产集训	滚动招收，酌情定时	学生自选时间
中美班年会	每年选择不同城市举办	每年一次，每次数天	国内外知名专家授业
海外游学	听APA年会，访世界一流大学	每年一次，每次一周	游中学，学中游



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



教材如下并向付费学员免费提供：

DSM-5 诊断与鉴别诊断：

1. 《精神障碍诊断与统计手册（案头参考书）（第五版）》（2014 年出版）
2. 《精神障碍诊断与统计手册（第五版）》（2015 年出版）
3. 《DSM-5 鉴别诊断手册》（2016 年出版）
4. 《理解 DSM-5 精神障碍》（2016 年出版）

短程心理咨询：

1. 《整合式短程心理咨询》（2013 年出版）
2. 《短程心理咨询与督导实录·亲子教育篇》（2013 年出版）
3. 《短程心理咨询与督导实录·职场篇》（2017 年出版）
4. 《短程心理咨询与督导实录·情感篇》（2017 年出版）

精神活性药物的使用（二年级起用）：

《临床精神活性药物手册》（2018 年出版）

临床访谈技术（三年级起用）：

《临床实践中的精神医学访谈》（2019 年出版）

以上著作均由：北京大学出版社及北京大学医学出版社出版

课程收获：

一年学习、实践、督导、教学，构成完整实操系统：

1. 亲见真实患者，学习临床访谈技术。
2. 对照真实案例，学习 DSM-5 诊断与鉴别诊断。
3. 感受真实访谈，学习整合式短程心理咨询，10 种核心咨询技术尽在掌握。
4. 领会“生物-心理-社会”精髓，学习或了解精神活性药物的使用。

国内外师生、学友线上线下多种形式的互动，构成人际支持系统：

1. 精神科医生和心理咨询师，优质人才结网，为合作打下基础。
2. 给需要的来访者提供丰富的、可靠的当地转介咨询师名录；
3. 以城市为单位建立互助互访小组，增进互动促进学习。

而这一切，都在如约实现！





2017-18年度出镜学员：**回秀清**（河北荣军医院，副主任医师）

李志梅（河北省邯郸市第一医院，主任医师）

苏 龙（原云南省楚雄州第二人民医院，副主任医师）

中美班课程表

时间安排：

2017年7月，激情+理性，优雅启动：
7月1日报到，7月2日上午开学典礼，7月3日准时开课！
所有教学会诊与督导全部使用真实案例！

直播时间：

1、周一至周五：心理咨询与精神医学临床技能学习

	周一	周二	周三	周四
10:00-12:00	案例会诊与督导，理论学习与讨论（DSM-5诊断与鉴别诊断）	案例会诊与督导，理论学习与讨论（精神活性药物的使用）	案例会诊与督导，理论学习与讨论（整合式短程心理咨询）	案例会诊与督导，理论学习与讨论（临床心理学）
14:00-16:00	整合式短程心理咨询（职场篇）	整合式短程心理咨询（情感篇）	理论学习与讨论（美国精神科住院医师规范化培训视频）	整合式短程心理咨询（亲子篇）
讲师	主讲：张道龙 主持：回秀清副主任医师，苏龙副主任医师	主讲：张道龙 主持：回秀清副主任医师，苏龙副主任医师	主讲与翻译：张道龙 主持：回秀清副主任医师，苏龙副主任医师	主讲：Claudio Galtman 翻译：张道龙 主持：回秀清副主任医师，苏龙副主任医师

2、周五：全科医学或神经病学临床技能学习

	周五
10:00-12:00	案例会诊与督导，理论学习与讨论（全科医学或神经病学）
14:00-16:00	全科医学或神经病学理论要点回顾
讲师	主讲：美国优秀的华人执业全科医生或神经内科医生 主持：李志梅主任医师

3、周六：不定期实务专题学术讲座

	周六
10:00-12:00	案例会诊与督导、临床心理学、EAP、SAP等专题讲座 主持：赵然教授，夏雅俐教授

4、心理咨询师与心理治疗师培训

主持：张道龙、苏龙、郝凤仪

重播时间：

每天晚间，视频回放，既往课程不限次数、随时点播！

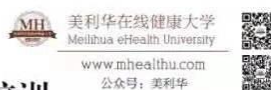




报名学习 督导会诊

4000-218-718

2018-19年度出境学员：肖 茜 (中南大学湘雅医院, MD, 主治医师)
王剑婷 (日本中央大学心理学博士, 心理咨询师)
张心怡 (美国伊利诺伊大学心理学硕士, 心理咨询师)
轮转医生若干人 (各地骨干医师)



中美心理咨询师及精神科医生规范化培训
美利华2019中美班课程表 (自2019.3.1日开始)

		周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
上午 (10:00-12:00)	课程名称	DSM-5鉴别诊断 个案访谈与专业督导	ICD-11诊断 个案访谈与专业督导	ICD-11诊断 个案访谈与专业督导	临床心理学 四川省卫中心 个案访谈与专业督导	美利华医疗之家 北京交通大学医院 SAP(学生帮助计划) 个案访谈与专业督导	EAP(员工帮助计划) SAP(学生帮助计划) 个案访谈与专业督导	无课
	主讲人	精神科医生 张道龙	精神科医生 张道龙	精神科医生 张道龙	Altman博士 张道龙医生	全科医生: 钟丽萍 神经内科: 汪策 临床药理: 陆芸 精神科: 张道龙	张道龙 出境学员	
下午 (14:00-16:00)	课程名称	整合式短程心理 咨询	整合式短程心理 咨询(情感篇)	整合式短程心理 咨询(亲子篇)	整合式短程心理 咨询(职场篇)	本周回顾与答疑	无课	
	主讲人	王剑婷博士	夏雅俐博士	王剑婷博士	夏雅俐博士	出境学员		

注: 访谈个案均为真实案例, 经来访者知情同意用于教学督导与会诊。
 全年学费5000元, 赠送以下近千元9本教材。上午课程由美国高年资医生或心理咨询师授课。网络课程, 手机或电脑随时收看直播和重播。



北京大学出版社
 北京大学医学出版社
 联合出版

试听与报名电话: 4000-218-718

2019-20年度出境学员：李 洁 (无锡精神卫生中心, 主治医师)
张金冉 (延安大学附属医院, 主治医师)
凌永红 (雄安新区安新县医院, 副主任医师)



心理咨询师与临床医生国际标准规范化诊疗技术
美利华2019中美班课程表

美利华在线健康大学
 Meilihua eHealth University
 www.mhealthu.com
 公众号: 美利华



	周一	周二	周三	周四	周五	周六
上午	DSM-5诊断与鉴别诊断 案例督导 — 张道龙 DSM-5儿童精神病学 — 刘 妮	ICD-11诊断与鉴别诊断 — 张道龙 案例督导 — 张道龙	ICD-11诊断与鉴别诊断 — 张道龙 案例督导 — 张道龙	临床心理学— Altman (有中文翻译) 案例督导— Altman (有中文翻译, 8月起)	全科医学与案例督导 — 钟丽萍 临床药理学 — 陆 芸	美利华第三届 诊疗大奖赛 (7月6日起)
下午	职场心理咨询案例解析 — 王剑婷	自由活动	情感心理咨询案例解析 — 王剑婷	自由活动	每周课程总结 — 出境学员	自由活动

【备注】周二周三, 张道龙医生上学年讲ICD-11诊断与鉴别诊断, 下学年讲临床药理学, 司法精神病学, 临床实践中的精神医学访谈, 案例概念化方法。
 【学费】5000元, 赠10本教材。报名请加客服微信二维码。



北京大学出版社
 北京大学医学出版社
 联合出版

试听与报名电话: 4000-218-718





2017年5月27-8日
2017年7月1日
2017年7月1日-8月31日
2017年9月22日-25日
2017年10月
2017年1月8日
2018年4月18日
2018年5月27日-28日
2018年5月29日-30日
2018年7月1日
2018年10月1日-8日
2018年10月
2019年4月27日
2019年5月25日-26日
2019年5月28日-29日
2019年6月15日
2019年7月1日
2019年7月1日-8月31日

河北省石家庄年会
美利华中美班第一期开班
美利华中美班线下集训
温州康宁医院集训
芝加哥游学
第一届诊疗技能大赛开赛
第一届诊疗技能大赛闭幕
美利华北京年会
北京怡宁医院集训
美利华中美班第二期开班
芝加哥游学
第二届诊疗技能大赛开赛
第二届诊疗技能大赛闭幕
美利华上海年会
美利华北京华佑医院集训
美利华高考志愿早知道公益活动
美利华中美班第三期开班
北京华佑医院集训



一天天时光无虚度，一岁岁成果有叠加。
一字字珠玑全记下，一幕幕历史刻章华。

今天，新年度已然开启，历界学长学姐们给大家送来了祝福与期待，让我们一起来听一听学长们的心声吧！





回秀清 医生

中美班第一届出镜学员
中美班公认大师姐
河北省荣军医院 副主任医师

七月，再度起航

进入七月，很多人又感叹一年过半，但我却感到很多的期待和欣喜，在七月，我们结束了美利华中美班二年级的课程开始了第三年的学习，过往让人欣喜，未来令人期待。

回想两年前的七月，带着对精神医学的诸多迷茫，也带着对不一样学习生活的好奇，开始了美利华中美班的学习。在这里道龙老师为我们打开了一扇通往广阔世界的窗：老师为我们一步步演示访谈技术和技巧，在行云流水的对话中进行着诊断和鉴别诊断，不着痕迹的为后面的治疗做着各种铺垫。在一个个的真实案例访谈中我们体会到精神医学的魅力，在第一年的学习中初识了概念化、疾病模式、见识了短程咨询的精准和高效，了解了生物心理社会的诊断或评估，感觉自己收获了很多，但也发现自己欠缺的更多，强烈的求知欲让我们想学习到更多。第二年的学习老师把学习重点放在了生物、心理、社会的治疗上。同样的疾病，药物治疗却各不相同，心理治疗及社会层面的干预也极具个体化，这才是真正生物心理社会的治疗和个体化干预。在每一个案例中，老师都带领我们一层层的探究，是一个什么样的人得了什么样的病。探究的过程像探险、像破案，过程跌宕起伏而又精彩连连，学习充满了乐趣也获得了更多的职业成就感。第三年将是更深入的学习，随着年级的增加，道龙老师和团队开始为我们增加儿童精神病学课程和临床心理学的案例督导，每一年课程的设计都精心而有新意，学习呈阶梯式的递进和深入，吸引着渴望知识的同学们跟随一年又一年的攀登。

在不断的学习和进步中，我们也感受到精神医学的魅力而又浩瀚无边，就如同老师说过的：“精神医学的学习只有最低标准，而没有尽头。进入生物心理社会的学习会发现是更广阔的天空，艺无止境。”

又是一年七月到，让我们再度起航，一起去探索广阔的世界和瑰丽的风景吧！





报名学习 督导会诊

4000-218-718



李志梅 医生

中美班第一届出境学员

中美班公认最浪漫的诗人

河北省邯郸市第一医院，主任医师

当下的力量

——美利华中美班三年级开课之际有感

当下就是最生命的切入点
唯有当下
在心灵的沃土中深耕
莫问收获
唯愿尽情地与因缘融合
我就是时代荡起的波浪
时代就是因缘汇聚的海洋

莫辜负时光
有限的生命融入无限的风光
只有这一波浪潮是我今生的模样
唯有珍惜时光

每一个案例都是灵与肉的激荡
每一个心理都是生物与社会的结晶

用一双慧眼解析其中的奥妙
用一双妙手巧解一团乱麻

遇到您是我们的福分
跳上巨人的肩膀
借助您的高度对心灵的世界观望

策马扬鞭就在当下
微课堂中激烈的讨论就在当下

主动放弃也意味选择
选择了心目中笃定的方向

一个人可以走得更快
一群人可以走得更远

新时代的夸父也需要团队的力量
让我们紧紧跟随着美利华的脚步前进！

前进！前进！
把光明和种子传向四方！



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com
公众号：美利华在线心理健康





苏 龙 医生

中美班第一届出境学员

中美班公认最顽强的小豆豆

现任楚雄眠郁康心理所所长。

感赞美利华中美班培训期间出境的我们

六月的最后一天，楚雄迎来了一场久违的雨。

镜头切回两年前的今天，道龙老师漂洋过海回国建立现代精神医学与临床心理学的规范化培训基地。那时的我们，刚到北京怡宁医院培训基地，紧张而热切等待老师带领我们开课。

我们是第一届，福利是与老师朝夕相处整整半年，上课时聆听老师纵横开阖，行云流水，课后与老师谈天说地，品味老师作为一个巨人，却有着温柔灵魂的玄妙，回想起来依然幸福得不要不要的。

回秀清师姐、李志梅师姐，我们三个出境学员，是从围着道龙老师，在镜头下捧书促膝开始学习。很快，我们有了小圆桌。后来，我们有了大屏幕，有了最好的远程教学系统，再后来，我们接待了一茬又一茬来自五湖四海参观者，老师邀请到美国最好的精神科专家、心理学专家举办的年会……道龙老师和卫星姐带领美利华神队友，创造一个个奇迹。

久旱逢甘露。老师深入浅出的讲解，幽默智慧的访谈，督导，带领我们穿越传统医学的侏罗纪，来到生物-心理-社会的现代医学殿堂。我们系统学习了现代精神医学的圣经《精神障碍诊断与统计手册》第五版，学习了《DSM-5鉴别诊断手册》，邀请美国全科医学专家郭伟老师、刘岩老师、汪策老师、钟丽萍老师……学习了美国医疗之家的诊疗模式，学习了代表现代心理学潮流的《整合式短程心理咨询》、《短程心理咨询督导实录》亲子篇、情感篇、职场篇。邀请美国心理学家奥特曼博士讲解认知行为疗法、辩证



行为疗法、延迟暴露疗法等十多种循证医学证据充分的现代心理治疗方法。

因为爱，所以爱，道龙老师太可爱。摘几句道龙老师咨询和督导中的“金句”供大家闲暇之余细品修行（偷笑）。

- 佛喜欢聪慧的人，你这样折磨自己，折腾自己，死的不明不白，佛都不愿意带你玩。（请自行脑补道龙老师调动来访者生存动机时，从痛苦的茧中被逗乐场景，注：极端好奇者请看案例回放）
- 对女性真漂亮的夸她漂亮，不够漂亮的夸她身材好，身材不够好的夸她有气质，气质也不够好的话夸她衣服真漂亮……[捂脸][捂脸][捂脸]（正向激励，给黑暗中来访者送去一束温暖的光）
- 吃素不能减肥，熊猫吃素，多胖啊！不愿活动，现在这样恶劣的自然环境，如果不是国家保护动物，人工帮助繁殖早就灭绝了。（对吃素减肥的来访者进行认知调整）
- 你看起来是个巨人，其实有着温柔的灵魂……（以下不再解释，请自行脑补）
- 多种玫瑰少种刺！
- 穷人的孩子像攀岩，富人的孩子坐电梯！
- 精神病人的世界和现实世界，靠我们来连通。
- 教育的最高目的，让你知道谁在胡说八道。
- 一个牺牲家庭，健康，体面收入有又没有时间学习的医生一定不是一个好医生！
- 永远不要忘记一元论。
- 苹果掉下来离树不远。
- 学医如修行。且行且思考！

……

钟爱道龙老师金句的学员们，可以找师兄师姐们收集更多道龙老师的连珠妙语；还可以通过看案例回放，如寻宝般品味课程里的岁月鎏金。当然，你更可以到教学现场去创造属于你自己的金句，相信与道龙老师在现场有机会对话，会激发出你自己的智慧之光！

我已迫不及待，在彩云之南的电脑端，等你与道龙老师经典对白！！





肖茜 医生

第二届出镜学员

中美班公认学霸

湘雅医院心理卫生中心 主治医师

新学年寄语

“问渠哪得清如许，为有源头活水来。”一泓清池，必须不断有清泉的注入。学习也是一样，贵在持之以恒，要用心去感悟每一个案例、每一次理论讲解。

在刚刚过去的一年里，我们前一届的出镜学员在面对许多案例的时候，欢乐过，也苦恼过；成功过，也失败过；淡定从容过，也抓耳挠腮过；开怀大笑过，也黯然神伤过。但我们逐渐领悟到，生命原来是理想的一架梯子，能够延伸到梦想成真的那一刻，只要永不放弃。

如今新的学年已徐徐拉开序幕，深入的专业授课、多元的临床案例.....这一切都将积淀成你们丰富的专业学识和开阔的眼界胸怀。相信新的一年会开启新的希望，新的空白会承载新的梦想，各位新老学员，在你们求学的旅程中，我代表第二届出镜学员深深祝福你们。

我自身在多年的求知路上，好不容易找到了“美利华中美班”，就像漂泊在茫茫大海中的扁舟，最后找到了正确的航向，也找到了目标和理想。人一旦有了自己的理想，心中也从此不再迷茫。就像风沙四起的荒漠中出现了一片绿洲，就像在荒凉的孤岛上忽然听到了夜莺的啼。各位学员们，在新的学年，你们也找到了自己心中的理想吗？真希望大家都能找到。因为理想永远值得我们——

一路跋涉，万水千山





杨文君 医生

绵阳市第三人民医院

第二届轮转学员

时间过的很快，在中美班出境学习都快过去1年了，在为期两个月的学习中，从自己访谈，学员们的一起探讨，到老师的督导，讲解，每一个案例都是一次临床思维的训练和考验。非常有幸的跟随老师系统学习了ICD11, DSM-5, 心理学, 临床心理访谈等相关理论课程，自己的专业水平得到了明显的提高。从北京回来在医院工作的这一年，在自己的诊疗过程中，和患者访谈时自己变得更胸有成竹，能够通过很多复杂的症状，看到患者的根源，和患者交流时更加有效，和患者家属交流时也能够抓住患者主要问题进行讲解。以前感觉工作压力大，有些病人病情复杂，让医生非常耗竭，现在和病人交谈，访谈时觉得比以前轻松多了，因为知道了一元论，知道了概念化，对病人的整个病情的把握要完整很多。现在我的门诊病人也越来越多，患者的满意度也越来越好，在医院内科的医生们也会把一些有心理问题的病人介绍到我的门诊治疗，她们见了我都说，杨医生，你现在越来越有名了。我非常感谢中美班，感谢道龙老师，感谢我们医院的领导给我学习的机会，这是一段最珍贵的学习旅程。



林冬梅 医生

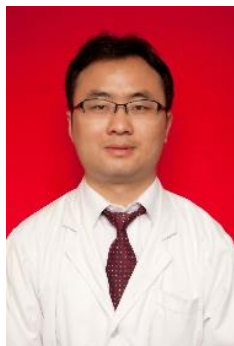
吉林省神经精神病医院

第二届轮转出镜学员

曾经有一段时间，我产生了很多的质疑：精神科就是这样“模棱两可”、“谁大谁说了算”？患者只有吃药没有其他方式可以调整吗？患者只能与冰冷的药片相伴吗？医学的温度在哪里？

2018年9月到11月份，我在美利华进行了三个月的脱产学习，通过这三个月的系统学习，我找到了答案，觉得自己更是发生了很大的变化。从原来不清楚的以症状、综合征为依据的模糊诊断，到现在可以根据精神动力学来进行有效的概念化，可以把患者、甚至整个家族的故事完整的讲述出来，可以在具有相似、相同症状的疾病之间做比较清晰的鉴别诊断，可以根据最新的精神药理学对患者进行药物调整，还有系统的心理学课程的学习.....都让我收获满满。更让我的职业生涯发生了翻天覆地的变化：从迷茫的不知所措，到拨开云雾见天日。这一切，要感谢老师，是您一直在前面引领、推动以及鼓舞着，我才知道了真正的规范化是什么，以及如何进行真正的规范化培训。点滴进步，都印刻着您的辛苦付出和医者情怀！您就像大海中航行的指明灯，不断地带领我们继续在正确的道路上前行！





宋 辉 医生

绵阳市第三人民医院

第二届轮转出镜学员

2018年1月22日，在道龙老师的推荐及院领导的支持下，我有幸参加了中美精神科医生诊疗大赛获得第三名，并在中美班年会上收到由道龙老师亲自颁发的中级证书。一年多过去了，想到这些，内心仍然激情澎湃，久久不能平复。和道龙老师相识是一种缘分，仿佛冥冥之中天注定，我对老师一见如故。他那滔滔不绝的谈吐，丰富的专业知识，幽默直接的讲话方式，和蔼可亲的邻家大叔的样子，都深深吸引了我。对老师的敬仰犹如滔滔江水连绵不绝，跟随老师学习的动力也如黄河泛滥一发不可收拾。两年多的学习，收获颇丰。从一无所知的懵懂少年，蜕变为有点知识储备的大叔，都归功于平时在中美班的浸泡式学习，痛并快乐着。现在我依然不忘初心，对老师及知识的热爱不减当年。

祝愿美利华在线健康大学及中美班在道龙老师的带领下继续壮大，将最先进的精神医学知识撒遍国内每个角落，也希望每位学员都学有所成回报师恩，最后祝大家快乐学习，快乐生活，充实每一天！



程 明 医生

湖南省脑科医院

第二届轮转出镜学员

非常有幸 2019 年的春节后作为出境学员在美利华短暂学习了一个月。作为临床一线医生，能争取到一个月的假期也实属难得。离开学校已经十多年，重新开始全日的学习是非常美妙的体验。在美利华的时间暂时摆脱了临床工作，也离开了刚满周岁的两个孩子，能把所有的精力投入学习，效率自然和在家时不可同日而语。每天和肖茜、心怡几位一起访谈来访者，和老师的在线讨论，感觉自己又回到了学生时代，深深体会到单纯学习带来的快乐。除了专业知识以外，印象非常深刻的是老师时刻注意直播时的每一个细节，在遇到突发状况时沉着冷静的应对，充分展现了一个优秀的医师的职业素质，让我获益良多。光阴荏苒，一个月时间很快就到了，希望将来还有机会来到美利华进行脱产学习。



北大出版社官方旗舰店 购书请扫码



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
- 张心怡** • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 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

