

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）。

病例五、慢性疼痛

玛丽·皮儿逊，54岁，来约汉·斯通医生诊所就诊。主诉全身疼痛2周。她是一名家庭健康协助员，在试图扶起摔倒的客户时受伤。当时她孤立无援，花了近1个小时才扶起客户并让他坐回到轮椅上。在她用力的过程中，她感到身体右侧有些拉伤。事后第2天，她因背部和腿部疼痛而几乎无法行走。她去了急救中心，被诊断为部分肌肉拉伤，建议休息并服用消炎药。既往无背伤或慢性疼痛。

第一次就诊时，病人只觉上背部和肩部肌肉僵硬、疼痛，尚未累及手臂部。下背部间发性疼痛并放射到腿部，但无麻痹，疼痛不强烈。病人夜晚入睡困难，白天感到疲惫。斯通医生给她用了各种非类固醇类抗生素和肌肉松弛素，疼痛仍未缓解。在求医过程中，她越来越关注自己的病情，她感到身心疲惫，认为发生在她身体中的健康变化并没有被正确的解释并诊断出来。她一向独居，因为停止工作，她很少与其他人来往。她早在25年前就离婚，而后一直从事此项助人为乐的事业。她1周工作6天，很少有机会与别人建立联系。她的家族史有酒精依赖，她父亲就是酒精依赖者。检测发现，她的颈部和下背部活动受限。主诉后脑、颈部、斜方肌、上踝部疼痛，膝关节伴有叩痛。其血沉、风湿因子、核心抗体检测均为阴性。
www.med126.com
斯通医生的一名同事把玛丽介绍给了一名风湿病专家，专家诊断此病为纤维肌痛。她按医嘱睡前服用多塞平50mg，萘普生500mg，每日2次，疼痛似有缓解。她还坚持在家做她在风湿病临床指导中学到的针对此类病人的伸展运动及其他锻炼项目。

讨论 1：慢性疼痛的现患率、危险因素及照顾的可及性

80%的病人的主诉会伴有疼痛，3千万到4千万美国人患有慢性疼痛，政府每年支出60亿美元来治疗它们。如果我们能够找到引起慢性疼痛的共同病因，我们会认识到这个问题的重要性，也会了解为什么家庭医生必须掌握它的医疗技术。

下背疼痛是引起慢性疼痛最常见的原因；11%的美国成年人为其所累。5百万美国人因

背痛而导致残疾，其中有半数永久性残疾。周期性偏头痛累及 9 百万美国人口，这些人群要服用药物的剂量 2 倍于对照人群，是药剂学规定剂量的 2.5 倍。病例中提到的纤维肌病，已累及 2%~5% 的人群，在一项接受初级照顾训练的病人中发现患有纤维肌病的病人占到了 5%~20%。躯体功能失调累及 0.2%~2.0% 的人群，如果采用较为宽松的标准则累及范围达到 20%。库耶大夫是一名家庭医生，据他估计，在他的相关病人中有 28% 身陷于慢性疼痛的痛苦之中，这些造访者占用了他 48% 的时间。在这种情况下，3.2% 的家庭就会占用他 32% 的时间。而这些家庭的此项医疗费用是对照家庭的 9 倍。

慢性疼痛病人的亲属中患慢性疼痛、抑郁和酗酒者具有显著性；他们大多来自大家庭，且常常是长子或长女。社会压力是其中的一个重要因素。37% 的病人是那些精神萎靡的儿童，他们觉得无力克服那些影响他们的事情。大量的心理因素会影响疼痛的表现和作用的时间；这些因素包括由于疼痛或残疾带来的社会压力，由于残疾所致的一系列保险和诉讼方面的经济利益问题，以及这些压力导致的精神错乱，疼痛行为与压力重重、不顺心的工作，或者与家庭责任的关系等等有关。慢性的疼痛会使病人不能达到人们的期望，而被认为是对社会无用的人。

一项研究表明，75% 的疼痛病人无法对其做出器官组织学上的解释。不同的疼痛程度，病人向他的主治医生主诉的病情也不同。当病人到医院求医的时候，他们中的许多人已经尝试了各种的药品、草药或物理治疗以及其他的一些疗法，例如：针灸、热疗、按摩或来自他们文化的独一无二的可能有作用的疗法。医生最好把这些病人已经尝试的疗法列举出来，以便判断哪些是有用的，哪些是病人能够接受的，并且判断他所做的事情是否有害于或者会干扰一种新型的疗法。对于试图戒酒戒毒的病人，医生还必须考虑一些直销的药品或草药可能会与治疗用药有反应。

医生需要和这些病人建立电话联系。www.med126.com 如果病人与医务人员建立了某种信任关系，他们就会用到这个电话，如果医生需要询问他们，和他们讨论治疗中出现的问题，也就会用到这个电话。电话在他们之间建立了信任，这对保持必要的医患关系是至关重要的。如果病人对疾病的恐惧能够减少，就会减少滥用电话的现象，则他的病情就会得到很好的控制。信任你的病人可能会告诉你更多的病情，对你提出的医疗方案也会更加的合作。急救中心(ED)变成了急性或者慢性疼痛患者寻医问药的一个主要渠道，如果疼痛不能得到控制，或者病人与他们的主治医师没有足够的联系方式，他们可能会不断地利用急救中心。病人还可能会伴发其他一些急性病，所以医生必须对他们病史中出现的一些变化提高警惕。交给主治医师和对他进行常规照顾的护士一份简历，将有助于他们对病人有正确的了解，在某种程度上也对制定

治疗方案有所帮助。你可能会接到来自病人的电话，有关药物产生的副作用，有关生活压力使他的病情加重，有关他在工作中受到的限制。

慢性疼痛病人一般不符合传统的照顾模型。我们知道每个病人的情况都是不一样的。照顾的提供者询问病史，提出相关的问题，与阳性或阴性结果的模式性症状去拟合以得出诊断。医学检查验证诊断或者排除这种诊断结果，加上实验室和影像学诊断，就可使医生精确地描述病因并且给病情一个准确地定义。而后，医生就能开出治疗处方，常常是一个药物治疗的处方，然后病人便离去。一段时间后，也会有人返回医院询问别的小问题或者询问健康维持的相关照顾问题。许多医疗系统仍然是按照这种“典型机遇”去构建的，因此慢性疼痛的患者便一次又一次带着相同的问题返回医院就诊。你无法从标准的教科书中找到对这种病的合理解释。他们的病情逐渐恶化，除了生活压力的变化，你无法找到物理指标的变化及其他的任何一种解释。其中一些病人已经看过 5 个、10 个甚至 20 个家庭医生，得到的是相同的回答：“我已经无能为力了！”。如果不能在预期的疗程内恢复健康，他们向保险公司提出的咨询将会受到限制甚至被驳回。这还会给病人重返工作岗位或重新背负家庭责任带来重重的压力。诉讼搁置或被裁决为残疾这就是最终的结果，而这会成为病人前进道路上的绊脚石。对许多病人而言，这额外的压力会使情况进一步恶化，压抑的情绪会使机体的体征表现得更为复杂，对医疗和法律的失望会诱发一些症状的出现。病人与医生的接触更加频繁，不断的寻求答案，而又一再地对临床的检查结果失去耐心。这些病人会出现戏剧性的变化，以便得到尽快的接见，使官司得到解决，或者尽快获批工伤补助的申请。这些病人可能还会去寻找一些冒险的治疗方法，因为他们已经对传统的方法失去了信心。

讨论 2：生物学评价

慢性疼痛的定义为疼痛持续 3 个月到 6 个月以上。通常到那个时候生命危险或突发的危险已经被排除。www.med126.com 医生必须谨记，如果病人的病史或机体状况有所变化，那将意味着病人可能会出现新的急性病情。如果你对病人相当熟悉，就能很容易将病人的主诉分类，剔除那些慢性疼痛的体征而发现新的更令人担忧的病情。

最初的病情检查首先必须有完整的疼痛病史，包括疼痛是什么时候开始的、是怎样发作的等等。此外，疼痛的性质、严重程度、随时间的变化、疼痛是否放射、伴随症状以及导致疼痛缓解和加重的因素，均是推论其病因并指定未来治疗方案的重要线索。不要急于对过去的检查结果做出解释或去澄清那些可能引起病人不安的错误观点。耐心的对待这些问题会让病人感到自己的意见是受到重视的，也避免了那些按医生的建议做出任何尝试所产生的问题。心理因素与机体多发性疼痛，随着时间不断加剧的疼痛都有关系，还有被病人描述为可

怕的、难以忍受的疼痛，不受特殊体位运动所影响的疼痛，沉睡难醒的病人，止痛药和理疗毫不见效的病人，这些不好的结果都有心理因素的参与。当然病人还要进行生物学变化的检查，但首先要给他定位一个社会的和心理上的发泄口，才能推进治疗的进程。

医学检查帮你把病人的功能性的损伤记录在案，以便发现治疗中的效果和问题。这些病史的记录使病人省下了做实验室检查和研究的费用，也为医生做出准确的诊断和制订可靠的治疗方案节省了时间。明智的使用实验室和影像学检查会帮助得出诊断，但由于在此期间病人的疼痛仍在继续，他们会要求医生对每项检查都做出解释。一名腹部疼痛的病人刚开始需要做结肠镜检查来排除肠炎，除非他的疼痛症状有所变化，否则很长时间可以不必重复这项检查。医生可能需要一些时间向病人说明对病情的考虑以及为什么治疗方案不同于病人认为他所需要的治疗。我们不止一次的看到，器官发炎而引起慢性疼痛的患者通过问诊咨询获得诊断比昂贵的常规检查更加划算。

讨论 3：心理社会学评价

一旦遇上无法解释的机体体征，医生必须从可能引起或恶化病情的心理因素方面进行探索。20%~40%的慢性疼痛的病人患有抑郁症。还有40%的病人患有心境的紊乱。身处悲哀际遇中的病人往往会受到慢性疼痛的困扰。爱人的亡故或其他一些悲伤的生活经历会成为他们无法克服的障碍。疼痛还会具有地域的特征，例如一个“心碎”的人会感到胸痛，或者某种疾病夺去了在他生命中至关重要的人，他会在与那个人相同的身体部位感到疼痛。用这些思想去劝导病人，帮助他克服这些困扰可能是治疗这种病例的最佳方案。

在慢性疼痛病医疗中心，发现外伤性精神失调在病人中高达10%。疼痛可能在外伤事件后就一直持续，或者成为对过去经历的应受惩罚或赎罪的象征。那一幕会突然闪现在他们的脑海中，也会在噩梦中出现，病人们深受其苦。许多受难者只会讲述他们的体征，进一步询问，你就会了解到他们正经受着心理上剧痛的折磨。询问病人以前是否有被体罚或性虐待的经历是明智之举，这在患慢性盆腔疼痛或躯体功能失调的病人中是很常见的。她们到临床去求助的时候，可能正在受到虐待，向医生述说身体的痛苦可能是她们表达情感上受折磨的惟一方式。

躯体功能障碍包含了许多种机制，病人经常会扩大自己的症状，焦虑、抑郁、体质的差别以及社会因素均会影响一个人对疼痛的理解。有的人虽患有肌纤维病，但他们仍然不会用语言来表达他们的感受。抑郁症的患者，他们抱定自己已身患绝症，或极度忌病而无视医学的一再鉴定和证明。病人的顽固性抑郁情绪将引起机体明显的功能性的损伤。边缘性人格不健全的病人会感到空虚，他们宁愿感到疼痛而不愿活得毫无感觉，他们甚至用自虐来证明疼

痛是有感觉的和有界限的。还有的病人会人为地制造疼痛的感觉，尽管制造疼痛的动机可能是无意识的。有的人这样做的原因是为了通过治疗以得到关心和关注。诈病的人可能有他外在的或间接的目的，他们可能正在申请工伤补助或者正卷入一场官司，病伤会使他处于一个有利的法律状况。这些情况都应记录在案，并且意识到这些重要的因素在病人患病的动机中所起的作用。为获得毒品而来的病人也是一样，在你询问他们的病史时，除了药品之外，他们对治疗方案一点都不关心，而别的病人则会对一切能缓解疼痛的手段都感兴趣。

讨论 4：配偶及家庭因素的影响

配偶对病人的疼痛不介意或低调地对待此事，往往表现出比那些配偶对这件事十分在意的病人有更高的活动能力。而配偶过分关注病人，其活动能力反而会更加低，疼痛也更加剧烈。许多病人的配偶会表现出对婚姻和疼痛症状的不满、沮丧，他们如果在明尼苏达多极化人格量表测定中抑郁和瘖病两项均得到高分，那么病人在未来的治疗中情况就会很糟糕。慢性病可能会导致失业、残疾、抑郁、易怒、婚姻角色的改变、性功能和婚姻关系的衰退。疼痛病人的配偶中高达 20% 的人有抑郁情绪，弗洛和他的同事发现配偶表现出比病人更高的对婚姻的不满。研究中还发现，有四分之一的配偶表现显著的抑郁，在这些人中女性多于男性。病人的婚姻满意度可以通过其配偶对此事的关注程度预测出来。尽管如前所述，这与病人自身功能方面的提高与否并没有关系，慢性疼痛病人的配偶逐渐也表现出了疼痛症状，对婚姻的不满、抑郁以及疼痛症状的出现表明，这些配偶们也得进行治疗。鼓励配偶注意病人那些健康的行为，而不要只关心他的疾病表现将是我们努力的方向。这会使病人保持良好的婚姻满意度，也会令配偶有一种成就感。配偶越采取积极的态度，就越能在生活中表现出克制、掩饰住悲伤，并否认因为病人的病情而给生活带来的许多的不便。

www.med126.com
佩尼和诺弗力特研究发现：患疼痛的病人家庭往往没有良好的交流气氛压抑情感，对沉重的话题避而不谈，从不去妥善解决家庭纠纷。家庭角色观念刻板保守，不能或不愿转变角色观念以适应病痛所带来的问题。病人需要心理上的依赖。病人的配偶使病人与疼痛有关的行为表现更加恶化。

家庭治疗计划已经应用于实践，一些小规模的研究已经取得了可喜的成果。对病人及其家庭或其他重要人物关系的调查将会有重要的启发性。帮助病人的配偶如何对待病人的行为表现，可能是其功能得到最大恢复的关键。

讨论 5：社会和社区的影响

给慢性疼痛病人开休学或休工证明往往只是例行公事。必须首先估计病人的活动能力，

还要详细地列出病人应受到的限制，以保护他不再受伤，保证康复过程顺利进行。而病人的顾主则有责任判断交给病人的工作是否符合这些限制，或者病人是否确实需要停工等待病情的好转。阶段性分等级地让病人重返工作岗位对改善病人病情很有帮助。你可以不止一次的用理疗或职业技能的恢复程度来评价病人的能力。对于一个小型企业来讲，一个病人的慢性损伤会令他们损失惨重。来自社区的对病人受到的体罚和性虐待的劝导是有必要的，也可以劝慰他们的抑郁和焦虑。在管理化的照顾体系中，医生还必须考虑到不断增长的药物消费问题，给这些疼痛病人的额外花费可能正是同一体系中别的病人所需要的。

讨论 6：健康照顾的应用和消费

在管理化保健体系中，仅病情检查一项的支出就非常的可观。做一个子宫颈或腰椎的核磁共振(MRI)就要花掉将近 1000 美金，尚不包括放射科医生的诊断费;脑部的 CT 断层扫描要花将近 500 美金;脑部的 MRI 按照惯例要收取 850 美金。特殊的病人会比如上所提及的典型病例花费更多。而一份详细的病史和体格检查报告则是病人较经济的选择。这会帮助医生指定准确的实验室和影像学检查项目，而避免了名目繁多的各种检查。一个到慢性疼痛医疗中心的患者要花 250 美金做初步的咨询，至少 1200 美金做全面的评估包括对心理素质的评估。然而治疗病人最佳的方法就是配备一个全科队伍，这样做最终比让病人长年处于残疾要经济划算。许多病人在到你的诊所求医之前，已经看过不少专家，他们会要求你对病痛做出一个不同的解释或答案，此时，看看病人过去的记录会很有用。

向他们解释你的思维过程会帮助病人更好的理解与疼痛有关的因素。在医生和病人间建立良好的信任关系，是医生重要的任务之一。由于病人不断寻找对病情的新的解释和答案，他经常会愿意承担 3~4 次重复项目检查的费用。

讨论 7：照顾的协调性和连续性

家庭医生监督病人的就诊频率、急救中心的使用率、住院率及医药费、检查费等等，还要将医疗计划告诉护士、病人配偶及急救中心，让他们了解病人情况，使治疗计划顺利实施。照顾计划应列出病情诊断、药物及检查的显著性结果，避免重复的检查。同时，应该明确药物的过敏反应和明显的副作用。连续性是对慢性疼痛病人提供照顾的基本原则，许多治疗是要与卫生工作者直接接触的。医生应该认真听取，并估计生活中可能的压力，与病人建立相互信任的医患关系。通过关心病人，可以给病人潜移默化的正面影响，阻止他们乱求医和接受不安全的治疗。只要情况允许，就应该鼓励他们做积极的运动，要熟悉他们的病情，警惕病情的变化，让病人确信他们并没得神秘的疾病并积极地配合治疗计划。对因疼痛而变得畏缩的人，应该鼓励他与别人交流。要时刻监视病人有无抑郁的发生，适当的时候，要发动

家庭来参与治疗，他们可能会对病人有极大的帮助并能增强病人的治疗信心。

讨论 8：总结

慢性疼痛是家庭医生面临的一个最具挑战性的问题，它要求社区卫生工作者具有全面的医疗技术，其中最重要的一点就是要抛开典型的疼痛模型，转向多因素疼痛模型来考虑其治疗，减轻病人的疼痛不再是强调治愈，而治疗将着重于让病人学会控制疼痛以提高他的活动能力。如果疼痛症状持续，我们应该从社会压力、相关事件、工作满意度等方面深入调查，还应考虑是否有先前没有认识到的心理疾病如抑郁的存在等。