

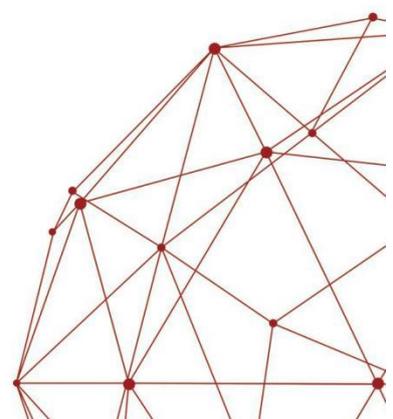
第 108 期

2019年9月15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

Do Everything Different

心病，大多数的时候都不能像阑尾或结石一样“刀到病除”，那是长久生活之下习惯之心态的一种呈现，这种呈现带来的问题我们用某种**疾病**来定义，同时问题的澄清也是对之前整体生活的小结。小结之后的，需要有**新的开始**。

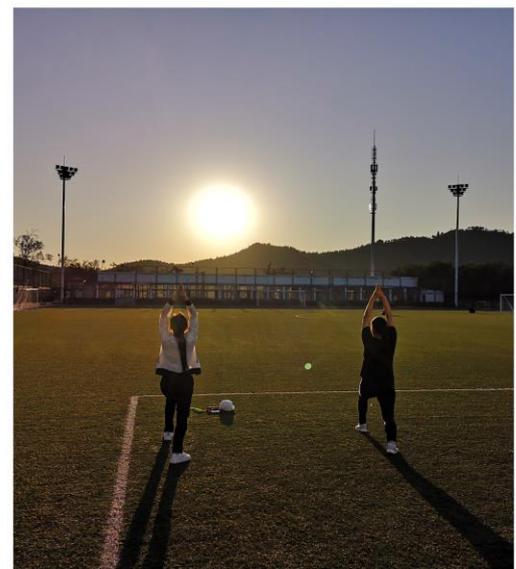
“日间医院”是美利华引进的美国最先进的精神心理医院全科诊疗模式，特为尚未达到住院程度的患者量身打造。采用**浸泡式学习与参加个体/家庭或团体心理咨询**的方式，从改变饮食习惯、调整作息这样的基础开始，帮助患者建立健康的生活与思维方式，让患者包括家人都试着“换个步伐前进”，换种方式对待情绪的波动，打造新的生活模式迎接每一天。在我们的日间医院，陪同家属作为患者重要的支持与资源可以免费的、全程观摩与参与对患者的治疗、学习与训练，为今后恢复良好的家庭支持系统打下基础。

9月，华佑美利华的日间医院首月即迎来了住院病人，医生护士咨询师每个人天天围着病人转，在线查房，制定方案，调整药物，施行心理干预，指导训练，全天生活有条不紊中进行，病人和家属在点滴中变化着，他们开心，这边的治疗者们也开心。

日间医院是生活训练的“**场所**”。如果说诊断是你描述过去那些日子的“句点”，来日间医院则是新生活故事中的“另起一行”。

华佑美利华想打造的是一处不再因为病痛而再心痛的地方。道龙老师说，想要结果不同，就要做的不同。

华佑美利华一直在尝试，让每件事都不同！



华佑美利华

Thu.Sep.20

自古逢秋悲寂寥，
我言秋日胜春朝。
晴空一鹤排云上，
便引诗情到碧霄。
心在华佑，岁月静好！



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例注意力缺陷与多动障碍少年的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【访谈理论篇】 19

治疗起始于行云流水的对话中——CBT框架下的个案概念化过程解析

【全科医学】 25

一例卵巢早衰的会诊案例会诊

- 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】 32

激素替代治疗

产前检查



精神医学临床访谈

本期期刊中的来访者以及家庭，数年来辗转于多家医院，经历过多种诊断和治疗，不同的用药方案，“神秘的”心理治疗，但孩子的问题并没有得到很好的解决。当事人在现实生活中依然困顿不堪，父母为现状困惑不已，家庭当中弥漫的焦虑与痛苦，伴随着一家三口在督导中的轮流发问，让在场者都有所感触。如何通过概念化厘清来访少年的各种适应不良问题？如何解决越吃药越多，越吃问题越多的怪象？如何拨乱反正给出一套行之有效的治疗方法？且看本期案例道龙医生作出细致示范。

一例注意力缺陷多动障碍少年的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

张心怡 心理咨询师

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别 男性	年龄 17岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 高一在校生	婚姻 未婚
病史提供者 本人	职业 学生	病史可靠性 可靠

主诉：“改善情绪问题、希望做事情有持久性。”

现病史：患者自幼儿园、小学期间就出现过注意力不集中，上课时长时间发呆，也出现抠手指和不停地撕纸等情况，学习成绩中等，玩电脑上瘾。母亲和老师均反映他顽皮，经常闯祸、不写作业，母亲感觉非常焦虑，常以打骂的教育方式对待来访者。小学四年级至六年级时服用过择思达，症状有所好转，后由于担心药物副作用而停药。

上初中后，患者因为形象瘦小，成绩不佳，性格内向，遭到同学的霸凌，出现过两位女生拿着文具用小刀把他踹到女厕所，男同学在考试后当众扒他裤子等情形。每次遭到同学霸凌的时候，他并不会告诉老师和家长，选择以忍气吞声的态度默默忍受，之后逐渐变得情绪抑郁，丧失兴趣。初中阶段，接触到撒旦教的教义和思想，发现很符合自己的世界观，经常读教义之后，思想变得极端，信奉以暴制暴，但并没有极端且暴力的行为，面对霸凌，仍是采取忍耐的方式处理，但是事后会很难受，越想越生气。

患者考入重点高中之后，开始因为一个“好哥们”的带动，让他逐渐对生活有些兴趣，



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



之后在网络上遭遇到一些结群谩骂、言语攻击的人，感到很受伤害，情绪低落，抑郁。同时，高中学业压力增大，无法适应高中的生活，感觉挫败，无法跟上同学们的节奏而休学。2017年3月，去医院就诊因语言混乱、没有逻辑，被诊断为“精神分裂症”。复读高一的时候，因为没有参加军训而错失领书，向老师询问的时候遭到老师的指责，便对老师再无好感，又因得知班委均是老师内定的，觉得自己是后加进来的，是“班级多余的人”，此后便经常逃课，上课走神。在课堂内的时候，他通过分配自己的注意力，理解重要的知识要点，而不是完全投入保持持久的注意力来理解老师所讲内容，有时也会通过写字等方式帮助自己收回注意力。

目前存在出现间歇性情绪起伏问题——容易在外界刺激下产生巨大的情绪变化，例如朋友难过或是开心，自己也会不分场合的随之变化，会觉得“朋友的事情就是自己的事情”；情绪转换较快，往往仅在一两秒之间；没有持续性的焦虑或是担心，在无外界刺激的时候，没有任何感觉。目前情绪变化的问题不影响上学。近期放假期间，晚上9点服用思瑞康0.25mg每天晚上三片，德巴金早晚各一粒，直至凌晨两三点才能入睡，次日中午12点左右才能起床，白天大部分时间在看电视、聊天中度过。现实中交友存在问题，尤其是与同性之间没有共同语言，找不到归属感。来访者还存在冲动控制问题，曾因为争抢打篮球的场地，把一名冒充是自己班同学的男孩打到严重受伤。在网络世界中有一些可以聊得来的朋友，能够给予患者很多的支持和关心。

目前即将升入高二，成绩在班级排名处于中等水平，喜欢且擅长文科，但是第二年高一的时候，被迫分到化学班级，由于是重点高中，没有考大学的问题，**准备报考戏剧表演等专业。**

既往史：患者在5岁时因注意力不集中等症被诊断为“ADHD”，做过一段时间感觉统合训练，从小学四年级开始，开始服用择思达直至小学毕业。2017年3月因言语混乱，没有逻辑，诊断“精神分裂症”，服用过两个星期奥氮平，复诊时，诊断为“抑郁状态”，服用舍曲林和维思通四个月。之后因为易激惹，情绪高涨，偏执，易激动，诊断为“双相情感障碍”，药物改为丙戊酸钠、思瑞康和择思达。曾做过脑部核磁、CT等检查，均无异常。

个人史：独生子，难产，生产时骨缝不全开，使用催产素后，实施侧切方法产出。

家族史：母亲，人事管理工作，性格强势，易焦虑，对来访者管理要求严苛。父亲，销售工作，常年出差在外，在家时，父母因为意见不合，争吵较多。父亲自述儿时也有类似ADHD



的症状表现，无法长时间的集中注意力等状况，爷爷和姑姑家的孩子也有一些精神病性的表现，具体不详。

【病历小结及概念化】

这是一个17岁的高一男生，父母均有明显焦虑，且其父在小时候也曾有过类似注意力缺陷的症状，因此考虑来访者有较为明显的注意力多动方面的遗传倾向。来访者幼年起即出现注意力不集中和多动两方面的情况，例如上课长时间发呆，经常走神。而来访者的父母经常争吵，对于他的学习关注较多，要求严苛，在精神心理层面上给予的支持和关心少，成长在以打骂教育方式为主的环境当中。初中阶段多次遭遇校园霸凌事件，均以忍气吞声的态度默默承受，没有得到父母、老师及时的帮助和解决，继而变得情绪低落，焦虑，总是处于担心自身安全、担心被欺负、怕黑等。高中阶段，学习和交友压力逐步增大，面对新的环境难以适应，觉得自己很失败，没有归属感，情绪波动较大。同时，仍然存在难以集中全部注意力在课堂上，出现逃课等现象，难以有效的管理每日的时间，容易被外界刺激干扰注意力，继而产生情绪上的波动。不能很好的分配作息时间，甚至出现冲动控制的问题，例如容易暴躁、发脾气、摔东西，打同学至受伤严重。所以，初步诊断为注意缺陷/多动障碍。

初步诊断：注意缺陷/多动障碍

治疗方案：

生物：一方面，加强运动；另一方面，丙戊酸钠可用 1 个月左右逐渐停用，喹硫平 2~3 个月缓慢减停。因为仍然存在注意缺陷的问题，建议使用择思达，并逐渐加量，由 40mgQD，每半个月调整一次，需要根据好转程度调整，达到 60-80mg QD,可能 4-6 周起效。喹硫平也需要缓慢停用，因为会使 ADHD 多动症状加重。失眠问题会在使用择思达后好转，如果 4-6 周后仍有失眠，考虑使用米氮平，帮助睡眠。

心理：1. 认知行为疗法。调整认知，现在父母已经认识到自己曾经养育方式的不恰当，已经开始积极的配合医生和咨询师，做相应的调整和改善，父母的焦虑都是希望孩子能够变得更好，生活的更有尊严，尝试理解父母。正性鼓励患者，他现在已经可以坦然地面对曾经遭遇的霸凌事件，并逐步将自己曾经遭遇过的霸凌事件作为鼓励和安慰朋友的实例，以此升华的方式来帮助更多陷入困境的朋友。行为疗法：学习进行时间上的规划，列出精确到每时每分的计划表，一方面，训练自己时间管理的能力，培养自己做一件事情的专注力，习得新的应对机制来拉回专注于学习上的注意力。另一方面，可以有效地避免玩手机、上



网过长的时间，来帮助自己调整作息。

社会：患者即将升入高二，通过治疗改善症状之后，选择与人打交道较少的专业，例如文学创作，剧本编写，选择时间弹性较多的职业，不能选择以表现相关的专业，情绪的波动不利于病情的好转。

主诊咨询师：张心怡

2018-08-22

【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我的困扰就是我的情绪会很受朋友的情绪影响。
3. Z 医生：具体一点说说你受影响是什么意思？看起来你阳光帅气，你指的受影响是什么情况呢？

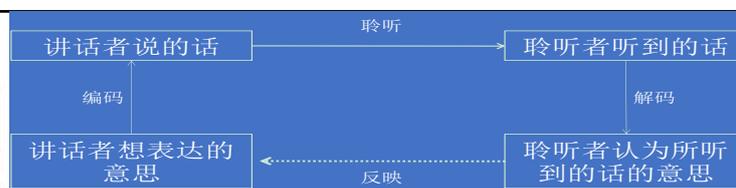
澄清式发问：

- 澄清式发问是针对来访者语言内容的一种回复方式，重新提出问题请对方进一步澄清或补充其原先答复的一种问句。澄清式发问既可以确保沟通的双方能在叙述“同一语言”的基础上进行，同时也是对对方语言进行有效反馈的方式。
- 澄清式发问多出现在咨询初期，但也贯穿于整个访谈之中，目的在于鼓励来访者对自己情况更详细的描述，检查信息的准确性以及澄清含糊、易混淆的信息。

4. 来访者：就是可能我上一秒还是笑的，然后我朋友忽然说，他想要自残，我也会突然变得很消沉。或者忽然又有人给我说了一个笑话，他很开心，我也会忽然变得很开心。
5. Z 医生：也就是你的情绪容易受周围环境影响，抗挫折感能力比较低，是吗？
6. 来访者：嗯。
7. Z 医生：抗挫折感能力低的意思就容易气急败坏，容易发脾气，是这样的吧？

反映性倾听：

- 反映性倾听是把来访者的语言从简单的重复进行准确的推测并加以陈述，推动访谈的发展，使来访者从简单的倾诉感受到“被理解”、“被听懂”，存在着深度上的不同。
- 反映性倾听=准确同感，是动机面询的核心技术之一
- 道龙老师常常谈到的“行云流水的访谈”即大量运用着反映性的倾听，使对话更高效，成为“来访者的独白”（对技术的详细讲解可参看中美班18年12月10日下午关于咨询技术的课程）



8. 来访者：如果是在现实当中，别人怎么惹我，我都不会发火，如果是在网络上语言攻击我，可能就受不了。
9. Z 医生：那比较文明了，属于君子动口不动手，是这意思吗？
10. 来访者：可能是吧。

1-10句访谈的目的：

技术层面：作为访谈的初始阶段，我们可以看到老师利用语言技术对来访者所要表达内容的具体澄清、梳理，为准确理解来访者的行为及表现而进行工作。

内容层面：试想为什么要对少年的行为模式进行澄清？这里涉及到精神心理临床方面对于注意力缺陷及多动障碍“功能性后果”了解的必要性。由于不能付出持续的努力，在任务投入中表现的不充分，ADHD患者常常容易被解释为懒惰、不负责或无法合作，这种负性互动更容易导致患者个体被同伴排斥、遭到忽视或戏弄，进而发生对立违抗或情绪控制问题。以上这10段往来对话把来访者易受影响——抗挫折感能力比较低——容易气急败坏，容易发脾气——但君子动口不动手的特征进行了勾勒，既是查看来访者的情况，更是对易激惹、冲动控制程度、对立违抗行为进行鉴别诊断的重要组成部分。

11. Z 医生：那挺好的。另外，你上课时注意力不集中，是什么情况？多长时间开始溜号？
12. 来访者：这个根据老师所讲的内容，简单的时候，就会稍微走一下神。
13. Z 医生：你用的是择思达（编者注：盐酸托莫西汀）吗？
14. 来访者：对。
15. Z 医生：那个药对你有帮助，是吧？
16. 来访者：是的。
17. Z 医生：吃过专注达（编者注：盐酸哌甲酯控释片）吗？
18. 来访者：吃过。
19. Z 医生：这两个药一个是兴奋剂（编者注：专注达），你用起来哪个劲儿大，哪个对你更有帮助？
20. 来访者：劲儿大的药会让我控制不住的亢奋，所以就减量了。
21. Z 医生：你说的是专注达吗？
22. 来访者：应该是。
23. Z 医生：专注达有剂量的区别吗？就是小剂量好一点，剂量大的劲大一点，兴奋多一点？
24. 来访者：不太清楚，当时是比较抗拒吃药的。



25. Z 医生：我知道了。

对药品的讨论：

- 哌甲酯（商品名：利他林或专注达）作为兴奋剂是ADHD的主要临床药物之一，托莫西汀作为去甲肾上腺素再摄取抑制剂（NRI）是非兴奋剂类，目前没有报告具有成瘾性，被批准用于治疗儿童和成人的ADHD。
- 了解前期用药情况，是考虑治疗方案时重要的环节，“个体化用药”绝不是按照说明书定量定疗程，而是在对患者个人各方面情况了解之后综合评估的结果。用药史，包括药物用量（是否足量足疗程？）及当时的疗效（会影响用药依从性）、副作用（停药动机）都在了解范围内。

26. Z 医生：最后想问，你为什么想起来学戏剧？你比较喜欢文科，插班到化学班，毕业想考戏剧，是怎么考虑的呢？

27. 来访者：因为我写一些剧本，或者是一些小表演，我妈妈觉得我挺有天赋的，进化学班是个意外。

28. Z 医生：你的情绪容易受别人影响，如果你做戏剧专业会影响你的情绪，但要是特别喜欢文学，考编剧相关的专业，不去做演员，你能接受吗？

29. 来访者：能。

30. Z 医生：那就挺好。今天想让我们帮你解决什么问题？

31. 来访者：就是情绪的问题。

32. Z 医生：第一个，你得了个常见的病但慢慢就会变好，症状会减轻，叫注意缺陷多动障碍。生物方面的治疗：第一个是运动，第二个是需要使用择思达。心理咨询方面，要做认知行为疗法，和咨询师讨论你为什么生气，谁惹你生气，什么时候生气，怎么别人能够惹你生气。社会学的因素方面，因为情绪容易失控，出现冲动控制问题，尽量不要去做演员相关的专业，你在表演时哭哭笑笑，就容易控制不住自己，如果特别喜欢戏剧、文学之类，可以选择编剧专业，听得懂我刚才说的事情吗？

33. 来访者：可以。

咨询中“技术”的部分与“艺术”的部分：

- 关于专业选择，在首诊访谈当中只在现病史的最后一句有所提及，而在这里督导医生却专门为此进行了询问，解答参看第32句道龙医生向来访者的说明。
- 我们曾经“爆料”过道龙老师概念化工作完成后会使用第30句中的提问来再次确认主诉，而此时来访者再次说自己是“情绪的问题”。督导医生很快把来访者“原本就容易受他人影响”的特点与“当演员需要更多的情绪暴发”的特点联系起来予以指出——这里的“咨询师给建议”是医生对患者疾病易感性的指出，是心理教育的重要部分（见本期访谈理论篇文章）。



34. Z 医生：会诊之后再把意见返给你和你的父母，你的父母还有什么问题要问吗？
35. 来访者父亲：张教授，他从小就有 ADHD，后来其实家庭方面给他蛮大的压力，在初中的时候又遭到了霸凌。在之后又和网友有过一些冲突，最后就发病了。他刚开始发病还是蛮严重的，之后诊断为抑郁症，吃了舍曲林约四个月以后，开始表现为暴躁，易激惹，在学校容易和别人有冲突。
36. Z 医生：他没有抑郁症，你的小孩跟遗传有关，得的是 ADHD，因为没有经过彻底的治疗，所以才变成易冲动的表现，既没有精神分裂症，也没有双相。
37. 来访者父亲：我最担心的就是他总是说自己有九个人格，自己和自己说话。有些想法比较不合逻辑，包括他参加的社团，说是编剧本，也是涉及自己和自己的想象和对话，所以就担心会不会对这个病不太好？
38. Z 医生：从刚才跟他的对话，以及咨询师采集的病史来看，没有精神分裂症，未来有没有不知道，目前符合 ADHD 的表现。所以需要使用择思达，而不是用专注达，因为专注达刺激多巴胺分泌，而择思达是增加脑内的去甲肾上腺素，可以改善焦虑的问题，增强注意力，再加上运动，效果应该会好。
39. 来访者父亲：另外，在认知上，他觉得社会不公，老师对待好学生会有偏袒，心里会非常难受，会骂、会生气，感觉控制不住自己的情绪。
40. Z 医生：情绪控制不住是 ADHD 没治疗的原因，还是同一个问题。

倾听和解答养育者的困扰

家长不是专家，他们多是通过“行为表现”来看到疾病，所以会把各种令人担心的症状表现列举出来，如这里提到的 ADHD、抑郁（第 35 段）、“不太好的病”（第 37 段）、脾气不好（第 39 段）等，这些正是我们在问诊中症状的“葡萄粒”，如何用一元论来理解和解释这些问题，在概念化中即需要完成，并在家长提及时一一给予回复。解答的过程也是对概念化兜售的过程。

面对尚未成年的来访者，与家长的讨论是治疗当中非常关键的步骤，他们不但影响着来访者未来的治疗走向（包括用不用药），更可能因为对病情理解程度的不同而影响对待患者本人的态度（环境因素）。所以，如何把家属拉进治疗的有效范围之内对患者的预后至关重要。

41. 来访者：我觉得这是我个人认知的问题，如果我的认知和大部分人相同的话，我应该不会生气发脾气，但是恰好我的认知是与大家是相反的，所以我对于自己发脾气的问题，可能是控制得比较少，不是因为控制不了，是因为我不想控制而已。



42. Z 医生：一些有 ADHD 的小孩经常表现为脾气控制不了，如果不经过治疗的话，之后可能会变成反社会人格障碍，是这个路径发展。本身就是像火山口一样，不刺激都（容易点）着，一诱发就更着（火）了，认知得调整。通过认知行为疗法调整慢慢就能变好。但是如果在 ADHD 的背景下，人就无法控制。

短程咨询中合作与沟通是解决问题的关键：

来访者自身面对问题会有自己的“解释”，“不是因为控制不了，是因为我不想控制而已”，这位少年把自己的自控力在这里和之前说的情绪“容易受人影响”来了个大转弯，试想这样的解释行得通吗？

我们在第42段中可以看到督导医生并没有去反驳或挑战来访者矛盾的说辞，而是用举例“一些有ADHD的小孩不经治疗”的不良预后，然后“用不点自燃的火山口”来形容非自主性，再来说认知“在ADHD的背景下，不易自控”的病症特点，我们能看到这既是针对疾病进行的心理教育，又是对来访者的保护——强调这是不易自控的，同时也是在把现在已有的情绪问题外化，告知其本人及父母，“不能自控也不是孩子的错”，但完全可以通过治疗进行改善。

在焦点解决短程疗法当中，强调“以建构解决之道的耳朵”倾听个案所说的一切，这样不加责备的，把问题和人区分来看待，并给出解决问题办法的谈话都能起到增加治疗动机的目的。同时，总是做积极的引导，促进改变的发生，协助来访者搜寻并创造新的意义是现代积极心理学的精髓所在。

43. 来访者父亲：教授，我还有一个问题，最困扰的一个问题是，他现在早晨是起不来，学校又没办法允许他迟到，您是建议继续休学，还是早上起不来的情况下，把他弄醒？那样他会暴躁、摔东西。

44. Z 医生：起不来有两种情况，一是因为睡得晚，所以起不来；二是确实睡得很多，但是还是起不来。

45. 来访者父亲：他吃药以后就这样了。

46. Z 医生：是，所以咱们会诊以后要慢慢调整这些药物。这和你们现在吃的药物有关，奥氮平和思瑞康都会增加睡眠。不能同时做两方面的事，一边给他吃着多种助眠或增加睡眠的药物，一边又让孩子要能起来，少睡觉去上学，这是在折磨他。今后治疗当中主要让他增加精力，减少睡眠，所以调整药物的目的是只吃对症的药物。择思达不增加睡眠，另外他还需要增加运动。

47. 来访者父亲：我们以前看了大概四五个医生，都会提到抑郁的症状。



48. Z 医生：我认为他有抑郁，但是是继发的，是因为 ADHD 没治好，感受到的都是挫折感，就变成了继发性抑郁。
49. 来访者父亲：哦。
50. Z 医生：因为你们家里的遗传都是跟 ADHD 有关系，所以小孩也变成这样了。他就相当于一个没有治好的 ADHD 小孩，之后出现的症状都是并发症，所以需要使用择思达治疗焦虑，也能够治疗一点抑郁，最主要让他改善 ADHD。
51. 来访者父亲：您说的是择思达？
52. Z 医生：对，这个药不是兴奋剂，所以不成瘾，也不影响睡眠。

正确的诊断才能有正确的治疗

治疗的基础都建立在正确的诊断之下，这是临床的核心。从整个病史的采集过程中，我们并没有看出来访者有过言行紊乱或妄想、幻视听等精神分裂病性的问题，因此并不考虑精神分裂症的诊断与治疗。而且按精神分裂症治疗需要使用的是多巴胺受体拮抗剂，而 ADHD 的标准治疗则是以激发多巴胺分泌的兴奋剂为主，即使是共病，不加甄别的同时用药，相信无论哪一个疾病也无法收到良好的治疗效果。

原发性问题与继发性问题

在精神心理临床当中，许多的症状都是跨界的，比如这里家长反复强调的抑郁情绪可以出现在多种问题的病程里。临床用药不是一个症状用一个药，而是从对症治疗到对因治疗。ADHD 带来的各方面的挫折感会引发抑郁，而仅仅治疗抑郁并不能改善 ADHD 的问题。这里就体现出督导医生用药的高明之处（关于选用择思达的原因，访谈后督导医生的概念化环节有详解）。

53. 来访者母亲：道龙医生您好。我们的孩子在小学吃了两年择思达，到初中时候停药，最近发病也吃了将近两个月的择思达。效果不明显，所以又停了。
54. Z 医生：两个月的时间明显不够，第二可能是剂量有问题。
55. 来访者母亲：一天吃一粒，合并丙戊酸镁和抗精神类药物思瑞康一起吃的。
56. Z 医生：从道理上来说，思瑞康会加重 ADHD 的症状，因为它阻断了多巴胺，而 ADHD 是多巴胺不够，所以两个药搁到一块，药效反而被抵消了。
57. 来访者母亲：明白。那择思达要吃多久？
58. Z 医生：如果是有效的話，得一直吃到高中毕业，考上大学就行了。
59. 来访者母亲：那多久能起效？
60. Z 医生：4 到 6 周就能起效。



61. 来访者母亲：还要加量，是吧？

62. Z 医生：对，从最低剂量开始，因为开始他的身体可能不习惯，要从最低剂量开始，每隔两周加一下，再看加完之后是不是有变化，是否注意力能集中，我们到时候可以指导你一下治疗方案。

关于医患沟通

- 来访者的母亲此时加入讨论并且带来了两个重复性的问题：择思达是曾经用过的，但是后来效果不好；提供了剂量并提示了同时用药，显示出药品之间的背反问题，督导医生都给出了解答。
- 我们从53-62段的对话中可以发现对话的节奏很明快——来访者的母亲用治疗史来确认现在的方案，医生非常明确的、胸有成竹的将**病情**、**治疗方案**、**预后**都与家长进行了交流。
- 在治疗面前，医务人员掌握医学知识和技术使得在诊疗过程中的地位和作用都带有一定的不平等性，而在这个家庭当中父亲长年在外，母亲在家与儿子的接触更密切，是生活方面的主导者，与母亲的交流除了能够满足家长对医疗信息的知情需要，更是带动母亲重新竖立治疗信心的关键步骤。
- 医患之间的交流对于患者来说，本身也是治疗当中的一部分。特别是对那些已经“久病久治，效果欠佳”的个案，倾听家长心中的疑惑、耐心的解答他们提出的问题，更容易让患者及家属接受与接纳医生的意见，减少关系中的张力，促进医患关系。

63. 来访者父亲：教授，我们大概从去年 9 月份，一直在找心理医生做介入治疗，也就是催眠，您觉得还有必要吗？

64. Z 医生：催眠是没效的，对这个疾病的有效心理治疗方法就是认知行为疗法。比如说，这小孩相信“人不为己天诛地灭”，治疗师会说：“你想到没有，爸爸是个领导，或者妈妈是个老师。他们跟同事说，人活着就应该自私，所有人都要为我考虑。那他们第二天上班的时候，还有人会愿意听他领导吗？有同事愿意跟他们交朋友吗？”你可以有这样的人生观，但是结局可能是众叛亲离。不同的认知、哲学就会带来不同的效果，治疗师并不是在讲谁的人生观对不对，我们有权利相信任何事。可以选择现在出去拿个刀杀死三个人，但就要接受司法会抓捕、审判甚至枪毙了，达到这个结局，是真地想要的吗？你为什么要这么做呢？这类的咨询叫认知行为疗法，不是思想教育，而是不同的人生观带来不同的人生结果，小孩慢慢就会受影响。社会资源就是告诉你别去演戏，知道自己情绪不好，容易失控，还演哭哭笑笑、疯疯癫癫的故事，就更容易让自己的情绪失控，



清楚了没有？

65. 来访者：认知行为疗法是心理咨询的一部分，是吧？

66. Z 医生：对的。

咨询方法的选择

催眠疗法诞生于上个世纪上半叶，基于弗洛伊德的精神分析理论中提出的意识与潜意识的存在，作为探讨潜意识的方法之一，催眠和释梦等技术得到了发展和应用。所谓催眠其实是一种自我心理暗示，由于其神秘的特点易于被描绘进影视及各类文学作品，但实际上经过多年的临床研究发现，其疗效并不可靠，目前早已不是临床的推荐技术。我们所倡导的一直是推荐来访者使用那些有临床实证的疗法，如认知行为疗法、焦点解决短程治疗等。

67. Z 医生：我注意观察到小孩嘴刚才频繁地抽动了几次，平常也有这样的毛病吗？

68. 来访者父亲：对的。

69. Z 医生：那就是基底神经节有问题，属于基底神经节的抽动症。

70. 来访者父亲：我的侄子也是，表现是眨眼睛。

71. Z 医生：对的，你们家族都是一个病，是基底神经节发育不好，ADHD 是其中一个病，抽动症是另一个病。

内在的和外在的信息：全方位的评估

- 在咨询当中我们的信息主要来源通常通过语言来表达，由来访者主要报告他的感受和体验。但同时作为精神心理方面的专家我们同时也关注来访者那些非语言行为——常见的非语言沟通包括来访者的喜怒哀乐等情绪反应，同时我们也会去观察来访者一些下意识或无意识的运动行为和表现。
- 在ADHD共病问题中，与抽动障碍的共病特别常见。从目前对脑神经学的研究来看，无论是ADHD还是抽动障碍的脑部都指向存在基底神经节的功能不全问题。
- 许多有轻到中度抽动的个体体验不到痛苦或功能上的损害甚至意识不到他们的抽动，而这些表现在这个家族的其他成员上也有所表现，体现遗传的集群性。

72. 来访者：我想问一下，我的妄想症可以排除吗？

73. Z 医生：我现在不认为你是妄想，刚才说的所有事都是可能出现的，不是你有妄想。

74. 来访者：我觉得我一直都在妄想，一直在大脑里妄想着可能发生的事情，那怎么办？

75. Z 医生：对的，那不叫妄想。

76. 来访者：好的，谢谢。



77. Z 医生：这是多疑、焦虑，担忧的表现。
78. 来访者：我是闲着没事干，看着一个事情去想象它以后会怎么样。
79. Z 医生：对，这不是胡思乱想吗？就是焦虑的表现。
80. 来访者：好的，谢谢。
81. Z 医生：也是基底神经节的问题，不是精神分裂症的妄想，不要用那个字来描述你的症状，回去抓紧把 ADHD 治好了，再看其他症状能不能消失。多锻炼身体，运动以后，这些抽动症，注意力缺陷都能得到改善，好吧？

是妄想？还是胡思乱想？

来访者所说的“我觉得我一直都在妄想，一直在大脑里妄想着可能发生的事情”，听起来更像是种“预期焦虑”，可是来访者自身把这样的焦虑情绪与“妄想”联系起来，似乎是想说明自己有更为严重的疾病或症状。这样的情况在中美班的案例库中并不少见，比如第105期期刊中广泛性焦虑障碍的女性也是在这样那样焦虑的情境下出现“感觉有人议论自己，说自己坏话”而反复主张“我有幻听”。

在精神病理学中精神状况检查是基石，我们总是希望患者暴露出更多的问题（症状），然而当我们仅仅把目光盯着症状和缺陷，对其他的情况就很有可能会视而不见了。比如患者在这里所说的“妄想”，只有探索症状背后其内心的体验，通过了解患者个人对内容的注解（少年说：想可能发生的事情）我们才能做出准确的判断。DSM-5中认为只有缺乏自知力的、不可动摇的妄想才有诊断意义。

督导医生对问题的澄清及心理教育都是对焦虑情绪的遏制，不过多纠缠在来访者的错误观念当中，及时叫停负性思维（你不是妄想），加以认知调整（抓紧治疗ADHD，多运动），既是诊断的一环，也是治疗的需要。

Tips:

妄想是确定精神病性障碍的关键特征之一。妄想是固定不变的信念，即便存在与其信念相冲突的证据。妄想的内容可能包括各种主题（例如被害的、关系的、躯体的、宗教的、夸大的）。

82. 来访者父亲：最后一个问题，基底神经节的问题是器质性的吗？有没有更好的方法改善？
83. Z 医生：功能性的，就是这地方没发育好。大脑正常，所以它是好事，没有智力方面的问题，但是这个部位出现问题，最常有的病，在男方的家族里都有，一个是 ADHD，一个是抽动症。
84. 来访者父亲：行，谢谢。
85. Z 医生：精神分裂症是大脑皮层出现问题，所以我为什么不认为他是精神分裂症的问题，



也不认为他是自闭症的问题，他主要是基底神经节出现的问题，到时候由医生跟你们讨论怎么治，清楚吧？

86. 来访者：嗯，谢谢。

ADHD患者的脑结构异常说明：

- 近年来的研究显示，ADHD患儿的脑结构与发育正常的儿童存在着差异。虽然目前还不能完全通过器质性检查来诊断该疾病，但种种对比表明ADHD或许应被视为是一种神经系统疾病。这样的事实一方面有助于更好的帮助家长理解患儿的不自控并非是由于个人意志、意愿所致，另一方面也有助于帮助鉴别出一过性行为上好动的儿童及青少年。
- 与非专业人士的家属讨论这些“不可控的部分”并不只是一味的强调“失能”，同时还强调来访者那些有利的因素，比如并不影响智力等。
- 所有的医患沟通讨论都基于现实情况，但既能把现实准确传递给患者及家属，同时又帮助他们树立信心的谈话方式值得关注。

87. 来访者父亲：太好了，谢谢您，道龙老师。

88. Z 医生：没问题。

【督导小结】

这个病人诊断是 ADHD，基底神经节发育不好就出现这样那样的表现，过去曾经用过择思达有效，当下集中精力治疗 ADHD，继发的焦虑、抑郁自然会缓解。

第一、这病人有抽动症，坐在那里有抽动的表现，只是没有达到“障碍”的程度，这都是基底神经节有问题，他的表弟也有，都是遗传他爸爸家族基底神经节发育不好的问题。

第二、因为冲动，爱发脾气，爱闹，又特想学戏剧表演专业，那当然不可以了，学这个专业会加重问题的程度。

第三、这个小孩经常出现对立违抗的表现，也是因为 ADHD 没有彻底治疗。

这样的病人在治疗学上存在矛盾，要是没有冲动症，可以大胆的使用兴奋剂，治疗抽动症是用多巴胺（D2）受体拮抗剂，但是这个病人不能使用。因为兴奋剂会使他基底神经节的地方抽动加重，所以对于他要选用择思达来阻断多动行为，而不能用强的兴奋剂治疗，这也是咱们反复强调“用药个体化”的原因——每个患者的具体情况都是不同的。

他现在存在的间断性的焦虑、抑郁，是因为 ADHD 没有得到很好的治疗导致的，择思达本身就是去甲肾上腺素再吸收抑制剂，对治疗抑郁焦虑有效，所以不用另外加药。



【现场讨论及答疑】

问题一：这个患者没有在ADHD的基础上存在适应障碍吗？

督导回答：不是，人格障碍说的是人际关系不良。如果是特质的话，也不需要去治疗。这个孩子的ADHD很明显，没办法上学是他主要的问题，把这个治疗之后，再去说适应的问题也不迟，而不是在ADHD不治的前提下，去治疗适应障碍。

问题二：这个患者说早上起不来床，是因为晚上9点钟用药，用药之后就睡不着，一直要拖到第二天凌晨的两、三点钟才能入睡，所以出现了白天起不来的情况，所以我觉得睡眠的药不是要减量，而是要加量，帮助他尽快睡着。

Z医生：不是，现在暂时不需要加了，让他多做运动，消耗能量让体力上觉得累，就帮助睡眠。ADHD的小孩能量就像永动机一样，大都是睡得晚，所以要把他能量在白天消耗掉，晚上就容易入睡了。他并不是睡眠觉醒障碍，所以不是放弃治疗ADHD，而去治疗失眠，这是舍本求末的治疗方法。

美利华一句话播报

- ◇ 九月份的脱产学员迎来了他们的结业之日，
- ◇ 拍下珍贵的友谊，记录这数日来的收获，
- ◇ 小伙伴们喜不自胜！



访谈理论篇

治疗起始于行云流水的对话中

——CBT框架下的个案概念化过程解析

作者：王剑婷 心理咨询师

张道龙 医 生

作为临床工作者在重读逐字稿的时候内心感慨，对于这个男孩子，成长的不同阶段家长及他本人一直在寻求医疗和心理两方面的帮助，然而不同的时期，他的一些言行却被割裂开来，带来了更多临床诊断，招致了多种内容的治疗，从结果而言并没有太好的收效。

在精神医学临床当中由于没有确切的器质性检查做背书或支撑，观察症状，理解病人这件事本身就完全凭借医生所接受的训练及临床经验而定。这其实也是一直以来精神医学临床所面临的困难和非议众多的原因之一。

【诊断性评估】

精神医学领域从多年前起致力于在临床进行问诊标准化的工作——DSM系统或ICD系统都是由此应运而生，然而手执诊断标准就万事大吉吗？专家们发现在诊断标准的基础之上保证有效诊断的几大要素还必须包括：

- 临床症状的描述
- 家族遗传史
- 与其他相邻诊断相鉴别
- 疾病轨迹以及症状随时间推移的稳定性
- 相关实验室/生物标志物

以上的内容即我们在初诊中对现病史、个人史和家族史部分进行的问诊，也是用以甄别不同个案当中核心表现的重要部分。

为了完成上面的步骤，通常与来访者的访谈就已经需要至少1小时甚至更多的时间，这的确可以收集出许多来访者的信息。如果像本期案例中一样，是家族中数人同时来访，还可以从其他人的角度补充进有用的信息，但如何把多动行为、情绪低落、暴躁易怒、信邪教、言行过激以至于曾被诊断为精神分裂、双相障碍等精神障碍一元化起来，相信对许多医生都是有所困惑。而这个“一元论”的过程即为我们所说的个案概念化。

【个案概念化评估】

DSM诊断系统告诉我们了一件事：来访者所有经历的这些症状集合起来符合某种可识别的障碍或综合征。不过，仅凭这些数据并不等于我们了解来访者以及他的困扰。冠名或诊断本身并不意味着你知道了这些症状是怎么开始的，怎么维持的。在所有的病例当中，



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



我们可以发现许多的症状是跨界的、重叠的，如抑郁情绪、失眠问题等；就技术层面而言，以ADHD中注意力缺陷为例，诊断标准有十条，17岁以下儿童符合其中五条即可诊断，注意力缺陷亦是如此，也就是说同为ADHD患儿，每个人的行为表现，困扰之处都不一样，所以一边是**不同疾病之间的表现重叠**，另一边是**同一疾病之间的表现不同**。现在再来回想一下道龙老师在中美班成立之初即向我们反复传递的概念：

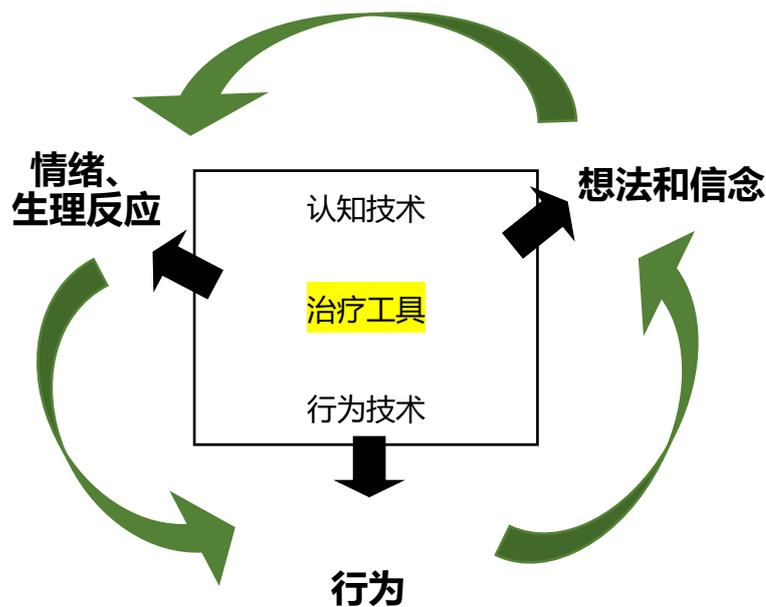
- ✓ **症状可以是跨界的！**
- ✓ **有一样的诊断，没有一样的病人！**

基于这些原因，我们需要尝试跳出诊断去思考：ADHD的患者当中为什么是这个来访者言行会出现失当问题？什么样的行为、思维或情绪可以作为合适的干预目标？哪些因素对现有的适应不良起到了维持作用难以打破？我该如何来理解并对这些问题加以解决？这个不断提问和反思的过程实际上就是临床工作者进行概念化的过程：

对来访者问题进行个案概念化时需要具备的有这样几个要素：

- 1、建立一个问题清单，包括主要症状和问题；
- 2、确认产生这些障碍或问题的机制；
- 3、确认在当前激活了问题的诱发因素
- 4、考察当前问题在来访者早期经历中的起源。

也就是说，我们需要把来访者的问题放进一个运转模型中来理解：

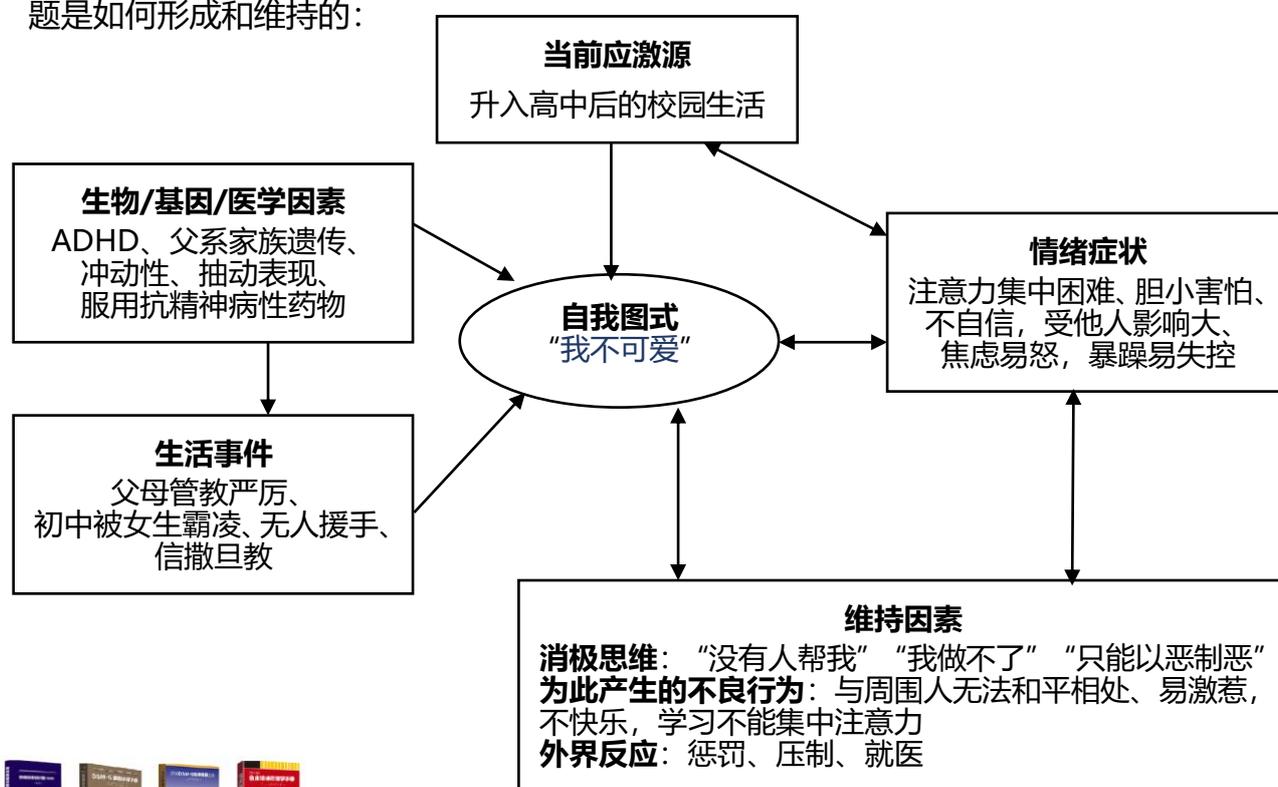


我们回顾一下在男孩的生活中，各方面的压力：

- 1) ADHD发病以来行为上的不能自控成为他在生活中反复被打压、管教的导火索，
- 2) 在这样的背景下因而让其不断地感受被成人嫌弃、在小伙伴中受到冷遇。
- 3) 初中时由于身材瘦小被女生欺负而无人出手援助，这一方面增加他的愤怒，另一方面使他不自信。
- 4) 消极情绪可以被理解为在某种程度上“自我帮助”的结果——因为得不到有力的支持，为了自保，要么避免受伤害而选择主动对外发火、发脾气、攻击；要么为了哥们可以不顾一切，无底线的任由自己行为过激；这种两极的行为不被能被理解就会受到更多的惩罚，让他更加认为自己不可爱，没有人帮自己。
- 5) 在学业上，他想好好发挥，但受生物性问题的影响难以施展，一方面他做出努力但没有成效让自己情绪低落，另一方面随着年纪增长不断地被要求“管好自己，加油、努力”更让他觉得“我是无能的，根本做不好事”，持续在各方面得不到鼓励和认可，因此强化了自己“不可爱、很无能”的核心信念。

对本案例进行认知行为的概念化理解：

结合访谈内容中对他早期生活、成长经历、生物及遗传因素、潜在的信念以及当前的思维和行为，我们可以试着做这样一个认知行为治疗的工作假设，来理解来访者的心理问题是如何形成和维持的：



我们能够看到，许多的问题虽然同时发生在男孩的生活当中，但究其根源与“不能自控的注意力分散”都不无关系：与父母的关系由此从童年开始被影响；在校表现失当得不到老师的关照；被霸凌影响情绪更加无心学习生活情绪抑郁；为了自保用极端态度生活影响了更多的人际关系；他的生活里充满着对自己失望……这些基于生物特性上逐步发生发展出的生活事件回溯起来即形成了“不可爱的、无能的”自我信念。那些情绪部分的问题几乎都继发于ADHD所带来的失控，而外界施与的压力所产生的抑郁、愤怒、无力感已经明显影响了他的社会功能。

生物性治疗督导医生已经给出了非常明确的指导，考虑来访者还存在易冲动、抽动等问题，用药史中也有报告使用兴奋剂的不良感受，因此选用去甲肾上腺素再吸收抑制剂择思达作为主要药物来治疗。择思达虽然主要被批准用于ADHD，但实际在临床当中证实对抑郁焦虑也有不同程度的疗效，因此通过药物调整，对于这个男孩的情绪及注意力不集中等两方面的问题都有值得期待的效果产生。

理解认知行为疗法背后的理论

“为什么认知行为疗法可以适用于这样的个案？”

“因为有循证依据。”

这当然不啻为一种解答，但这样的解释来访者能听懂或信服吗？我们常常看到道龙老师在向患者诠释病情时通俗易懂的举例说明，如本期案例中第64段中：

“对这个疾病的有效心理治疗方法就是认知行为疗法。比如说，这小孩相信“人不为己天诛地灭”，治疗师会说：“你想到没有，爸爸是个领导，或者妈妈是个老师。他们跟同事说，人活着就应该自私，所有人都要为我考虑。那他们第二天上班的时候，还有人会愿意听他领导吗？有同事愿意跟他们交朋友吗？”你可以有这样的人生观，但是结局可能是众叛亲离。不同的认知、哲学就会带来不同的效果。治疗师并不是在讲谁的人生观对不对，我们有权利相信任何事。可以选择现在出去拿刀杀死三个人，但要接受司法审判甚至枪毙了，达到这个结局，是真地想要的吗？你为什么这么这么做呢？这类咨询叫认知行为疗法。不是思想教育，而是不同的人生观带来不同的人生结果，小孩慢慢就会受影响”。

道龙老师通过举例说明的即基本认知技术之一：**认知重建** (cognitive restructuring)，确认和改变失调的想法。认知重建并不是把改变自动化思维当作是治疗的真理，而是对这些想法进行质问，当这些想法不合理或者没有用处的时候，再对它们进行重建。也就是说在与治疗师进行工作时，来访者可以逐步发现面对一件事或一个情景时，自己原有的反应并不唯一，还可以有许多不同的选择。比如案例中的男孩可能会发现即便不陪着同伴的情绪变得愤怒，选择用安慰或倾听的办法与朋友相处，也一样可以让朋友满意自己的表现，并不会就此失去好哥们儿，这种思路上的转变就有可能帮助他不再因为害怕与朋友不同频而失去对方的友谊，或通过暴怒一场做出自己承担不起的恶性行为。



认知部分调整之外，认知行为疗法中“**调整行为**”的部分包括暴露疗法、社会技能训练、放松训练和结构化问题解决等多种技术。这些技术都有一个共同点，是通过消退刺激与反应之间旧的、不适应的联结，学习与新行为联结的过程。以本期来访者为例，治疗师可以尝试和男孩进行角色扮演，在男孩容易情绪暴发的假定情景中进行语言和社交练习，由治疗师给出反馈，并在治疗结束后、下一次治疗之间完成一定的家庭作业作为练习，通过反复强化，使其掌握合理、适当的社交技能。这样的训练除了与治疗师之间进行以外，还可以在他的家庭当中开展，通过练习发起谈话，维持谈话，表达积极/消极感受，处理冲突等基础技能训练，帮助他和家人重新建立良好的沟通模式，再练习将它们整合起来流畅的应用到更多样的场面中去。

如上分析，我们基于精神动力学对来访者的理解，并不是要对早期经历有深刻的理解或反复加以讨论才能开展工作。反之，如上的过程分析为的是理解来访者**现在的思维与行为方式是如何形成的，是为了聚焦于当下，调整来访者对过去的看法或者改变当前行为，以打破恶性循环必不可少的过程**。为此认知行为疗法的治疗师在早期阶段通过问诊访谈理解来访者的过去和现在，概念化问题形成的图式。这些理解对来访者也都是公开透明甚至共同需要一起讨论与修正的。通过分析我们能够看到，当下那些不合理的想法与适应不良的行为与过去那些消极的“学习经验”有关，正是这些学习在不断强化那些不恰当的言行，消退原本应该产生的自信、向社会的行为表现，由此造成社会功能损害。

认知行为疗法当中的几项共同原则

- 1、**设立具体、清晰、明确的目标**。开展认知行为治疗初期，治疗师需要和来访者一起设定目标，而这些目标需要是可以客观并且可以客观观察到的方式来描述的内容。比如目标可以是“我想每天按时上学”，而不是“我想感觉自己还不错”，如果来访者提出的目标模糊不易掌握，那还需要再反复讨论加以设定。
- 2、**争取在有限的时间内有计划、结构性的工作**。在治疗之初，治疗师就需要向来访者做概要介绍，随着治疗的进展，也需要反复的回顾这个目标，向来访者介绍相关干预的原理及手法，便于来访者可以学习检验自己的状态及进度。
- 3、**强调合作，主张来访者是专家**。从理解来访者的认知行为模式，共同探讨改变目标就可以发现，认知行为疗法具有很高的透明化，这也是为了便于来访者可以了解治疗策略，举一反三的把这些技术应用到其他各项问题当中去，而不是一味的依赖外部力量来治疗。因此，家庭作业对于治疗师来说是非常有用的工具——一方面可以增加来访者的参与度，检验治疗对于认知和行为层面产生的影响；另一方面也是把治疗室里学习到的改变泛化进来访者生活的步骤，我们所有的帮助都不能仅发生在治疗室内，成为来访者的诺亚方舟。



4、治疗师需要主动的做工作。认知行为疗法相比其他治疗取向来说，具有相当大的教师、教练的角色成分。特别是自90年代起积极心理学的抬头，更加影响各流派看待来访者负性行为的思维视角，如何向来访者灌输希望，鼓励来访者积极的参与治疗，为他的每一个进步进行正向反馈都需要每一次不断地给予确认。采用过认知行为疗法的治疗师都会发现，我们常常需要让来访者采取完全不同的方式对他的“老问题”进行思考和行动，因此，推荐各种策略、讲授令人信服的治疗原理，是治疗师的本职工作。打破传统咨询训练所说的“不给建议”这样空洞的限制，反思一下，认知行为疗法的给建议是具体“是”或“不是”，在代替来访者决定的建议，还是建议他积极思考，自己做出不同角度探索的建议？哪一部分是来访者认知的盲点，并非通过思考他能判断的问题？或许能够减少初入认知行为疗法思路治疗师的困惑。

结语

细读案例常常觉得并不是在做工作，而是再次学习的过程——访谈发生在行云流水的对话当中，我们在时况当中集中精力跟随着听，很多时候思路却依旧未必跟随得上督导医生，因此看到来访者的最终访谈结束时的改变会有“神奇的感觉”，“不知道为什么自己说话来访者未必听得进去，但让老师一说，来访者就很好接受”，这其中的差别就在于对疾病的透彻理解、对技术的娴熟应用、对人性的深刻洞悉，对气氛的敏锐觉察。拿到本期案例，最初我的设想是迎合近期新学期开学，就ADHD这个话题进行一次面向大众的科普性讨论，然而在这个案例当中，道龙老师不断展现的缜密的临床思维，与家庭各成员之间对话的内容及方式，都不由的让我不能不再次回到职业习惯中来，尝试进行“技术翻译”。

日语当中有个词叫“一期一会”，源于茶道用语，意为茶道师傅心怀“难得一面，必当珍惜”的心情来诚心礼遇面前每一位来品茶的客人。其实何止茶道，我们的职业，甚至我们的人生当中可能与许多人都只有一次见面的缘分，用最好的方式对待对方都是至诚的必然。

案例解析的工作，于我来说亦如这一期一会，感悟深处自觉不得不与诸君分享。有私心私想之嫌，总是期待能抛砖引玉的为大家多制造一点思路，共享美利华中美班这份专业领域的饕餮盛宴。



全科医学

患者是一位信仰宗教，对父母全心尽孝的善良女性，却在忙碌之中错过了自己的最佳生育年龄，现在面临可能终生无法怀孕的噩耗。看两位医生如何从全科及精神科的角度来为患者排忧解难，如何将医药科学与传统宗教辩证统一，为她送上一剂良方？下面请看本期的全科联合会诊案例——

一例卵巢早衰的全科临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者：38岁女性，大专学历，信仰基督教，已婚，未生育，目前辞职在家休息，因“闭经一年，有生育需求”而来诊。

现病史：5年前，母亲去世后，父亲由患者照顾，3年前，父亲不明原因脚趾溃烂，约半年后去世，具体诊断治疗不详，加之患者当时从事销售类工作，压力大，饮食不规律，体重下降（BMI17.54），经期开始延长，量少，持续4~5天。2年前（2017年），家中至亲非正常死亡，患者深深自责和愧疚，一年多的时间里经常以泪洗面，拒绝谈起这件事，回避接触与此事相关的人或物。月经更加不规律，2~3个月一次。后来通过教会心理咨询师的辅导，患者情绪状况改善。曾就诊某三甲综合医院A（2017-11），经阴道超声检查示，子宫卵巢偏小（子宫3.3*2.7*3.4cm，卵巢左2.2*0.9cm，右2.0*0.95cm），盆腔游离液暗区，最深处0.9cm。曾做过性激素检查，数量单位不详， β 人游离绒毛膜促性腺激素 β -hcg：2.37 IU/L（未孕0-10），促卵泡刺激素FSH：90.01，黄体生成素LH：31.07，雌二醇E2：28，PRL：14.94，孕酮P：0.1，睾酮Testo：0.73。至今未有月经来潮。有潮热、面颊阵阵发烫发热，阵发出汗，持续3~4分钟，每天2-3次。双侧腋窝下，周期性出现胀痛，触之有硬结。无乳房周期性胀痛，无乳头溢液。

自发病以来，患者未进行规范诊治。2019年4月会诊时的三天前于当地某三甲医院就诊，妇科查体示外阴正常，阴道少量乳白色分泌物，宫颈光滑，附件未及异常。阴道分泌物检查示白细胞++，余未见异常。双侧乳腺彩色未见明显占位性病变，左右腋下分别见0.9*0.6cm、1.6*0.6cm大小的淋巴结声像。X线骨密度监测示骨量减少。盆腔彩超示：子宫2.6*2.5*2.9cm，卵巢左2.3*1.0cm，右2.1*0.9cm，双侧卵巢内见5-6个细小囊泡，最



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



大直径约为0.3cm，盆腔游离液暗区，最深处1.4cm。性激素检测：FSH：146.10IU/L，雌二醇E2:18.35pmol/L。全血细胞分类计数、空腹血糖、肝功、肾功、甲功、血脂、血压、肝胆胰脾双肾未见异常。

既往史：自10岁左右，手指及肘关节出现牛皮癣。患者未正规诊治过，平时自己抹皮炎平（糖皮质激素类的药膏）缓解痒的症状。

个人史：35岁结婚，婚后未采取避孕措施，一直未有怀孕。

家族史：

- 1、患者的奶奶、父亲、伯父、弟弟都有皮肤病问题。
- 2、二姐2年前（38岁左右）也开始出现月经延迟，未规范治疗。
- 3、父母都爱操心。母亲脾气温和，曾诊断高血压，高压180-220mmHg，未规范治疗，脑出血、肾功衰竭，在洗手间摔倒后猝死，死因不详，卒年50岁。父亲脾气急躁，脚趾溃烂，曾诊断末梢神经炎，卒年67岁。

体格检查：身高：151 cm 体重：48kg，BMI：21.05kg/m²，余未见明显异常。

概念化：患者焦虑水平高，道德感强，对自己要求高。患者胞四行三，上面有两个姐姐，下面有弟弟，却对于父母的养老独揽责任，二老去世后常常自责，觉得自己没有照顾好老人。工作上，患者曾从事销售工作，为了多赚钱，加班加点，废寝忘食，BMI降至17.54，月经出现不规律直至闭经。因闭经及焦虑，关掉了工作室，专心修养。患者做事比较较真，不能耐受事情发展的不确定性。符合强迫型人格特质的特点。患者在强迫型人格特质的基础上，遇到亲人过世、无法生育等应激源时，出现焦虑的情绪问题加重，反复就医服中药，导致不能继续工作，在家休养，已经影响了患者的社会功能，亦符合适应障碍的诊断。

在躯体疾病方面，患者长期焦虑压抑，在遭遇失去至亲的打击后，可能激化了自身免疫系统的紊乱，出现下丘脑功能性月经失调，造成卵巢功能损伤。从这几年的盆腔B超及性激素检测数据可以看到，患者未规范治疗，子宫和卵巢逐步缩小了，卵巢刺激素FSH：146.10IU/L，雌二醇E2:18.35pmol/L，符合卵巢早衰的诊断。患者催乳素检测正常，甲状腺功能正常，可以排除下丘脑、垂体、甲状腺功能异常造成的闭经。患者的情绪问题可能在躯体疾病的发展过程中起到了一定的作用。

诊断：

卵巢早衰

适应障碍、强迫型人格特质



治疗方案

1. 生物

(1) 卵巢早衰 (POF) 的治疗

患者现在有潮热盗汗、疲倦等围绝经期症状，骨量减低，肝肾功能正常，子宫乳腺检查未见明显异常，可以考虑激素补充治疗。剂量需要偏高一些，以治疗雌激素缺乏症状、预防POF相关的长期健康风险(骨质疏松症、冠心病、脑卒中、总体死亡率、认知功能下降和痴呆)、改善生存质量和维持性功能。

(2) 生活方式干预

加强锻炼，维持正常体重。患者雌激素水平低会加剧骨质流失，因此食物中增加钙和VD的摄入。需要查一下维生素D的水平，根据数值确定补充剂量。需要在当地寻找全科医生为自己做疾病管理。

(3) 生育咨询：患者有生育需求，但已经闭经1年，说明已经极少排卵。卵巢中所剩成熟卵子的数目已经严重缺乏，患者自然受孕的机会不大。即使成功受孕，因为超过了35岁，生育有遗传缺陷的孩子可能性大，这些信息需要提前告知患者，让患者自行决定。但患者还有最后一丝尝试的机会，若仍然无法成功，需要接纳事实，做好心理准备。

(4) 排除免疫及染色体异常引起的卵巢功能下降：患者有白癜风家族史，这是自身免疫疾病，家族中二姐也是在40岁之前闭经。是否因为自身免疫系统疾病造成的卵巢功能衰退需要进一步排除，完善免疫系统及染色体组的检查。

(5) 运用抗焦虑药物米氮平，改善焦虑情绪及睡眠。通过4-6周的治疗，焦虑一旦下降，成功怀孕的可能性将提高。等发现怀孕后，再将药物停用。

2.心理：患者渴望有一个自己的孩子，目前怀孕可能性不大的事实对她而言会造成情感创伤，患者又比较追求完美，会破坏患者关于组建家庭的生活规划，增加抑郁焦虑情绪。患者和先生都是基督教徒，有共同的信仰。有信仰是重要的资源，能帮助患者接纳生活中的不幸。建议患者自己或者与先生一起继续寻求CBT心理咨询及运用宗教的资源，改变认知，原本就身体状况不佳，可能不适宜怀孕，需听从是上帝的安排，尽人事听天命。

3.社会：患者是家族里健康素养比较高的一个，但是仍有很多认识的误区，比如过度担心激素治疗的副作用，拒绝西药治疗方案。患者的先生对辅助生殖技术也存在认知误区，觉得这样不符合宗教教义。指出这是误解了宗教教义的表现，神是借助医生的力量帮助世人，不可机械理解。指出丈夫缺乏弹性，也需要心理咨询。此后的疾病管理里中，家庭医生要



高度重视患者的服药依从性，及时与患者沟通药物治疗的认知。

督导需求

- 一、寻求治疗方案。
- 二、想要一个自己的孩子，了解成功的概率。

【会诊意见总结】

钟丽萍医生：

(1) 关于患者的诊断：先说一下诊断，卵巢早衰是指40岁之前如果没有卵巢功能了，表现为绝经，这个就诊断为卵巢早衰。你从绝经到现在有一年时间了，有一些绝经以后的症状——如盗汗、潮红，还有发热等，骨质密度也有所降低，这些都表明身体的激素水平已经很低，达到了绝经的所有诊断标准。

(2) 成功怀孕的几率：这个时间越长，你自己恢复排卵的机会就越少。给你说一个疾病的概率，你不是唯一受到影响的，35岁之前出现这种情况的，大概每250个妇女里就有一例；40岁以下的，每100个人里边就有一个像你这样的情况，并不是很少见的。而且50%到70%诊断为这个疾病的人里，他们偶尔会有一些排卵的现象，如果一旦排卵的话，大概5%到10%的病人有可能怀孕。但是你要特别小心，第一你的病程已经是挺长时间了，在这期间你也没有出现过来月经的现象，就是说你已经没有排卵了，再加上你目前的这个年龄，因为35岁以上怀孕，得唐氏三体综合症的几率是1/50，这个概率是非常高的。你现在即使排卵，想生一个健康宝宝的可能性也是非常低的。了解这些数据和这些研究后，你需要判断是不是值得冒这个风险。如果说你自己没有排卵，而且你的卵巢又偏小，滤泡没有成熟，用激素来促进排卵基本上可能性是非常小的，而且我们也是不主张的，所以你自己怀孕的可能性基本上是很小。即使是做试管婴儿，也需要提供质量高的卵子，才能生育健康孩子，所以也意义不大。虽然我没有给出你想要的回答，但是可以让你意识到这是你现在面临的现实，可能不会有自己的孩子。

(3) 过早绝经对身体其他器官的影响：如果你现在没有排卵，就不可能有月经，你这么早就绝经了，接下来会影响你身体的各个部位，比如你的骨头已经受影响了，还有会影响到你的记忆力、认知功能，还有心血管功能等等。当然还有你的性生活也会受到影响的。

(4) 对症治疗方案：

激素替代治疗 我们主张进行激素的替代疗法，就是口服雌二醇和孕酮，一般可以吃到



约50岁，这样跟我们正常生理绝经年龄差不多，界时可以考虑停药。服激素以后对身体各个器官和组织都有帮助，对生命、生活质量也是有帮助，你要在跟医生商量了以后，做出决定。我们给你的这些提议，也是基于这么多年的这些研究数据，表明对女性健康好处大于坏处，还是建议服用的。的确，激素会有一些副作用，但是你现在若不进行治疗的话，大概到了50岁、60岁，那体质可能就跟七八十岁的人差不多，所以一定要进行激素的替代疗法。

补充维生素D和钙。维生素D血液水平可以先检测一下，可以有一个指导的作用，根据数值来调整补充剂量。然后平时做一些承重的运动，所谓承重的运动利用如哑铃之类的器械运动项目，这样可以使骨头的骨质增强强度，所以承重的运动和足够的维生素D和钙都是有用的。不过维生素D和钙也是一个双刃剑，不能吃得太多，补充太多也会中毒的，这些都要在医生的指导下调整。如果不想吃激素的话，那接下来的并发症会比较多，像她的骨质疏松会是一个很大的问题，她才38岁，她的那个T值已经是到了好像是负1.8了。

一般我们补充的方法就是看她的饮食，她如果吃一个平衡的饮食，一般钙每天的需求量大概是1000到1200毫克，所以她可以补充大概是600毫克左右的钙剂，维D差不多要2000个国际单位，这个具体的要看她维D的水平而定。如果说比较低，比如低于20，可以给她吃一个高剂量的，比如5万的维D，每一个礼拜吃一次，然后吃上半年左右，把她的维D水平在身体里面补充回来，这些都是慢性病管理。

(5) 完善相关检查。是否因为自身免疫系统疾病造成的卵巢功能衰退需要进一步排除，完善免疫系统及染色体组的检查。她出现肾上腺素功能不全的几率大概是3%左右，所以可能还要查一下可的松的水平，然后再查一下21羟基的抗体，排除自身免疫引起的肾上腺素功能不全。TSH是正常的，可能还要查TSH的抗体，看看有没有免疫引起的甲状腺的问题。做DNA染色体的组型也是有必要的。

张道龙医生：

我觉得钟医生讲的概率和优生的问题，一般超过35岁以上很明显就不是优生。为什么说35岁以上不优生，是从遗传的角度，它容易出现唐氏综合征等疾病的概率会升高，但不是说超过35岁的人全都会生出问题孩子。你现在还有最后一线机会。

对患者的精神疾病进行概念化：我觉得你很多的时候把自己耽误了，你的责任感非常强，你付出很多，在照顾家庭和忙工作的过程中把最优的生育期错过了。**实际上你明显有强迫**



型人格特质，是爱焦虑的人，你这个病精神科名为适应障碍，所以变成了必须做好一件事，再做好另一件事，你要求是比较高的人，遇事爱较真，爱焦虑，就容易造成目前的困境，好处是孝敬父母，坏处是把自己的最佳生育期耽误了，先说负性的方面。

下面说一些补救措施（积极心理学，转向正性的方面），第一你剩下的时间不多了，这时候你不能再排斥西药，优生不可能了，次优生有可能，所以我不认为你是没有希望的。反正你信主了，不管好坏都是上帝的小孩，有宗教信仰的人容易接纳，所以我认为怀孕的事情可以去尝试，但是不要玩命去试，不根据科学的来试。

(1)需要完善相关检查，不能反对西药。因为若没有西药，人的寿命不可能像今天这么长。你是最后的机会了，该马上接受激素治疗，即使这样也不是100%能怀孕，至少增加概率。钟医生给的方案要去坚决执行，不要担心副作用，因为你是爱焦虑的人，再纠结下去，就把概率降为零了。你姐姐40岁都绝经了，所以接下来两三年一定要把握好。但是不要不讲科学，不要过分，上帝对每个人都有安排了。所以把这事交给上帝，我们做人类层面的努力就好了。若怀孕成功，在围产期要做好筛查，现在基因检测手段非常多，基本上很多的孩子都能发现有问題，唐氏综合征更好发现了，我们得加强监测，得去看妇产科医生（**产前检查的重要，规避风险**）。

(2)因为你是个爱焦虑的人，一定要用米氮平，治疗你的强迫型人格特质伴适应障碍。你越紧张越不排卵，有的人领养一个孩子后马上就怀孕了，因为小孩一旦领来之后她就彻底放松，实际上第一个小孩相当于抗焦虑药。一旦怀孕再把它减掉，只有生物学治疗的速度非常快，两三天之内你就能有感受，4到6周之内你就能够见效。这期间万一怀上了，上帝祝福你，万一怀不上，你还有最后一搏，用激素把身体调试好。

(3)从心理咨询的角度，去教堂及正念减压是好的选择。你需要认知调整，你们家这么多的遗传病，你本身不是个优生的器皿，上帝没选你是有原因的。但是经过治疗你如果能变好，是上帝可能改主意了，没准让你再试一次，如果不让你怀孕，你别感到绝望，那说明上帝有别的安排，别去违背天意了。**上帝不是责备你，是看你身体有问题，让你们家姐姐其他人怀孕了，不敢让你怀孕，怕你出事，所以你就只好认命了，去给上帝做其他事情（结合患者的宗教背景，做认知调整）**。你的人生永远不会完美，但是你的人生是一半以上完美了你孝敬了父母，送走了老人，找到了丈夫，没小孩丈夫还不嫌弃你，还信了上帝，人生已经七八美了，还有那些人到最后也没信上帝（**积极心理学**）。**没人是完美的，没有好跟坏，早生小孩有早生小孩的烦恼，晚生小孩有晚生小孩的烦恼，不生小孩有不生小孩的**



优点（人生智慧：要认命，各有各的烦恼）。只要你做一个好人，信奉上帝，你的结果不会差。我们把地球上的生命过好就行了，有没有小孩都是附加品，上帝让你有啥你就有啥，让你没啥就没啥，过好自己的生活就好，但是一定要相信科学、相信上帝，你的人生永远不会错到哪里去。（结合宗教背景，继续作认知调整）

（4）患者丈夫对宗教的理解有偏颇，反对患者使用激素，如何调整认知？那是他对信仰的误解了，我们现在只要生下来到现在，吃的大部分食物都跟转基因有关，所以你老公想去吃一个没有化学物质、没有激素的东西，他必须得回到古代，还得回到基本上得是民国以前那个时代才没有激素，民国以后生出的女孩子没有一个是天然的，都是天然加自然。民国以后的人到现在没有没打过疫苗的，所以你老公也不是天然，你的老公从出生这天，就打过卡介苗，打过脊髓灰质炎，所以他也是冒牌天然的。上帝没有问题，是他对上帝的理解有问题，他也需要咨询。**不是神这样说，是你老公这样说，是有毛病的他信了神，不是神说的话有毛病。**发明试管婴儿的人也都是基督徒，还得了诺贝尔奖，信上帝应该使你变聪明，愚昧的人信了上帝有的时候还是愚昧，所以我们得从愚昧这入手，多做心理咨询。上帝如果不是通过医生发明试管婴儿，怎么能让那些不孕的家庭得到满足？这是在替天行道，你老公竟然误解，这是对科学的误解，一般来自东北的人有这些问题，咱东三省太冷，这个脑脊液冰碴子多，尤其冬天想问题想不明白，脑脊液循环慢，咱东北是落后，黑龙江现在变成全国最穷的十个省之一。所以得告诉他，这个观念得抓紧改。**（道龙医生自身作为黑龙江人，用此来自嘲和调整患者认知，不会冒犯到患者。这段认知调整的隐含作用：丈夫也有毛病也不完美，提高患者的自信心，不会因为自己不能怀孕而在丈夫面前抬不起头）**

【张道龙医生对该案例的总结】

因为钟医生今天说的这些对人是一个负性的信息。我在这里做了两方面工作：第一，是把钟医生的话重新解释一下，哪怕是1/50的概率，也是低概率，意思是还有希望，防止患者特别抑郁，回去之后就自杀了。第二，她有焦虑，还这么较真，给她用米氮平抗焦虑，还能增加些脂肪，一个月之内她能把焦虑降低下来。哪怕仍然怀不上孕，还是这些负性的信息，但是焦虑水平低了，睡得着了，吃得饱，人就容易心情好一点。那心理学怎么把它变成正性的？即为：上帝对每个人都有计划，怀孕有怀孕的好处，不怀孕有不怀孕的好处，你怎么能猜到上帝的旨意？用激素最后一搏，如果不行就不行了，万一怀上了呢？注意产



前检查，患者智力不错，估计孩子不会特别差，这样患者心理会稍稍舒适一些。最后患者提出是丈夫反对用激素，指出先解决愚昧的问题，再解决信仰的问题。她回去再跟丈夫“辩”的时候，就不像原来那么低三下四的，想用这个药而犹豫不决，你这样武装上她，给她做一个示范。最后，女人知道不能怀孕的时候容易自卑。得说你丈夫也有毛病，你以为他正常吗？这么一说她就觉得是鼓舞她，这些都是心理咨询具体方法的应用。所以注意要平衡生物、心理及社会，如何平衡地告诉患者好消息和坏消息，这样你才能做一个具有人文精神的医生。医疗之家有这样的案例才能让你去做好一个全科医生，这里有许多的知识要综合运用。

科普文章

本案例患者被诊断为卵巢早衰，需要激素替代治疗。何为激素替代治疗？有许多患者听说补充雌激素会导致子宫内膜癌，是否真有相关风险？请看本期科普知识之：

激素替代治疗

整理编辑| 肖茜 医生

一、激素替代治疗（HRT）的介绍

激素替代疗法(Hormone replacement therapy, HRT)是一种医疗措施。当机体缺乏激素，并由此发生或将会发生健康问题，需要外缘的给与具有性激素活性的药物，以纠正性激素不足有关的健康问题。绝经前后的妇女采用“激素补充疗法”，不仅可以缓解由于卵巢功能衰退雌激素分泌不足出现的诸如潮热出汗、头晕失眠、无名烦躁、阴道干燥、性欲减退等以植物神经紊乱为主，包括心理障碍在内的一系列症状，而且还可以预防因性激素长期缺乏而可能发送的心血管病、骨质酥松症及老年性痴呆等疾病。

这种治疗方法是一个长期的过程，不同个体在不同时期可出现不同的症状或病变，治疗必须个体化以适应不同的需要。不同个体的腺体损害程度不同，并会在疾病的发展中变化。因此，在治疗中应监测患者的症状、体征及血中激素水平，以随时调整药物的剂量。为了使更年期妇女从激素补充疗法中获得最大利益，承受最小风险，性激素补充治疗必须在有经验的医生指导下进行。无论是病人还是医生都不能滥用，否则将带来远



期不良后果。

二. 适应症

更年期的妇女在卵巢功能开始衰退及卵巢功能已经衰退时可以应用激素替代疗法，卵巢功能开始衰退及卵巢功能已经衰退的妇女主要有以下表现：

- (1) 雌激素缺乏引起的潮热、出汗、烦躁、抑郁、乏力、睡眠障碍、心悸、头痛等症状；
- (2) 老年性泌尿生殖道萎缩；
- (3) 绝经后骨质疏松

这些症状将在应用激素替代疗法后得到缓解，提高患者生活质量和健康状态。此外，提前进入绝经期或外科性绝经的有症状的妇女以及性腺发育不良的女性，HRT也是其基本的治疗方法。

三. 禁忌症

禁忌症有绝对和相对之分：

- (1) 绝对禁忌症：不明原因的阴道出血，急性肝病，慢性严重肝功能损害，急性血管栓塞(有无栓子形成)，眼神经血管性疾病，近期发生的子宫内膜癌及乳腺癌；
- (2) 相对禁忌症：癫痫发作史，严重高血压，乳腺囊性纤维性疾病，子宫肌瘤，胶原病，家族性高脂血症，糖尿病，偏头痛，慢性血栓性静脉炎，胆囊疾病，子宫内膜异位症，慢性囊性乳腺炎。

四. 副作用

(1) 子宫内膜问题：HRT中不能避免子宫内膜出血，雌激素能促进子宫内膜细胞有丝分裂，促进子宫内膜的增生。孕激素能使呈增殖状态的子宫内膜分化，起到抑制子宫内膜增生的作用。目前认为孕激素每周期使用的时间较剂量更重要。大量文献研究证实，长期使用雌激素5年以上，即使定期加用孕激素，妇女患子宫内膜癌的危险性仍增加。但雌激素治疗所致的子宫内膜癌恶性度低、组织分化好、早期易发现，故不增加子宫内膜癌的病死率。在应用HRT时，应定期监测子宫内膜厚度，对有不规则子宫出血或B超显示子宫内膜厚度5mm以上的患者，应行子宫内膜活检。

(2) 乳腺问题：部分妇女在使用HRT时发生乳房胀痛和雌、孕激素均有关。在除外乳腺有器质性病变外，可减低雌激素剂量。应用HRT和乳腺癌的关系目前仍有争议，一般认为使用HRT治疗5年以上，可能增加乳腺癌的风险，加用孕激素是否能减低乳腺癌的风险，研究结果不一致，一般不主张子宫切除的妇女用孕激素预防乳腺癌。所以定期检查乳腺



至关重要，早期发现、早期治疗可降低乳腺癌的死亡率。

(3) 其他：补充雌激素可升高血浆高密度脂蛋白(HDL)，降低低密度脂蛋白(LDL)及胆固醇，改善绝经后妇女脂代谢。但口服雌激素有升高甘油三酯(TG)的作用，故对TG≥750mg/dl的患者，应禁用口服雌激素，否则易诱发急性胰腺炎。孕激素能降低HDL的浓度，故长期使用HRT应选用对HDL影响较小的孕酮类药物。

在使用HRT中，约15%~20%的患者出现生理精神行为方面的问题如头痛、抑郁、易怒、体重改变、水肿、性欲改变、疲惫感等，主要和孕激素使用有关，孕激素参与大脑神经激素和神经多肽代谢的调控，影响患者的情绪、行为，并可引起肾素-血管紧张素-醛固酮系统的改变，导致水钠潴留而引起水肿等症状。减少孕激素剂量可缓解上述症状。雌激素尤其是合成雌激素可增加凝血功能引起血栓性静脉炎，故有血栓性静脉炎的患者不宜使用雌激素。

五. 治疗方式

(1) 口服途径：口服雌激素对绝经期症状特别是血管舒缩症状如潮热、多汗等均有良好的作用，可预防绝经后雌激素缺乏引起的骨质疏松。HRT中常用的口服雌激素包括天然雌激素和合成雌激素。天然雌激素具有对肝代谢影响较弱、便于监测体内雌激素水平等优点。

合成雌激素也可用于HRT，每月需加用孕激素。加用孕激素的剂量，在序贯方案中，原则上以可将内膜转化为分泌相为准，通常每周期连续10天（一般在周期第17-26天）。雌孕激素复方制剂也常用于HRT治疗中。连续口服21天，须停药至少一周。

与传统的HRT采用的激素明显的不同，利维爱是有弱雌、孕、雄激素活性的甾体化合物，针对不同的靶组织器官分别具有雌、孕、雄三种激素样活性，被归为组织选择性雌激素活性调节剂。其代谢产物强烈抑制雌酮向E2转化，故无乳腺癌及子宫内膜癌的危险，补充雄激素可使绝经后妇女精神饱满及促进性机能，且用药期间阴道出血相对较小，被认为是当今较接近于理想的绝经后HRT药物。

(2) 经皮途径：雌激素经皮吸收，避免了肝脏首过效应，适用于有胃肠肝胆胰腺疾病及需要对肝脏代谢影响的患者。如严重高血压、血甘油三酯异常升高、糖尿病、栓塞史的妇女。以及不能耐受或不愿口服药物、口服不能很好吸收的患者。经皮雌激素制剂有贴剂、凝胶、软膏等剂型。

(3) 经阴道途径：雌激素经口服、经皮或肌肉注射途径（少用）给药对绝经后阴道干燥、



性交痛、泌尿生殖系统感染、排尿困难、尿道烧灼痛等泌尿生殖道萎缩及萎缩性阴道炎症状都有作用，但改善外阴、阴道症状及体征最快的途径还是阴道内给药。

六. 总结:

HRT的理想效果就是有效缓解血管舒缩症状、预防泌尿生殖器官萎缩、预防绝经后骨质加速丢失、保护心血管功能，提高生活质量，同时无阴道出血，不增加癌的危险。可根据患者主要症状严重程度、机体状况决定性激素的给药途径和使用剂量，并根据病人个体反应、随病情变化进行调整。需要强调，HRT应采用个体化治疗，选用最小有效剂量激素，把激素治疗的副作用降到最低限度，使患者安全受益。治疗期间必须尊重病人的意愿，并定期（每6个月）进行个体化风险/益处评估，以便确定是否继续给药、调整或停止给药。

产 前 筛 查

在本案例中患者已经超过 35 岁，即使怀孕产出唐氏综合征儿（21 三体综合征）的几率明显升高。若有幸怀孕成功，一定要按时完成产前检查及相关遗传疾病的筛查。每个妈妈都想生出一个健康的宝宝，所以产前筛查就特别重要。做好产前筛查，才是一个对宝宝负责的好妈妈，才能生一个健康的好宝宝。

1. 产前筛查是什么？

产前筛查包括唐氏综合症产前筛查及血清学产前筛查等。血清学产前筛查可以筛查胎儿一些主要的异常，如神经管畸形、染色体异常等。专家建议，35 岁以上女性生育畸形儿的风险比较高，因此高龄女性计划怀孕前更需要做优生咨询。

产前筛查是预防新生儿出生缺陷的重要手段之一，它能够在怀孕期间对胎儿可能发生的先天缺陷作出风险率预测，再结合产前诊断，在最大程度上防止先天缺陷儿的出生，准爸妈们都应该配合产前筛查。

2. 产前筛查包括哪些项目

产前筛查到底要筛查些什么呢？产前筛查主要是选择目前发病率比较高的 3 种先天缺陷进行筛查，包括先天愚型(又称唐氏综合征)、18-三体和开放型神经管缺陷。

以上三种先天缺陷疾病是发病率比较高的，而神经管畸形、先天愚型这类先天性缺陷虽然是属于遗传性疾病，但是它们受环境因素的影响也是比较大，因此发生具有一定



的随机性，比较难根据家族史、妊娠史难以排除发生的可能性，因此，所有有条件的孕妇都应参加产前筛查。大家应该知道的是，产前筛查是一种预测方法，并不是确诊，但是如果筛查结果为高风险的，就要及时采取措施了。

3. 产前筛查的最佳时间：

到底什么时候是做产前筛查的最佳时间呢？

孕早期 9 孕周-13 孕周+6 天(最佳时间 10-12 孕周)；孕中期 15 孕周-20 孕周+6 天(最佳时间 16-19 孕周)。

其实与我国女性怀孕了才去产检不同的是，西方国家不少女性会在计划怀孕前 12 周就到医院进行身体检查和咨询，为了生育一个健康的宝宝，这些都是很有必要的，而当发现胎儿存在一些问题，有时候该放弃的也要学会放弃，比如发现胎儿有较严重或者无法解决的问题时，可能选择放弃会是最好的选择，优生优育才是我们应该追求的。

4. 产前筛查报告单如何看？

看了产前筛查报告单，相信不少准妈妈还是一头雾水，对于报告单上的内容，我们应该怎么看呢？

(1) AFP：是胎儿的一种特异性球蛋白，又称血清甲胎蛋白，-是人体在胚胎时期血液中含有的一种特殊蛋白，在妊娠期间可能具有糖蛋白的免疫调节功能，可预防胎儿被母体排斥。

AFP 正常值 $\leq 25\mu\text{g/L}$ 放射免疫分析 AFP 正常值： $\leq 20\mu\text{g/L}$ 酶联免疫法 AFP 正常值： $\leq 25\mu\text{g/L}$ 最常用的定量试验为放射免疫法（正常值为 $0 \sim 25\text{ug/L}$ ），若超过 25ug/L 为阳性，若再 $25 \sim 400 \text{ug/L}$ 之间为低浓度阳性，超过 400ug/L 即为高浓度阳性。

(2) Free HCG：

HCG 是由胎盘细胞合成的人绒毛膜促性腺激素，由 a-和 b-两个亚单位构成。HCG 在受精后就进入母血并快速增殖一直到孕期的第 8 周，然后缓慢降低浓度直到第 18-20 周，然后保持稳定。HCG 可用来做早孕检测、宫外孕、不完全流产等。先天愚型胎儿母血清 HCG 和 β -HCG 均在呈持续上升趋势，一般为通常孕妇的 1.8-2.3MOM 值和 2.2-2.5MOM

(3) 21、18、13 三体：

人体有 23 对染色体，21、18、13 三体就是胎儿的第 21 对、第 18 对、第 13 对染色体比正常的多出来 1 个。其中 21 三体就是唐氏综合症。



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
理学硕士, 心理咨询师, 美中
化学会成员

张心怡 · 留美心理学硕士,
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

士, 心
心理文

中国注

