

第 114 期

2019年12月15日出刊



精神医学和临床心理学  
督导与研究

[www.mhealthu.com](http://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

哈尔滨医科大学精神卫生学院 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

## 蔚蓝心灯

冬日里北京的雪景好美，网上说“一下雪，北京就变成北平”，大概是因为雪后的城市显得格外宁静，积雪为砖瓦城墙增添了几分古朴雅致的韵味，观者的心境也如纯净的冰雪般恬淡起来，自然而然地开始怀古念旧。

美则美矣，景中却也带着萧瑟，而且冬季日短夜长，光照不足，越是天冷，越是影响人们的活动范围与运动，人也很容易抑郁起来。寒冬时分长夜漫漫对普通人来说正是入眠休养的好时节，但对原本内向或高焦虑的人，也可能形成不稳定因素。特别是时至年节，生活状况变动或面临归家离家、总结评定等等，容易引起情绪的波动，出现如食欲下降，易激惹或睡眠问题。只不过人们对抑郁情绪往往很难甄别，因此冬天的雪雨尘霾，更可能是加重“心理感冒”的那根“稻草”。我们都知道抑郁症患病率并不低，不过很多患者通常没有主动求治的意愿，即使就诊，也多是以睡眠质量、头晕乏力、不思饮食而就医于内科。医生们常叮嘱患者，除去药物多加户外活动多晒太阳进行自我调节，却忽略了最是这个“动”是困难的。而这个冬天，华佑美利华里正亮起一盏盏心太阳，让患者在雪后依旧能够心中放晴。

这次进京看到美利华的光照治疗用灯“心太阳”，比我想象中小巧许多，而且提起“治疗”字眼听着生硬，但心太阳无论从外形到灯色都有种可爱浪漫的感觉，雪夜饮茶与团队伙伴们聊天，被笼罩在光影之中，那灯色莹蓝，比起头顶大刺刺的日光灯反而更像是用来调节气氛的小道具，一点也不突兀。医生们说即使每天只用开15分钟就能对睡眠、情绪等带来良好的调整效果还没有什么副作用！算起来开会这一周，不但收获前沿信息，还能照出一份好心情，收获一份意外礼物。

**在美利华努力拥抱知识也就拥抱着健康！来吧，人间值得，我们值得！**





## \\ 本期导读 //

### 【精神医学临床访谈】 ..... 5

#### 一例广泛性焦虑障碍共病未特定的强迫及相关障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

### 【心理学人】 ..... 15

#### 爸妈，我不是沉迷手机，只是不想理你

以

### 【全科医学】 ..... 21

#### 渴望成为“母亲”但人生需要思考——一例多发内分泌系统自身免疫综合征患者的远程会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

### 【全科科普】 ..... 26

#### 多内分泌腺自身免疫综合征



# 精神医学临床访谈

本期案例是2018年9月8日公开全网的临床技能大赛，来访者一方面是奇门遁甲的“大师”，一方面是好几种精神心理问题的患者；一方面是连高中学业都不能顺利完成，高中即辍学在家的学渣，另一方面却是日进斗金的改造家庭经济的“创业者”，如此纵横交错的情况，如何理解？患者究竟罹患何种疾病，请看本期案例——

## 一例广泛性焦虑障碍共病未特定的强迫及相关障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生

印文娜 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

### 【基础信息】

性别 男性	年龄 30岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 高中	婚姻 未婚同居中
病史提供者 本人及患者母亲	职业 个体经营	病史可靠性 可靠

**主诉：**“情绪低落，活动少，精力不足及易激惹，活动多，精力充沛交替发作10余年。”

**现病史：**患者于初三下半年因学习压力大，出现精神不佳，萎靡不振，精力不足，乏力，食欲差，有时心情不好吃一点食物就出现呕吐，常常觉得看见人害羞，未诊治，后自行缓解，升入高一时情绪特别好，向老师自荐自己当班长，当时觉得特别自信，参加军训时喊口号带队觉得精力特别足，高一学习成绩好，被父母夸赞，到高二时学习成绩逐渐下降，高二下半年再次出现精力不济，听不懂上课内容，睡眠质量差，觉得睡眠浅，不上课时能从夜里11点睡到第二天10点，但醒后仍然觉得精力不足，上课注意力不集中，高三因为学习成绩下降被分到普通班，因为普通班同学学习氛围不好，自己更不能集中精力学习，后于高考前三个月申请回家自学，但仍然精力不足，高考失败，后在家复读一年，考入某专科技工学校，但当时精神明显萎靡不振，进食差，明显消瘦，不出屋，怕见人，但没有轻生想法，觉得“好死不如赖活着”，后来家属不建议他去读大学，带他就诊当地医院心理科，诊断“亚健康”，服用米氮平15毫克每日，患者仅服用一次，觉得用后不清醒，嗜睡，而自行停药，后来因为上学问题（父亲顾虑其状态不与其读书而自己想去读书）发生争执，家人带他去精神科就诊，诊断“分裂症”，给予利培酮3毫克/日口服，病人连续服用8个月，自述觉得用后可以改善睡眠，改善食欲，余没有改善，但能外出打工做保安数月，后



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



因为药物副作用出现乏力，性功能障碍而停药。停药后出现睡眠问题并出现恐惧，不敢自己睡，要和妈妈一起睡，睡眠中出现数次惊醒，恐惧，大喊，濒死感，并有两次看见像鬼一样的头像，有时是白天看鬼片了，只是一瞬间，后未再出现，不再工作，后母亲发现病人有怪异动作，有时在地里干活就紧张，四处看，有时一家人吃饭时就突然往后退几步，有时觉得父母的一些动作和自己有关，有时吐母亲，后来父母哄骗其于当地精神病院住院治疗，诊断：精神分裂症，但出院时医生对该诊断怀疑，住院39天，给予“喹硫平200毫克每日，丙戊酸钠0.2每日”，出院后仍然不想出门，不想见人，但能睡眠好，怪异动作消失，半年后可以去外地打工，但频繁换工作，感觉外界和自己想的不一样，屡屡失败后回家情绪不佳，并敲玻璃，家里再次骗其入当地精神病院住院十多天，病人偷偷从病房跑了，后来答应妈妈服药，再次服用“利培酮3毫克每日”，但出现抑郁，懒散，再次找医生就诊，大概24，25岁时（具体时间不祥）给予“舍曲林50毫克每日”口服，病人病情逐渐好转，并且愿意接触人，愿意交女朋友，外出找工作，做过推销及保险工作，但都觉得这些工作不是自己想要的，觉得自己压抑，像行尸走肉一样，后来从网上入有关易经看事的群，并有师傅，开始有了收入，自己逐渐喜欢，后因与已经要谈婚论嫁的女朋友分手后情感受伤，觉得是父母的错，觉得伤害自己也伤害了女孩，常常恐惧，压抑，想大喊，觉得父母的动作都是在暗示自己有病，觉得别人说话有时好像在说自己。大概2014年到某精神科就诊，诊断“双相障碍”，服用“奥氮平，丙戊酸钠，舍曲林”治疗，病情相对稳定，于2015年开网店，聘请师傅，通过奇门遁甲，易经等给人看“事”，并有一定收入，情绪比较好，但反复波动，经常自己调整药物，先后服用过文拉法新，度洛西汀，艾斯西酞普兰多种抗抑郁药物，目前自己服用“帕罗西汀40毫克每日，奥氮平5毫克每日”，今年初以来情绪比较好，经常交很多朋友，主动交女朋友，也有很多人给其介绍女朋友，有时一起处3、4个女朋友，目前有一个女朋友，相处3个月，已经同居，也挣了一些钱，并且有未来5年的规划，要给父母买车买房，给女朋友买别墅。无发热及抽搐，无明显消极行为，有怪异动作，有时会来回按规则走步，有时双眼会来回盯着某处看，**情绪不佳时进食少，伴有体重下降**，二便正常，因目前用药伴有性功能下降，并为此苦恼。为明确诊断来诊。

**既往史：**12岁做过阑尾炎手术，19岁鼻炎手术，余无异常。

**个人史：**胞3行2，母孕期健康，母亲怀孕8个月时出现前胎盘出血，足月顺产，非母乳喂养。2个月大的时候因超生问题被送到爷爷同事家寄养2年，父母接回来后表现对家人陌生害怕，7岁读书，小学不爱学习，经常打架，有时不完成作业，学习成绩一般，但从小对



外星系，牛顿，希特勒等有兴趣，并上初中时曾经发奋读书，想当希特勒那样的英雄，初中时学习成绩好，并被父母寄予厚望，毕业后步入社会不再有这样想法，觉得就是多挣钱，让家人生活的更优越。近7年来经常自学及参加有关易经的培训给人看相的事情，现正在筹划开信息策划类公司，预计明年正式开业。现与女友未婚同居，平时喜欢打扫家庭卫生，但自觉不是要求特别干净，否认烟酒等不良嗜好，病前性格：自觉害羞，自卑，人际关系尚可。

**家族史：**母亲爱干净，整齐，爱焦虑，弟弟比较爱干净，爸爸比较保守，固执。

### 【病历小结及概念化】

病人在家中排行老二，不容易得到父母的重视，容易产生焦虑的倾向，他在出生后2个月曾被寄养在爷爷的朋友家2年，整天东躲西藏，在这样的环境中产生很多的不安全感，易加强焦虑的底色，被父母接回来后有陌生感，恐惧感，自幼觉得自己害羞，怕与人接触，产生一些社交焦虑的表现。母亲比较爱焦虑，爱担心，爱干净，弟弟也爱干净，有一定遗传易感性，患者还有一些明显的广泛性焦虑，表现为晚上梦见鬼，头发发紧，紧张性头疼等症状。病人偶尔有一些强迫重复动作，自述自己收拾家务整齐，有拔头发、咬指甲等强迫行为。此外，患者文化程度不高来自于三线城市，思想有愚昧的一面，但是总希望自己表现的智慧，爱抠字眼讲理论，多少都有强迫思维的底色，故考虑诊断广泛性焦虑障碍共病未特定强迫及相关障碍。

**初步诊断：**1. 广泛性焦虑障碍；2. 未特定的强迫及相关障碍

#### 治疗方案：

1. **生物：**药物治疗：我们有两种不同的策略，第一个使用低剂量的 SSRI 类药物，然后用低剂量的米氮平；第二种方法就是降低 SSRI 量，然后补充安非他酮，因为当 SSRI 剂量减少，需要另一个药物来增加治疗作用，却不引起性功能的副作用，相当于用了一半的药，起到了完全的效果。
2. **心理：**心理咨询要用认知行为疗法，可以做一些正念。
3. **社会：**先治病为主，易经的工作注意适可而止，见好就收，选择一些更有保障且有科学性的工作。

主诊医生：印文娜

2018-09-08



## 【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：这段时间白天服用两片帕罗西汀，晚上服用一片奥氮平，状态都挺好的，问题是现在有性功能障碍，**生理方面只能勃起，不能射精**。还有一个问题就是我这个病**到底是精神分裂症，还是抑郁，是焦虑还是神经症**，还有人说我有人格问题。第三个问题是，因为我吃着这个药，如果药不能停下来，**我怎么要孩子**？主要是想解决这三个问题。
1. Z 医生：问得很有逻辑。我注意到你的头发不是很多，你经常拔头发吗？有这毛病吗？
2. 来访者：因为头发比较短，我一般都留短发。
3. Z 医生：你为什么留短发？
4. 来访者：长发不好看。
5. Z 医生：你有经常用手拔头发，咬指甲的毛病吗？
6. 来访者：如果不吃药的话，会有脑部神经紧束感，就会想着去拔头发，咬指甲。吃药的话会缓解很多，但是有时候也会不间断的发紧。
7. Z 医生：拔完头发之后就会感觉好一些。
8. 来访者：对。
9. Z 医生：有没有挠皮肤，抠皮肤的毛病？
10. 来访者：没有，从来没有。
11. Z 医生：咬手指甲也没有？
12. 来访者：没有。
13. Z 医生：短头发是为了让自己好看，看起来挺精神，然后你就不用去拔了，不担心这些事了，头发长的时候，通过挠挠头发、挠挠头皮的方式让自己感到放松，现在放松是因为吃了药，是这意思吧？
14. 来访者：是。

### 访谈中的对话目的

- 1、共情目的：对患者状况的充分理解是才是深刻的共情，而不是略知皮毛不问究里。
- 2、诊断目的：症状是跨界的，但不同的诊断会带来不同的治疗，因此需要准确把握患者的情况出现在什么情况下，并由此加以鉴别为诊断服务。

15. Z 医生：你不用提你城市的名字，保护隐私，你属于哪一线城市中工作生活？
16. 来访者：属于三线城市。





17. Z 医生：现在告诉你得了什么病，有好的消息，有坏消息。好的消息是你既没有精神分裂症，也没有双相障碍，抑郁也是继发的了，所以没有非常重大的疾病。但是你有病我们叫焦虑障碍，你不仅仅有广泛焦虑的表现，还有明显的强迫行为，未来如果不治疗就会变成强迫症。你的表现来自于妈妈这组基因，喜欢干净，喜欢家具对称，每个人表现不一样。女性多表现为爱干净，男性多表现为拔拔头发，做的事循规蹈矩，要走多少步，对自己有严格的要求。你来自于三线城市，本来思想挺愚昧的，但是表现挺智慧的，给人一种不匹配的感觉，比较像妈妈，可能哥哥和弟弟像爸爸。第一个原因就是，在家排行老二的位置，不容易得到重视，本身就容易产生焦虑嘛。第二是小时候还不能在家里养，被送出去了，整天东躲西藏，在这样的环境中成长就产生了很多的不安全感，刚才报告里说的无一例外的都是焦虑的表现，比如晚上梦见鬼、头部发紧、紧张性头疼等等都是跟焦虑有关，所以诊断非常明显，这是最常见的疾病，你的诊断是 GAD 再加上其他特定的强迫及相关障碍，不治疗就变成强迫症了。

### 借助完整的个案概念化向来访者诠释病情

来访者的病程长，期间被诊断过精神分裂症等严重的疾病，因此要慎重分辨他所提供的病情病史，DSM-5是通过病因学和诊断条目来梳理核心症状，但更为关键的是需要通过精神动力学来合理的诠释他为何会出现的各种各样的问题以及如果理解他的状态。

有过多种诊断的患者一方面当然不愿意自己得重大疾病，因此才会反复辗转就医；但另一方面医生并不是通过改诊断来令患者满意的，医生能不能看懂自己的病，并提出合理的干预方案，解决困扰更是患者关注的点。因此**个案概念化并不是仅仅为诊断服务的“医生的思想”，更是服务于后续治疗的“医生的工具”**——充分的理解患者的整个状况，并且把个案概念化兜售给患者，这是深刻的共情，成为医患关系建立的基础。

关于治疗，药物治疗首选 SSRI 类，治疗焦虑和强迫，同时这个药能引起性功能障碍。我们有两种不同的策略，第一个用 SSRI，但是有性功能的问题，对性的副作用跟五羟色胺二的受体有关系，所以得找一个药把五羟色胺 2 的受体拮抗住，比如说低剂量的 SSRI 类药物，然后用低剂量的米氮平，还有其他的药物可以阻断五羟色胺二受体，即是以 SSRI 为主，再加上五羟色胺 2 受体的阻断，这是第一种方法。第二种方法就是降低 SSRI 的量，然后补充安非他酮，因为当 SSRI 剂量减少，需要另一个药物来增加治疗作用，却不引起性功能的副作用，相当于用了一半的药，起到了完全的效果。在未来的过程中去试，如果对 SSRI 极其的敏感，不管是阻断受体，还是降低剂量，联合使用安非他酮，都存在性功能的问题，就彻底放弃五羟色胺的这个系统，通过别的办法来降低焦虑，例如使用奥氮平，或是思瑞康，有很多治疗焦虑的方法并不通过五羟色胺系统的，等会诊完之后再商量。不管是 SSRI 还是奥氮平，思瑞康这类的药，都不会影响生小孩。女性用这个药会有影响，



对男性的作用非常之小。

18. 来访者：哦。

19. Z 医生：用药里还有（副作用）重跟轻的影响，比如说安非他酮、SSRI 类药物影响就相对比较轻，非典型的抗精神分裂的药物的副作用也非常小，锂盐这类的药物会有严重影响。因为它不是作用在精子上，所以不会使婴儿致畸，只需要保证正常射精，相当于 USB 插口，把信息资料传进计算机去就可以了，生物治疗还得运动，运动可以使人焦虑降低，还有重复性经颅磁刺激等方法，不用药当然就没有性功能的问题，这个不是绝症，只是焦虑障碍中最常见的一种，心理咨询要用认知行为疗法，可以做一些正念，到时候会诊之后统一给你解释。

20. 来访者：嗯。

### 关于药物调整方案

临床在焦虑相关障碍的药物治方面多使用常规抗抑郁药物，如SSRI和SNRI等。通常从较低剂量开始逐步滴定至治疗剂量。药物效果初步评估一般需要4-8周，如果症状得到明显缓解，且副作用不明显或可耐受时，持续进行6-12个月的维持治疗。如果初期使用苯二氮卓类药物已经有明显效果，可在维持期逐步减量换药避免成瘾问题发生。

本案例中患者已经在服用SSRI类药物，但出现了不良反应，可选择先在同一药物下进行剂量调整以观察副作用的变化情况，督导师提出的方案一即出自于这样的考虑，而且初次访谈中的信息来访者近期有明显食欲下降、体重减轻等的问题，因此的同时，增加米氮平一方面帮助患者改善饮食问题，另一方面也可利用米氮平的抗焦虑效果来防止患者SSRI减量后的焦虑反弹问题（详见访谈后的问答一），可谓一石二鸟。在方案二中，督导师提出加用安非他酮，也是来自于安非他酮对性功能问题可产生改善效果的实证依据（见下段Tips及访谈后的问答二）。

### Tips: SSRI类的药物副作用

选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）作为一线抗抑郁药物比之前的药物更加安全且更易耐受。即使在临床实践中有过量使用的情况，真正酿成悲剧的也很少。

SSRI类的最常见的副作用集中在胃肠道反应，以及由于中枢系统激活后产生的失眠、神经过敏和激越。另外以帕罗西汀为代表的SSRI药物还会带来镇静的问题。

需要关注的是SSRI自问世以来在治疗期间出现性功能障碍的问题已经越来越受到重视。上市前的研究显示以延迟射精、性快感缺失、阳痿和性欲降低等性功能失调的发生率不到4%，但实际后来的报告指出这种发生率的可能性接近30%~40%。

**改善方式：**短效的SSRI类如帕罗西汀和舍曲林可以通过性生活前24小时的暂停服用而使患者感到问题缓解，长效的SSRI类如氟西汀用此方法无效。

将SSRI换成安非他酮或合并使用75~150mg/天的安非他酮已在一些案例中被证明有效。改变性功能失调可能需要300mg或更高剂量。有发现表示安非他酮150mg/天两次服用4周后可提高对性活动的欲望和兴趣。



21. Z 医生：你刚才说你主要收入跟易经，跟命理师，跟风水有关，现在还做得如火如荼，这件事暂时问题不大。但是需要提醒你的是：第一个，强迫的人都对神秘兮兮的事情研究比较多。第二个，之所以能发财可能跟所处的三四线城市有关，一般愚昧的、文化低的人，比较相信这些伪科学，我只是调侃一下，那些肯定是跟中国的文化和国情都有关系。你是一个爱焦虑的人，长远来看，不可能一辈子以这个职业为主，尤其不能说今年挣了30万，明年再成立个公司，再雇两个人就能60万，这是非常危险的一个想法，因为挣这30万本身就是在极特殊的情况下——在你强迫思维，加上愚昧的环境下，造就的人间奇迹，不是一种正常的状态，现在先治病为主，注意适可而止，见好就收，今天不是讨论这些伪科学，我们尊重每一个人的生活方式和每一个选择，我们能帮助一些人，是因为他们选择被帮助，这里不做价值判断，但是要告诉你要再扩大生产的时候、加大投入的时候，就尽量要做一个正经的职业，尽量不要抄捷径，因为人生本无捷径，更不要迷蒙自己、欺骗自己。有时候你真信并不可怕，因为你本身不知道，要是明知道这东西没有效还告诉别人有效，那叫骗子。**我的意见是见好就收，适可而止**，治病这件事你比较相信科学，我认为你的愈后会好，是因为你非常聪明，你还相信一部分科学，在这里只是提供建议和分析，你的人生道路要由你自己去做，但是我们都希望你越走越宽广，也带着别人越走越宽广，你还有什么问题可以补充吗？
22. 来访者：您的建议是我从事的风水命理行业，应该见好就收，适可而止，不适合把它作为一辈子的事业目标？
23. Z 医生：**既不作为一辈子职业，又不要扩大再生产**。这作为业余爱好，没事茶余饭后聊一聊，作为文化的一部分，作为增加社交机会，都没问题，但是把它作为一生的职业，再加速扩大它，结局是只能栽跟头，变成乐极生悲，我们希望你永远快乐，而不是乐极生悲。
24. 来访者：但是根据我这几年对这门文化的研究，它并不属于伪科学，它也是古人总结出来、研究出来的科学。
25. Z 医生：对的，因为那是古代，科学指的是近代，比如说蒸汽机、计算机、高铁、麦克风、电灯等。近代科学咱们平均比国际落后几十年，记住说老祖宗聪明是指那个时代的老祖宗跟他们的老祖宗比，咱们还不错，有了四大发明。但作为现代人解决现代问题的时候，千万不要从古代的老祖宗那去找智慧，很多人没走出这个误区。我还重复一遍，咱们的老祖宗比其他的老祖宗都聪明，所以才发明了各种各样的理论，但在近代追求科学的道路上，我们不但落后，还严重落后，尽量不要有从老祖宗那去找智慧的思维，这个从逻辑上本身是有问题的。**我们医生的话仅当忠告，不去警告**，说完了你做不做，跟医生本身并没有关系。这样



清楚吗？

### 临床工作者的治疗艺术——医者仁心与为所当为

诊断是围绕患者当下的主要困扰与症状进行的工作，而这部分的调整则需要出自于如何保证患者的稳定而从社会学的角度上进行的必要的干预。在精神心理领域已经有多年的研究表明稳定的社会关系、良好的经济保障等对于精神健康有着绝对重要的保障作用。本案例的患者虽然藉由一些途径当前有很不错的经济收入，但在初访过程中，经济带来的自信让他对未来有着非常“远大”的企划，比如开公司、购房产、买奔驰等等（经同行的父母证实患者按照目前的收入速度完全可能实现），但与此同时，患者生活在三线小城市，本人及家人都学历不高，文化及眼界有一定的局限性，如何能够合理的利用第一桶金让生活走上正轨并没有太多规划。试想假如一旦这样的高收入不可持续或被迫中断对患者本人及家庭都可能带来新的应激问题。

医学领域提倡的Medical Professionalism即医学专业精神。所谓“专业”就是超越了职业以生计为主的视野，作为专业人员更负有社会责任。因此我们能看到督导在面对咨询时总是坚持这样两个原则：

- 符合患者的最佳利益。
- 在医疗决策中尊重患者的自主性。

不仅是这一个案例，我们会发现张道龙医生会一贯在临床工作中坚持这样的原则，存仁心用仁术，始终如一的以“生物-心理-社会”为原则推进工作。这样的治疗思路更需要我们细加体会与磨练。

26. 来访者：药物调整之后，就可以消除性功能的问题了吧？

27. Z 医生：对，会缓解，想完全消除都可能，但是得保证相信医学治疗的前提下，选一个药物让性功能影响比较小的，不影响正常的娶妻生子，**这是我们的努力方向**，还有什么问题？

### 咨询中的技术与艺术

患者用“消除”问题为目标期待调整后的结果，在这个时候如何既不扑灭来访者的希望，又调整他的认知合理期待，督导短短的一句话非常好的做出示范，使预后期待“软着陆”。

28. 来访者：现在除了性功能障碍困扰我，白天在人多的地方容易精神涣散、注意力不集中，与人交谈接触会感到拘谨。

29. Z 医生：这也是这个病的症状，焦虑的人都有社交焦虑，注意力不集中，如果焦虑障碍治好了，就没有这些问题了，睡不好觉也是焦虑引起的，你所有说的这些事全部都是跟焦虑有关，从生物、心理、社会三方面去治疗就可以了，清楚吧？

30. 来访者：我这一系列的焦虑症状是原发性的，其他的都是继发的？

31. Z 医生：太对了，所以我说你的智力比别人好，理解力强，谢谢你今天来参访，非常好



的小伙子。

32. 来访者：好，谢谢你，麻烦你了。

### 【现场答疑】

**问题一：**这个患者未来可能会有向强迫发展的倾向，老师目前考虑以SSRI类的药物为主，是现在来说还是焦虑占主要层面，那可不可以只使用米氮平？这种方案如何？

**督导医生：**不可以，因为SSRI效果非常好。第一个诊断是GAD，第二诊断是其他特定的强迫及相关障碍，很可能往这方向发展，尽管现在不是强迫症表现，但他很可能发展到那，所以两个搁到一块提醒你用药。假如这是我的病人，我会选择降低SSRI中帕罗西汀的剂量，放上7.5毫克米氮平，把帕罗西汀降成30或是20毫克，观察他能不能获得性功能。一定要加上米氮平，否则他会明显失眠，如果只降帕罗西汀就会出现戒断，所以要增进睡眠的药物，虽然非典型抗精神分裂的药物也能增加睡眠，但是加了米氮平，它的催眠作用就替代奥氮平，同时也能拮抗SSRI的副作用，SSRI降10毫克，先加上米氮平之后保护好，然后一周以后再降低帕罗西汀，这样身体就会觉得挺舒服。同时还要运动、还要做CBT，别忘了还有rTMS（重复经颅磁刺激）等其他的办法来治疗，心理咨询的正念也会起作用，虽然现在他的事业干得挺好，但仍然不算是正当的职业，尽量做点别的事情，这不是辩论，而是作为医生要预告其风险。

**问题二：**您刚刚说第二个方案，就是把SSRI类的药物减少一半，然后加些安非他酮。虽然安非他酮不会对性功能方面造成影响，但是有文献上报告，安非他酮对抗抑郁的效果是比较好的，对抗焦虑的效果并不是那么强，它如果跟SSRI类的组合，是不是适合这个比较偏焦虑的患者？

**督导医生：**这两个搁到一起组合，相当于给病人单胺氧化酶抑制剂，SSRI作用于五羟色胺系统，安非他酮作用于去甲肾上腺素和多巴胺。因为他说白天犯困，注意力不集中，很有挫折感，给补充了多巴胺以后，就会变好。刚才已经说了米氮平是首选，加上SSRI，就是先不动，在患者说有效的前提下，不需要把SSRI彻底拿掉，人多巴胺多了，性功能就强，通过性交的频繁，怀上孕之后，焦虑自然就降低，因为射精本身就是一个抗焦虑的过程，所以不仅仅是纯生物化学的问题。

**问题三：**这一次药物调整之后，他大约需要多久的用药时间。还有作为心理咨询师，我比



较担心的地方是，他现在的女友交往只有三个月，对他的整体情况似乎是不知道的，包括他的性功能问题，他的家庭关系也是不稳定因素，在心理咨询的方面，需不需要跟他的女友告知在家庭生活当中，或者在准备结婚的过程当中，可能成为引爆他心理问题的情况？我指的是关于他罹患类似于强迫症、焦虑的问题，需不需要他自己判断怎么样去告知他的女朋友。

**督导医生：**这里面要考虑两件事，第一是目前不用着急说，因为三到六个月药物就能全部调整完毕；第二要不要告知女友，可以治疗一阵再去说也不迟，不是主动把对方吓走。这个事已经这么多年，不差三到六个月，而且性功能的问题是药物诱发的，不是他本来有障碍，药调整好了，这问题就没了。所以现在有，也不代表一直有问题，并不是原发的性功能障碍，先解决焦虑和强迫的问题。很快就会缓解，一般都是六到八周就缓解。

### 【编后记】

美利华的督导案例当中，我们可以看到不只一个案例，比如第105期期刊当中的精神医学案例，都出现过把高焦虑背景下带来的非正常的、过度担忧与强迫思维当中固化的部分与精神分裂症当中的妄想有所混淆，甚至焦虑程度也可能导致不良的自知力或缺少自知力的问题，而多数时候我们再去仔细分辨都会发现患者的妄想、幻觉或幻听都出现在高焦虑等情绪变化的过程中，与精神分裂症的发病状况不禁相同。

美利华基于实证的案例不断地向我们验证“症状”是跨界的，而诊断不仅仅是基于症状，更需要看到来访者是什么样的人，什么样的行为模式，这样才能更好理解我们的患者，做出恰当的诊断。



# 心理学人

时不时，我们就能听到对青少年行为方面的控诉：他们不好好学习，他们叛逆，他们找不到生活的意义，他们生活的毫无忧患意识且纸醉金迷！最近数年，最多被投诉的，是他们依赖于手机和贪恋游戏！父母师长视手机如洪水猛兽，一边却又不得不屈服于需要联系或者需要给孩子点物质奖励，因此，一如当年我们青少年时长大了可以拥有属于自己的自行车一样，某个时机下儿童和青少年开始拥有这个新时代的玩具……

## ||新时代 谈叛逆||

**“爸妈，我并不是沉迷手机或游戏，只是不想理你”**

作者：王剑婷 心理咨询师

成长，是随着年龄的增长获得越来越多能力和独立性的过程，在这个过程中与父母实现分离，形成自我。但如今，成长所需要的时间出现出两条线索上的背离——我们的身体越来越早熟，一项研究显示，在19世纪中叶时女孩们的初潮年龄大约为15岁左右，而不过短短几十年后的2000年，这个年龄已经下降至13岁以下！另一方面信息爆炸、学科的细分与深化都使孩子们不得不花费大量的时候留在校园里去学习，把已有的人类经验转化为自己的知识；而且社会发展本身使父母们富有了，他们不再急需孩子成为劳动力，父母们经过职场上的拼杀已经看到了受教育的多少与未来收入的正比关系，为此有意无意的条件之下从社会意义上来说孩子们都成熟的越来越晚。

在工业社会之前的士农工商，人们几乎不需要青春期这个标签，童年结束后的十四、五岁就被认可娶妻婚配，迅速跨越式的完成了“成人礼”。因此所谓的青春期从某种意义上说是被工业革命和学校的集中教育“制造”出来且不断地被拉长的人生阶段。关于青春期，日本心理学家河合隼雄曾在书中如是写到：“在青春期前还都是不折不扣的孩子，可是到了青春期就掺入了【性】这样一个因素，就意味着慢慢走向成人的过程？对大人们来说也就不过如此的事，对于正在发育的孩子本人来说，真是一种难以言喻的、无法名状的东西在爆发。它既有神圣的一面，又有说不出的肮脏的一面，两面的东西一起扑来，在孩子体内翻涌，不可掌握且能量惊人。”为此，孩子们的青春期本来就是一个令人困惑的过程。在这样的背景之下，来想想我们要给青春期孩子所冠上的“叛逆”之名究竟是什么？

## \\ 叛逆家族“新成员” /

家长们苦恼的叛逆，很多时候无非是孩子开始明目张胆的打破父母的权威，更打破成人世界既有的铁律，于是才有了父母深刻的苦恼“我究竟该拿你怎么办？”



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



在发展心理学中埃里克·埃里克森提出了“发展阶段”理论。埃里克森的人格发展八阶段理论提出，个体一生中在要经历不同的8个心理社会发展主题，在这些主题会在一个时段之内较为集中于不同的任务，其中**青少年主要的发展任务就是关于自我同一性的建立。**

所谓自我同一性，核心就是自我探寻，试图发现“我是谁？我从哪里来？我往哪里去？”这样认识自身、明确自身社会角色的过程。这种自我的探索的过程在之前的发育阶段并非不存在，但在青春期会表达的格外鲜明与迫切，为此父母会发现那个“听话”的乖宝宝一去不返，取而代之的是总在做些不守规矩的事，比如早恋、比如抽烟、比如偏要和老师家长对着干。这些话题对于正在看文章的大家来说其实一点也不新鲜，我们自身也有过这样那样的人生经历，自己或看到他人在青少年时代被异类化，而现代版的青春期叛逆有了两个新主题：**打游戏和玩手机。**

阶段	年龄	冲突	人格发展任务	发网障碍者的心理特征
婴儿期	0-18个月左右	基本的信任感对基本的的不信任感	发展信任感，克服不信任感	面对新环境时会焦虑不安
儿童早期	18个月到3岁	自主对羞怯与怀疑	培养自主感，克服羞怯与怀疑	缺乏信心，行动畏首畏尾
学前期	3~6、7岁	主动对内疚	培养主动感，克服内疚感	畏惧退缩，缺少自我价值感
学龄期	6、7~12岁	勤奋对自卑感	培养勤奋感，克服自卑感	缺乏生活基本能力，充满失败感
<b>青年期</b>	12~18岁	<b>同一性对角色混乱</b>	<b>建立同一性，防止角色混乱</b>	<b>生活无目的、无方向感，时而感到彷徨迷失</b>
成年早期	18~30岁	亲密对孤独	发展亲密感，避免孤独感	与社会疏离时感到寂寞孤独
成年中期	30~60岁	繁殖感对停滞感	获得繁殖感，避免停滞感	不关心别人与社会，缺少生活意义
成年晚期	60岁以后	完善对绝望	获得完善感，避免绝望与沮丧	悔恨旧事，徒呼负负

于正在看文章的大家来说其实一点也不新鲜，我们自身也有过这样那样的人生经历，自己或看到他人在青少年时代被异类化，而现代版的青春期叛逆有了两个新主题：**打游戏和玩手机。**

在近几年的时间里，人们花在手机上的时间大幅递增，有数据显示手机用户每周查看手机的次数超过了1500次。值得我们注意的是这些调查并不是针对“青少年”的，而是全员！我们每个人每天用于查看手机、浏览社交媒体信息的时间并非小可——包括现在您通过手机正在阅览我们这篇文章时，都说明手机已经扩大了原有的联络用途，成为我们新的生活模式之一。某些时候可能你在家，但并没有把这些时间用在“家里”，比如给小朋友读书、与孩子一起玩耍、和家中青春期在大孩子们在客厅中闲聊，又或者在睡前与伴侣的沟通！我们和家人同处一室，但实际上我们并不在同一个环境里，想想看，其实我们现在连围聚在电视机前的机会都很少了——爷爷想看抗日神剧，奶奶想听戏，爸爸要看美剧，妈妈要看韩剧，孩子想看综艺或者动画片，这个时间紧张的年代，互相谦让委屈不如尊重个性，干脆一人一部手机或iPad，就全都能解决了，虽然物理距离上我们同在一处，但事实上，人与人之间的距离已经非常遥远……这远不是一家一户的现实，而为什么，我们更在意teenage的孩子在看手机？





## 数字化生存和网络原住民 /

无处不在的互联网可以随时提供丰富的、刺激的内容，从2000年到2015年短短15年当中，有数据显示全球上网人数增加了近7倍，上网人口占全球总人口的比例从6.5%增加到了43%。第六届世界互联网大会举行新闻发布会，发布《中国互联网发展报告2019》。报告显示，截至2019年6月，中国网民规模为8.54亿人，互联网普及率达61.2%，网站数量518万个。

以中国的发展速度，子女一代比父母生活在物质更加优渥的环境里已经是必然。作为70后的我，13岁便拥有了我父母结婚才能拥有的自行车；80后们从小就可以通过交换家里的电话号码而代替在楼下呼喊彼此的名字；而90后的孩子里已经不少人没学过骑自行车而只会从坐车到学开车；00后的孩子已经不知道什么叫磁带随身听，他们一开始就用上了iPod和MP3；而不过短短十年，10后的孩子已经不能理解为什么听音乐还要单独购置个设备或买个卡片机来照相，那不就是一个手机自带的功能吗？我们代代都在**追赶**这个呼啸而去的时代，假如不愿意与时代同一方向前进，就只能被留在原地静待淘汰。可我们的孩子不是追赶，而是生下来就被扔进这样一个环境，因此他们被称为“**网络时代的原住民**”。

面对矛盾中生长的自己，青少年的社交往往不被原谅也很难实现，网络则为他们提供了最好的阵地，特别是匿名的影响力，每个人的胆子似乎都变得大起来了，约束感少，进入一个想象当中的理想国，形成一种迅速的在线联合。我们甚至发现在网络上，利他主义和利己主义都容易被放大，人们比面对面交往时更加慷慨与放松，看看最近被曝光的众筹企业幕后的那些问题，其实都说明我们被利用的恰恰是已经越来越多的相信在网上遇到的人和事，我们所有人都在从现实社会迁徙进网络社群。成年人也在学习着如何不成为猎物，学会求生。

为了写这篇文章，我尝试用了几个不同的关键词上网搜索，发现这样一些有趣的现象。当我搜索“沉迷手机”，会找到706万条相关信息，而当我把关键词加上“青少年”三个字之后，其中572万条仍是高度相关的；当我搜索“沉迷游戏”时，有900万条相关信息，而同样加上“青少年”这个关键词，仍有670万条浮出水面。也就是说，在我们关心当今网络化生存，人人“机不离手”，“无网如失魂”的时候，**我们最关注的不是自己，不是成人，而是青少年！**无论你是办公、娱乐还是与亲友沟通，当我们把自己大量的时间不断地消耗在手机上，人们最先想到的都是“是非对错”，因而我们才会把这种行为本身称为深陷其中不可自拔的“沉迷”而不是积极心理学中提倡的福流（flow）沉醉，其中青少年就承担着那个最大的“非”，毕竟我们把这种行为我们有超过2/3的比重都把这个话题



聚焦于青少年。



### 成年人与青少年互相的控诉 /

我曾经接待过一对母女，女孩16岁白皙安静却多次自杀自残，谈及生活却是实实在在的泪如雨下，她并不是吃得穿得不好，而是说“找不到人生的意义”，因为她总看到母亲抱怨生活，抱怨丈夫，她和母亲的沟通从小建立在单向的“听话”上，所以她高中以前都努力让自己“达标”，但她的达标没有让她快乐，她持续感受痛苦，她交不到朋友，她有很多困惑，她试着与母亲说话却发现得到的都只是指令，努力成长得到的都是更多的学业，更高的要求。随着外地工作的父亲调回本地，他们夫妻间的冲突更加直接和频繁，她关上门也换不来安静，她告诉我说她现在心里已然“没有母女，只有仇敌”。

我与她谈完转回头来与母亲沟通当下需要解决的问题，母亲的第一句**控诉**就是“**她总在玩手机**”！我询问那玩手机是从何时开始的，母亲说是“就是从这个暑假”，我又问，那在玩手机问题之前她一切都还挺好的吗？妈妈说：“都很好，所以根本不知道这孩子怎么好好的就开始寻死觅活”。

手机，又是手机惹得祸？说实话，我时候，我真替手机叫冤枉。孩子用手机来逃避开父母，一如过去20年里青少年第一次拥有了自己的卧室“啵啵”闭上的房门，**门之错还是人之错？**

另一次，一位朋友介绍了他朋友的孩子说有网瘾，父亲甚至要求我登门去找孩子聊聊，得知不可以后父亲很急，结果没想到与孩子沟通说见心理咨询师时男孩却应允来见我，条件是要求父母同往。那是个高大直爽的17岁男孩，表达清晰，面对焦虑的父亲和掉泪的母亲，孩子极其悲愤，他高声说：

*“再不要说游戏的事儿了，我不玩游戏其实完全可以，只不过那解决问题吗？小学时候我的问题是你们让我学习可我想看电视，中学的时候是你们让我学习而我想读闲书，现*



在高中了还是学习学习学习，看到我用手机就说我打游戏，你们无聊透了，我也烦透了，哪里是什么游戏的事儿，你们只是想让我听你们的！”

这几乎是我听到的最完整的**控诉**，我相信这样的话大男孩已经在家里呐喊过不知多少遍，但父母还是不知道如何与孩子开展“学习”以外的话题，他们只会谈**他们认为对的事**，而阻碍谈这个事的所有事情都是“魔障”，只不过手机和游戏是最近的、最现代的话题而已。

### \\ 叛逆究竟是什么 /

美国的文化人类学家本尼迪克特二战结束后在其著作《菊与刀》中，分析了日本人的外部行为和内部心理，考察了日本人价值体系，最终得出日本人属于“耻感文化”的结论。70年代的日本伴随着经济的腾飞、海外人才回流精神心理学崛起，关注日本青年人的专家们总结发现内向与自我压抑的青年们存在“对人恐怖症”，即我们今天所说的社交焦虑问题，以及“自我臭综合征”即强迫及相关障碍当中的特定恐怖症问题。同在70年代，校园欺凌、霸凌及由此产生的厌学课题（不登校）也集中在同一时期被问题化……对亚洲整体影响极大的中国，以修身养性为要求的儒家文化之下，我们现在几乎也同样面临着青少年时代许多特定的焦虑问题——**行为外化即为叛逆，内化则为心理问题。**

一如前文所示，青春期在生理上越来越早、在社会上却越来越长。生理上，青少年要学会面对这个日渐成熟却非常新鲜的身体；心理上，试图想要独立，可仅仅掐指一算，距离读完大学可能都还要十年甚至更长的时间，自己与“独立成人”这件事存在遥不可及的距离。家庭，看似是自己的，却并没有多少权力可享受，受人养育更多的可能是“被”安排，因此实际上许多事连知情权也没有。

过去我们的成长，是一场与真实社会不断扩大接触的机会，随着年龄的增长，逐步获得父母可见的，可评价的能力与独立性，比如交朋友，比如恋爱，比如工作。而今天的社会，自己想要跨入却发现既有线下更有线上，世界犹如黑暗森林，需要遵守什么样的丛林法则，父母也只知道其中一半的可能，并不具备向导的能力，于是他们带着互联网给世界的新的自由——全员展现、全员参与投身其中。而我们自身，也正陷入前所未有的恐惧，恐惧这更多的未知的世界，更加恐惧孩子无法过上一种成功的人生！但到底成功的人生是什么，我们这个飞速发展的社会并没有给出定义式的答案。

美国知名教育工作者，朱莉·利思科特-海姆斯(Julie Lythcott-Haims)在《如何让孩子成年又成人》一书中讨论父母过度介入子女生活的现象，考察现象背后的爱与恐惧，检讨



过度养育的危害，探索如何通过不同的养育方式，实现更好的长期目标，帮助孩子取得更大的成功。这位斯坦福大学美国研究学士，加州艺术学院文学硕士，哈佛大学法学院法学博士，曾担任斯坦福大学新生教务长及本科生顾问十多年并获得了斯坦福大学最高教学奖——丁克斯皮尔奖(Dinkelspiel Award)的女士，通过对自身不断地反思，告诉我们一种新的成功，不是急功近利的把孩子打造成名校生，成果是**培养孩子成有自我效能，有自主能力的成人，才是我们的终极成功。**

让我们与我们的孩子先来一起凝望这自由新世界吧！因为他们的叛逆与我们的控诉更像是一张纸牌的两面，当我们指责孩子们追求的自由是“自私和自我主义”，而我们要求他们放弃的自由正是在宣告“我即正确，我认为即有理”，明明是在互相叛逆。所以，家长们还是别急于控诉与惩戒，因为其实你也并不知道所谓的“玩手机和打游戏”对于你的孩子和你之间意味着什么！我们需要首先需要的是克服家长的恐惧，冷静地看待孩子的表达——甚至感谢孩子那些叛逆的行为，我们才得以接近他们，看到他们真实的需求是什么！

### 面对青少年所谓的新叛逆 /

面对青春期，我们如何在个人决定，父母规则之间取得平衡？作为父母我们如何能够尽责教养的同时允许他们拥有自己的选择？我们如何从代替他们设定界限到学会授权让他们自我探索？**青春期的课题其实正是一个家庭的课题。**所以，再来反思一下，为什么我们要把孩子推上那个被告席，让他们在自我困惑的同时，还要背负我们自身的养育困惑？

“网络原住民”不代表要单打独斗的荒野求生，手机与游戏在他们接触这未知的一切时，主动寻找机会与他们结为联盟，共同面对这个成年人也并不熟悉的环境吧。一旦真的决定让孩子接触这些新鲜的电子产生与广袤的网络空间，理想化状态应该像教他们学习任何一项技能一样，从教授到放手。比如以乔布斯为首的精英层们，一边发明了各种电子与网络产品，一边要求他们自己的孩子在童年时代远离这些，我猜想即使其中有些即使不阻止孩子们接触新的技术设备，也会有能力擅长研究以便于能控制孩子们的使用，而此时我最担心的就是那些没有时间、忙于挣钱却有着高焦虑的情绪的、缺乏必要耐心的家长们……如果对您来说网络或者说技术也一样陌生，那我们应该采用的还是更为耐心的教育方式，至少与他们一起玩耍，就像你带着二岁的幼儿时要弯下腰来，甚至趴在桌上，与他们一起凝视他们面对的新奇玩意儿，然后四目相对，看着彼此的眼睛交换情绪，享受那段真正的在一起的时光……

那样才能为我们自己赢得时间，获得进入虚拟世界之后，他也仍愿意和你在一起，分享点感受与心得，让你得以了解他自己。



# 全科医学

患者是一位31岁的女性，从事心理相关行业，因为多个内分泌、自身免疫系统相关疾病而来就诊。患者的目前的“心结”在于不能顺利怀孕，并担心健康状况对孕期的影响。为何年纪轻轻的她会有这么多躯体疾病？两位老师会诊后发现患者的诸多疾病均指向内分泌及自身免疫综合征。两位老师对“何时适合患者怀孕”、“如何调整身体状况到良好的备孕状态”提出了一系列治疗方案。请看本期的全科案例——

## 渴望成为“母亲”但人生需要思考

——一例多发内分泌系统自身免疫综合征患者的远程会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖茜 医生

**患者：**31岁女性，已婚，硕士学历，职业为自闭症儿童康复师。

**主诉：**排浓茶色尿液29个月、阴道不规则出血24个月

**现病史：**患者29个月前受凉后出现鼻塞、流涕等症状，稍有咳嗽，无咳痰，不发热，同时发现尿液呈浓茶色，较混浊，其内未见血凝块，无明显尿频、尿急、尿痛及泡沫尿，无颜面及双下肢水肿。门诊查尿常规：白细胞324/ul、红细胞>1000/ul、蛋白质++++；血常规、肝肾功能未见明显异常。遂以“血尿待查”收治入院。

入院后24小时尿蛋白定量：3900mg/24h；抗核抗体谱未见明显异常；大便常规、电解质、凝血实验、体液免疫正常；尿培养、衣原体、支原体、抗酸杆菌感染阴性；空腹血糖6.02 mmol/L，口服葡萄糖耐量试验（OGTT）示空腹血糖受损；双肾彩超未见明显异常。胸片：心肺无重要发现。心电图正常。结合患者病史及相关检查，2017年1月中旬行肾活检，结果显示IgA肾病。予足量激素48mg甲泼尼龙减轻蛋白尿。

患者于24个月前（即服用甲泼尼龙约3个月后）开始出现月经紊乱、阴道不规则出血，量较多。就医后建议待激素停药后继续观察阴道出血及月经情况。停用甲泼尼龙后患者阴道流血未缓解，就诊于某医院A，考虑为功能性子宫出血，每1-2h换一张卫生巾，月经淋漓不尽，时多时少。予以云南白药止血但效果不佳。2018年4月底彩超提示：子宫：前位，长5.7cm，厚3.7cm，宽4.5cm，大小形态正常，肌层回声均质；宫腔：内膜居中，厚0.9cm，回声不均质；附件：左侧卵巢2.3×1.6cm，右侧附件区2.4×1.5cm，囊性无回声区，壁薄，透声可，提示：子宫内膜回声不均质；右侧附件区囊性占位。血常规提示血红蛋白95g/L。血甲状腺



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



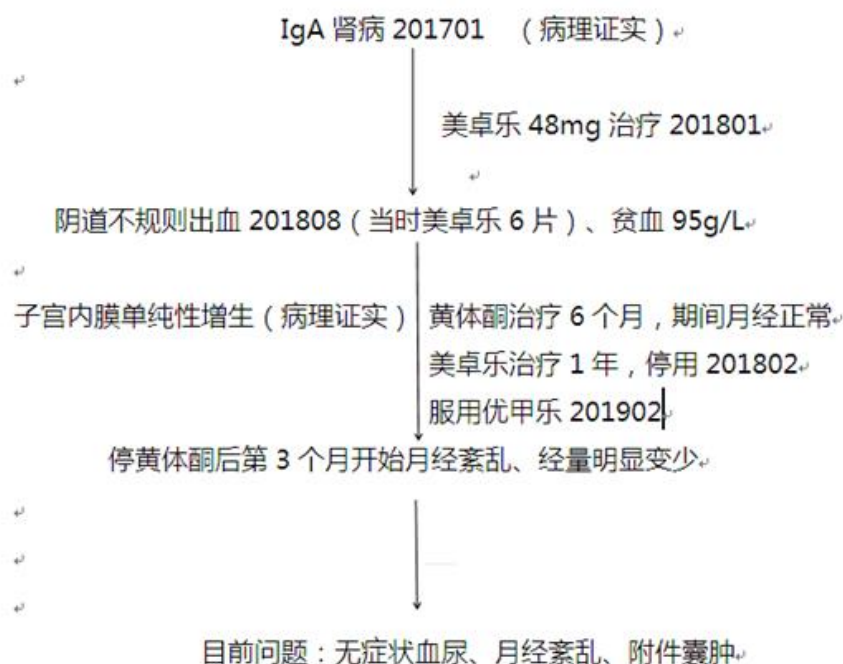
过氧化物酶抗体152.69IU/ml。行子宫分段诊刮术，术后病检回报示：宫颈、宫腔不伴非典型性的宫内膜增生。2019年2月查血促甲状腺激素（TSH）高、甲状腺抗体滴度高，口服左甲状腺素片25ug/日至今。服用黄体酮后月经恢复正常，2018年10月停黄体酮，自从2019年5月份以来，虽然有月经，但量少，且周期不规则，周期为28-35天。

**既往史：**IgA肾病、糖耐量异常，功能性子宫出血、右卵巢囊肿、亚临床甲状腺功能减退症和乙型病毒性肝炎恢复期。

**个人史：**近2年月经紊乱，量多，无痛经。28岁结婚，配偶体健，生活及感情和睦，经济条件一般。孕1产0，人工流产1。平时安全套避孕。在医院老年科就职，从事老年人心理评估、心理咨询等工作，因面对老年患者及外界环境感觉有压力，最近1个月刚换工作，目前为孤独症患者康复师，目前工作环境较好、与同事相处良好。

**家族史：**否认家族遗传性及精神疾病史。

**体格检查：**身高154 cm，体重66.6kg，BMI 28.08 kg/m<sup>2</sup>。T 36.6，P 110次/分，R 22次/分，BP 122/77mmHg。远程访谈患者，没有进行体格检查。从患者2018年4月住院病历中可以了解到患者当时贫血貌，心率偏快，110次/分，腹部柔软，未触及包块。腹部无压痛、肌紧张、反跳痛。双下肢无水肿。当时专科查体情况：外阴发育正常，阴毛分布正常，已婚未产式。阴道通畅，阴道壁无异常，阴道内有少量暗红色血液，无异味。宫颈大小正常，宫颈光滑。子宫前位，大小正常，形态规则。子宫活动度：活动，无压痛。附件：双侧附件区未扪及包块，无压痛，无反跳痛。





### 诊断:

- 1、IgA 肾病
- 2、多囊卵巢综合征
- 3、子宫内膜单纯性增生
- 4、失血性贫血
- 5、亚临床甲状腺功能减退症
- 6、乙型病毒性肝炎恢复期

### 治疗方案:

#### 一、生物:

- 1、目前仍有无症状血尿，无肾功能受损表现，IgA肾病处于稳定期，继续监测、随访。平时避免过劳、预防感染、定期复查，无需特殊治疗。
- 2、目前应用左甲状腺素25ug/日，甲功三项示TSH正常范围。定时复查、随访。但如计划妊娠需全面评估甲状腺抗体及激素水平，使TSH控制在较低范围。
- 3、月经紊乱考虑多囊卵巢综合征，导致的排卵异常及黄体功能不全所致。可予以二甲双胍治疗，观察患者的疗效来进一步明确诊断。
- 4、患者BMI达到超重标准，均衡饮食、有效运动、控制体重。

**二、心理:**了解自己的病情与免疫系统紊乱相关，需要减轻压力和焦虑。

**三、社会:**继续做压力小的工作岗位，获得家庭社会支持。

### 督导需求:

- 一、卵巢囊肿问题，目前怎样处理？囊肿如果控制不了，会影响怀孕吗？怀孕期间由于激素水平的变化，囊肿会不会持续增大？
- 二、有生育需求，但对身体健康状态有所顾虑，担心月经失调、免疫球蛋白A肾病，“甲减”等疾病会影响怀孕，期待得到指导。
- 三、什么条件下可以备孕怀孕，需要注意什么？
- 四、怀孕后需要注意什么？



## 两位医生会诊患者后，意见总结如下：

### 钟丽萍医生：

(一) 对于IgA肾病，患者的预后整体比较好，原因如下：(1) 因为已经没有尿蛋白，肾功能比较稳定，分期为第二期，不算严重。分期对愈后很重要，这是患者的优势。(2) 激素治疗反应较好。(3) 肾功能很重要，尤其肾小球滤过率比较敏感，此病每年肾小球滤过率大概下降1到3毫升/分钟。**继续定期监测尿蛋白，对怀孕影响不大。**

(二) 甲状腺功能低下的问题。“甲低”与肾病均说明患者有自身免疫这一系列的疾病。甲低并不是很严重，**继续服用25微克的甲状腺补充药物，需要定期复查。**怀孕以后，可能需要增加补充的剂量，因为患者的容积、体重都会有改变。**若将TSH调整到正常的低值，基本上对孩子的发育是没有影响的，不会影响到神经和智力发育。**需要频繁监测，需要找管理高危孕妇的妇产科医生复诊和随访。

(三) 最关键的问题还是阴道出血和卵巢囊肿。B超两侧有囊肿，再加上患者对血糖的不耐受，体重达到超重的水平。事实上患者已经符合了多囊卵巢的诊断，患者的症状有：(1) 体重过重；(2) 血糖的不耐受；(3) 月经不规律；(4) B超两侧有囊肿。关键要调整月经。因为患者用孕酮后月经恢复，说明她可能是排卵有问题，或者排卵了以后，黄体的形成或者黄体的功能有问题。黄体的主要功能是分泌孕酮，是为了怀孕做准备的。因为孕酮能使子宫内膜增厚到利于怀孕的状态。如果**孕酮低，说明黄体功能低下**，说明了是排卵有问题和黄体生成有问题。**二甲双胍**对排卵和多囊卵巢均是有帮助的，服用没有太大的副作用。可以从500毫克一天两次，然后慢慢加量。如果服用几个月后月经恢复正常，说明二甲双胍有用，而且说明多囊卵巢的诊断是对的，这样就可以准备怀孕了。

(四) 第一、目前立即怀孕成功的可能性不大，因为排卵有问题。第二、即使怀上了，也可能难以保胎。因为**怀孕的前三个月都是靠黄体来支持的，黄体能分泌孕酮。如果黄体功能不全，孕酮分泌不够，子宫根本就不能承受、不能养育怀孕的卵子。**至少服用3到4个月的二甲双胍，可进一步知道是否为多囊卵巢综合征，还可以帮助减肥和改善认知功能。二甲双胍的副作用很小，仅是一些消化道的副反应。怀孕后要坚持服用三个月，过渡黄体分泌孕酮的阶段，因为等胎儿长到3个月后，孕激素便靠胎盘分泌而不靠黄体。在备孕方面可补充叶酸，服用叶酸至少4个毫克以上。平时坚持锻炼，控制体重，均衡饮食。

**张道龙医生：**生小孩有两个目的，第一、夫妻之间愿意有孩子，这是很多正常人的欲望。第





二希望这小孩是优生，肯定不希望小孩输在起跑线上，父母就是小孩的起跑线。现在的问题是刚刚能达到怀孕的程度，不一定暂时能怀孕成功。而且患者处于亚健康状态，不是一个真正健康的人。患者今天好像聚焦在能不能怀孕，其实应该先把自己调整得更健康一些。患者刚刚IgA肾病缓解，乙肝问题刚刚康复，甲状腺也不完全健康，卵巢也有囊肿，不可能是优生的身体。BMI 28，已经超重，怀孕后体重将更加增加，有糖尿病风险。建议先做慢病管理，把体重降到BMI25，把月经和孕酮调整稳定。只有身心健康，孕育的小孩才健康。

患者的优势第一个是家庭好，夫妻感情不错。第二个患者是做心理咨询的，知道自己怎么调整心态。第三、工作环境也不是最累的，这都是好事。第四，处于亚健康，但不是完全的不健康。第五，如果你超过35岁，生唐氏综合症的概率都增加。患者才31岁，有时间把自己调整好。**总之，我认为应该把努力方向从马上怀孕调整到继续加强健康。患者的许多问题都像是潜伏的定时炸弹，从甲状腺到心脏、卵巢、子宫，肝脏都不是完全正常。人生要见好就收，先调整好身体状态再怀孕。**

## 提问环节

**问题一：**患者是否达到多囊卵巢综合征的诊断标准？

**钟丽萍医生：**B超是否发现多囊囊肿，不是诊断多囊卵巢综合征的必须要点。如果她有胰岛素抵抗，有肥胖，有月经紊乱，就已经足够诊断了，所以B超发现多囊囊肿不是唯一的标准，也不是排除标准。做B超跟技术员的操作非常有关系，所以不会把这个作为诊断的标准或者排除的标准。目前来说，二甲双胍是最好的选择，试几个月，如果说她能够正常排卵了，她怀孕的可能性才会有，她排卵不正常的话，根本不可能怀孕。

**张道龙医生：**仅仅是减肥，也可用二甲双胍。只要她超重了，只要有潜在的囊肿，再加上月经紊乱，使用就没问题。三个月以后好了再逐渐停用，药物的选择还是跟患者的利弊有关。

**问题二：**对于这种甲状腺功能异常、甲减并且计划怀孕的妇女，她的TSH的值要干预到多少合适？

**钟丽萍医生：**TSH正常值是0.5到4.5之间，最好是0.2左右。对于孕期妇女，比如4.5是最高正常值，肯定不能超过此值，控制要非常严格，所以大概4到6周复查一次，偏向于让她服用左甲状腺素片剂量高一点，但是不要达到临床甲亢的水平。

**张道龙医生：**TSH的稳定对精神健康有好处。TSH太低的时候容易抑郁，我们有很多产后



抑郁，一生完小孩病人跳楼了，或者把小孩给闷死了，因为甲状腺异常了，异常以后人就容易出现心境变化，叫产后抑郁。在美国生完小孩都要筛查抑郁症，因为产前有问题，产后就更容易发生情绪问题。不光是从患者怀孕的角度，还从精神健康的角度，也需要把TSH调整至正常范围。

## 科普知识

在本期案例中，这位年轻女性有多种内分泌腺体均出现功能紊乱，出现了甲状腺功能减退、IgA肾病、多囊卵巢综合征、功能失调性子宫出血、糖耐量异常。考虑患者的疾病与多分泌腺的自身免疫综合症相关。这到底是一种怎样的综合征？有何特征？请看本期的全科理论——

## 多内分泌腺自身免疫综合征

责编 | 肖 茜

多内分泌腺自身免疫综合征 (polyglandular autoimmune syndrome, PGA或 autoimmune polyglandular syndrome, APS) : 自1926年Schmidt首次报道两例死于肾上腺皮质功能不全的患者，其肾上腺皮质和甲状腺有相同的病变，即慢性淋巴细胞浸润导致此两个组织的破坏。1963年Blizad和Kyle发现同时患有甲状腺炎和Addison病的患者存在抗甲状腺抗体和抗肾上腺抗体，此组疾病遂被命名为PGA。根据主要累及的腺体，PGA可分为1型和2型（包括亚型A与B），两型除内分泌病变（绝大多数为功能减退，仅个别AITD可表现为Graves甲亢）外，均可累及非内分泌器官。但此两型PGA临床表现有相互重叠。其发病与遗传有关。

### 一、临床表现

#### 1.PGA-1型

是一种罕见的常染色体隐性遗传性疾病，迄今全球报告病例有200多例（多为芬兰与中东等地的犹太人和萨丁尼亚人），国内仅有数例报道。典型病变为下述四类：常以慢性黏膜皮肤念珠菌病为先发病（几乎见于所有病例），后相继伴以甲状旁腺功能减低（70%~82%）、特发性慢性肾上腺皮质功能减退（Addison病）（40%~70%）与性腺功能减退（40%）。上述数种病变起病时间可相距十至数十年，有的患者仅出现其中一种内分泌病变。



此外，尚有自身免疫性慢性活动性肝炎（10%~15%），吸收不良综合征（22%），秃发（32%），恶性贫血（13%）等自身免疫性疾病，以及其他疾病。文献也称本型为“自身免疫性多内分泌腺病-念珠菌病-外胚层营养不良综合征（APECED）”。常儿童期发病，女性稍多见。

## 2.PGA-2型

比1型多见，常成年发病，女性多见，常见以下病变组合：Addison病（80%~90%），AITD（包括Graves病）（69%），自身免疫性糖尿病（50%），性腺功能减退。其中如只有甲状腺病变（主要）与自身免疫性糖尿病（次要）者为2B型，为最常见的PGA。2A型即Schmidt综合征（表15-14-2），2型也可伴发多种非内分泌自身免疫性病变，但无黏膜皮肤念珠菌病变。2型可以多代遗传，故20~30岁的高危家族成员须每隔3~5年作详细的筛查，包括症状、体检与化验。2A型中50%可有自身免疫性糖尿病，而45%则可患AITD或者AITD与DM-1兼有。如有Addison病、DM-1和AITD三种主要内分泌病变者，则须警惕恶性贫血与性腺功能减退。

器官特异性自身抗体均可见于各型患者，与散发性患者相同，自身抗体阳性者并不一定发病。本综合征各内分泌腺功能减退常不充分显现，有的为亚临床，常须作较长期随访，自身免疫性垂体炎也常与其他自身免疫性疾病合并存在。而非内分泌病变也可早于内分泌腺病变之前出现。

## 二、器官特异性自身抗体

### （一）内分泌腺

#### 1.甲状旁腺

甲状旁腺细胞膜钙受体（CaR）；

#### 2.肾上腺皮质

抗肾上腺皮质细胞抗体以及抗P450（以21-羟化酶为主）抗体；

#### 3.卵巢和睾丸

抗P450C17与P450SCC；

#### 4.胰岛β细胞

抗胰岛细胞抗体（ICA）、抗GAD56、抗胰岛素抗体（IAA）、抗酪氨酸磷酸化酶抗体（IA-2、ICA512）；



北大出版社官方微博  
购书请扫码



## 5.甲状腺

TSHRAb、TPOAb、TGAAb;

## 6.垂体

抗腺垂体细胞抗体。

### (二) 非内分泌组织

#### 1.肝脏

P450抗体、VitD羟化酶抗体;

#### 2.皮肤

抗黑色素细胞抗体;

#### 3.胃壁细胞

胃壁细胞抗体;

#### 4.中枢神经系统

抗GAD67抗体 (见于僵人症) ;

#### 5.肾脏

抗基底膜抗体 (见于Goodpasture综合征) ;

#### 6.肌肉

抗Ach抗体 (见于重症肌无力) ;

#### 7.小肠

抗网状蛋白抗体、抗肌内膜抗体、抗麦胶抗体;

#### 8.血小板

抗血小板抗体 (见于特发性血小板减少性紫癜) 。

## 三、发病机制

PGA-1为常染色体隐性遗传性疾病，与染色体21p22.3连锁，由于自身免疫调节基因(AIRE)突变而发病，是唯一与HLA无关的自身免疫性疾病。本病存在明显的种族特异性，不同人群可有不同的基因型，但基因型与临床疾病之间缺乏关联，此可能与其表型充分表现需长达数十年有关。

PGA-2与HLA-B8, DR3/DR4关联，还有编码CTLA-4基因异常表达，后者常可预测病变。所以患者的发病与其遗传缺陷以及环境因素的易感性密切相关。



## 四、诊断

家族史、多个内分泌腺体累及是重要的线索，如伴有非内分泌组织的自身免疫性病变以及相应内分泌腺器官特异性抗体的检出，即可考虑本病。编码CTLA-4基因异常表达常可预测PGA-2病变。

## 五、治疗

目前对此病尚无法根治。应根据每个患者的临床表现不同而采取相应的治疗，包括激素替代治疗、干预治疗、对症治疗等方面。由于PGA各种内分泌腺的病变可在不等时间出现，故须长期随访。对某些亚临床病变须定期随访，以避免各种病症间的相互影响和治疗矛盾。

### （一）激素替代治疗

受累内分泌腺功能减退，可予替代治疗。所需的激素剂量应个体化，根据临床症状和血浆激素水平的测定而定并及时调整。多腺体功能减退的替代要注意：①肾上腺皮质或腺垂体功能不足时对胰岛素或甲状腺激素十分敏感，故必须从小剂量开始，逐渐增加；②糖皮质激素替代须早于甲状腺激素应用，以避免产生肾上腺危象，补充糖皮质激素后甲状腺功能可得到部分提高；③糖尿病控制不良或胰岛素剂量减少时，甲状腺或肾上腺皮质功能可随之减退；④甲状腺功能亢进可加重糖尿病，随着甲亢的控制，糖尿病也会相应减轻，故应及时减少胰岛素剂量。

### （二）免疫干预治疗

器官特异性抗体常早于器官损害之前数年出现，在这段时间内可采用措施以期预防或延迟显性疾病的发生，即为“干预”。自身免疫性内分泌疾病的干预治疗包括两个方面：①免疫治疗（可分免疫调节、刺激与耐受）；②激素反馈治疗。

### （三）功能亢进的治疗

Graves甲亢见于PGA-2型，可予以抗甲状腺药物治疗。



# 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  
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  
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
- 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

