

第 117 期

2020年2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
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)
- ❖ 美国专家国内集中讲学
- ❖ 美利华医疗之家
- ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 《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

这个冬天.....

这个冬天西安几乎没有下雪。近日停工停学之后，城市愈加清静。案头大摞的堆着久来囤积的书，和孩子们一起坐在窗前阅读，被晨间鸟鸣引逗的远眺院里的腊梅，它兀自逍遥开放着不用担心被人采摘；午间时分从客厅的落地玻璃窗外大把洒进阳光，明媚到近乎于炫耀的境地，渐近的春色勾得人睡不着觉，草坪上却毫无素日里的喧闹。每天，一家人围坐餐桌前吃吃饭，客厅里聊聊天，孩子们网上开课后室内有点小小的鸡飞狗跳，十多天足不出户，非疫区生活的我们危机感尤其开始渐少，反而有种世界被还原回了80年代童年生活的错觉.....

瞧，人就是这样——总是会不由自主的抹去坏的，夸大好的，其实也正是由于这种玄妙的功能，人类才得以承担过去的重负。其实，2003年的SARS过去才不过是十几年，彼时的我刚刚留学东瀛才第二个年头，听说国内危急，大街小巷的搜罗出各种各样的口罩装了一个大箱寄给家人，却被带惯了十几层纱布大口罩的母亲嫌弃了好久，“那些装在漂亮包装袋里的玩艺儿，防不防SARS病毒且不说，等用不着的时候连个擦桌子布都顶不上！”妈妈在国际长途那头抱怨我的话似乎还在耳边，谁料想今年我又开始给妈妈、给儿子科普什么是N95，什么是医用级别口罩.....

从疫情突发时不明究里的恐慌；一星期之后逐步看到真相的抗拒与愤怒；现在，眼看月余过去了我们的理智随着信息透明度而归位.....当我们心怀小资的把“意外与明天，不知道哪个先来”当鸡汤写在日记中时，这场突如其来的“暂停”真的给全国成年人上了结实的一课——天道好轮回，苍天饶过谁！

大自然的反扑考验定力，考验理智，考验爱情亲情，考验忠诚，考验每个个体的抗风险能力，考验原本我们以为稳固的安全感，查漏补缺了我们认为一切的理所应当。眼下，惊魂还未定但已经明白了，或许这正是这场危机带给自以为是的人类最多的警醒与反思吧！

这个无雪的冬天，不够冷，也足够冷！

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





\\ 目录 //

【精神医学临床访谈】 5
一例注意缺陷/多动障碍的临床访谈

【访谈理论篇】 19
美利华中美班图书馆案例导读——注意缺陷/多动障碍

【心理学人】 22
赞美归赞美，请不要让医护人员真的当天使

【全科医学】 28
一例冠脉痉挛共病甲亢病例的会诊
冠状动脉痉挛（CAS）



一例注意缺陷/多动障碍的临床访谈

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 18 岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 高中	婚姻 未婚
病史提供者 本人及患者母亲	职业 学生	病史可靠性 可靠

主 诉：感觉自己注意力不集中，担心上课的时候会跟不上。

现病史：来访者从上小学的时候就会出现注意力不集中，上课的时候小动作比较多，下课的时候会搞一些恶作剧，每周都会被学校请家长，回家做作业的时候经常是一个小时能够完成的作业，来访者需要花费两个多小时才能做完，在做作业的时候一会切橡皮、一会要画各种图案，小动作很多，拖延时间，学习成绩在班上也是中等水平，父母也是因为管教孩子有分歧而经常会吵架，来访者小时候身体不好，经常发烧感冒，所以家长会让他多到外面玩耍、锻炼身体，当时也没有觉得孩子有问题。上初中以后，他非常喜欢打游戏，上课的时候经常听同学说话，然后走神，反复的回头会看后面的同学，下课的时候经常做一些恶作剧，比如说给同学的杯子里面放一些东西，把同学的东西藏起来等这些行为，老师对他的评价就是很幼稚，回家做作业的时候会想各种事情，都是生活中发生的。比如说他在做作业的时候，听到一首歌，就会想到上次听这首时候的场景，觉得脑子停不下来。经常不能按时的完成作业，但是他在打游戏，和同学出去玩的时候不会想事情。平日很喜欢主动的和同学一起玩，也有很多的好朋友，初二的时候家长送他到多伦多读书，当时和姑姑、姑父生活，姑父管教严格，他对姑父产生了叛逆、矛盾积累，9个月以后就回国继续读初二。到了初三的时候，因为上课注意力不集中，数学函数这部分没有学懂，逐渐出现关于数学有关的科目成绩明显下降。中考时，来访者考上了本地普通高中的重点班，上了高中后，学习成绩明显下降，不能按时完成作业，感觉自己心静不下来，有时候会练习写字，但是最多能坚持半个小时，每天打游戏的时间是13到14个小时，后来和父母商量以后休学在家。休学以后每天打游戏的时间是15到16个小时，他本来是想通过这种电竞选手



的方式获得一些报酬，也是作为自己发展的一个方向，但是做电竞选手一年半以后感觉自己不能打得很好，还是有挫败感，所以决定重新上高一继续学习。来访者觉得不玩游戏也是可以的，没有对游戏非常渴求的情况，最近两个月也是自己找了一份兼职，每天要跑很多的路，觉得脑子里不会东想西想了，但是觉得很辛苦，还是愿意去继续上学。

既往史：幼年的时候经常感到腿痛，各地就诊，也没查出具体的问题，当时认为是生长痛，没有特殊处理，最后缓解。

个人史：母孕期正常，足月顺产，婴儿期发育正常，幼儿时和父母及奶奶一起生活，奶奶主要照顾他的生活起居，因为作业不能按时完成，而经常被奶奶担心。父亲对他要求非常严格，做事情让他先要列一个计划，母亲在生活中也管得比较多，来访者小时候是经常挨打，比如说有一次他把父亲电脑的文件不小心删除，当时被父亲一脚踢开。

家族史：父母均是本科毕业，父母争吵比较多，父亲以前是在部队的，现在是公司的管理人员，做事非常有条理，个性比较急躁，有时候会冲动，母亲从小爱干净整洁、有洁癖，但是通过自我训练以后现在好了很多，仍然有做事认真、追求完美的情况，母亲有时候也会很冲动，情绪不稳定，比如说有一次来访者把门反锁了，母亲当时是拿了一把刀把这个门都劈开了。

体格检查

电话访谈未查。

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。

感知觉：正常。

思维活动：正常。

注意力：基本集中。

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】

来访者幼年起病，存在注意力不集中和多动的情況，比如说他不能按时完成作业，做作业的时候经常走神，上课的时候经常注意力不集中，而且因为外界的刺激而多次分神，下课以后活动明显比其他同龄人要多，而且恶作剧被老师多次批评。在昨天的访谈过程中，



来访者也是经常走神，或者说话的时候中断，不知道自己刚才说到哪里了。因为这个注意力不集中的情况，还有多动影响他的学业，成绩明显的下降而休学。在休学以后，他是长期在家打游戏，但是单纯的当作娱乐还可以，如果把它当作一项职业，因来访者注意力不集中，还是有挫败感，无法继续。来访者的父亲容易暴躁，冲动，母亲有强迫症，对来访者来说从小都要求比较多，所以给来访者从小心理的压抑比较多，情感的表达比较少，这个也是他注意缺陷多动的缓解不是很好的一个因素。

治疗计划：

- 1、生物：来访者现达到中度以上的注意缺陷，建议用药。鉴于母亲对药物副作用非常担心，可暂时不给予药物，鼓励来访者多运动；
- 2、心理治疗：支持治疗，比如说通过表扬、鼓励，在行为治疗方面鼓励来访者主动学习，培养好的学习习惯，培养他的专注度，做得好的时候父母给予奖励，正性的强化。
- 3、社会：通过心理治疗，行为训练改善一些注意缺陷的症状，完成高中学业，在职业方面建议培养他的体育运动方面的一些特长，以后可以从事体育相关的一些专业。

主诊医师：杨文君

2018-08-07

【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我困扰就是我想回去上学，感觉自己没法特别专心的去学习，再回去上学，就是怕学不好，比较担心。
3. Z 医生：OK。现在能坐住板凳吗？就是说再坐下来学习的话，连续学，你们一节课是多长时间，45 分钟？
4. 来访者：对，45 分钟。
5. Z 医生：45 分钟能坐住板凳吗？不站起来，不是走来走去吗？
6. 来访者：就是我在家自学的話，坐下的时间不是很长。
7. Z 医生：哦。那如果是强迫你坐在这，连续 45 分钟还继续走神吗？
8. 来访者：应该不会吧。反正我做作业的时候总是爱走神，坐的时间反正不是很长吧。
9. Z 医生：哦，知道了。如果是按照现在的这个状态，你最后能到什么情况？能够高中毕业，考上大学吗？如果回去复读你现在学习属于什么情况？
10. 来访者：初中的东西都感觉忘了，高中学的东西倒是也有印象。



11. Z 医生：对，那就是高中毕业都困难？
12. 来访者：我也不知道会不会有困难，注意力集中不好的情况。
13. Z 医生：OK。吃过药吗？
14. 来访者：没有。
15. Z 医生：好嘞。你知道自己得了什么病吗？
16. 来访者：不知道。
17. Z 医生：对。我们叫注意缺陷多动障碍，ADHD，因为你没有吃过药，所以生物学治疗可以通过运动，试着用一点点药物，药物叫择思达，到时候跟你的父母反馈一下，还有的用专注达，你达到了用药标准，所以毫无疑问可以用药了。
18. 来访者：哦。
19. Z 医生：心理咨询，用认知行为疗法。社会资源得让你想办法高中毕业。为什么呢？用药物才能知道你能不能高中毕业，如果用药还不能毕业那就毕不了业了，但是如果你从来没用过药那就说明还挺有希望，至少高中毕业。你爱玩游戏，手脚比较灵光，假如体育不是很好的话，去当兵，本身运动多，锻炼好，然后你做这些，就是用这个电子操纵系统操控无人机这类的是你的长处，如果上不了大学的话，这样就会比较好。但是现在我们先不操心这个事，因为你才高一嘛，先得把高中读完。那我们很快用药，用药的特点是说 6—8 周就能知道药效，看看药物能不能帮助你。否则的话，你要直接回去上学，又是失败、又是挫折感。另外得和你父母讲清楚这个事，不是急、不是打，这没有用，我们得想办法理解你，得这个病都是这样，不能好好学习，那我们得怎么让你（变好），有体育特长那是最好，如果没有特长咱们怎么做。但现在你没有用药，所以可以先用药治一下，有的时候就会出现显著的变化。如果发现用药你的症状能减轻 40%，那你就等于可以按照正常小孩去考虑学校或者升学这事。如果用药了之后一点都没改善，或者改善 10%，那得按照现在这种情况去做，这样清楚吧？
20. 来访者：嗯。
21. Z 医生：还有别的问题吗？
22. 来访者：我注意力感觉大部分都是学习的时候不能很好的集中，就是玩或者是别的事有时候我感觉集中还行。
23. Z 医生：对的，这病就这个特点，就是玩不耽误，专门耽误正事。



ADHD的诊断特点

注意缺陷多动障碍 (ADHD)，普通人简称为多动症，主要临床表现为明显、持续的注意力不能集中、活动过度、冲动，影响学习效率和人际交往。美国《精神疾病诊断与统计手册》第五版 (DSM-5) 非常重视 ADHD 的诊断，其诊断标准与分类和 DSM-4 相比发生了重大变化。掌握这些变化对正常诊断和合理治疗至关重要。与 DSM-4 相比，DSM-5 中 ADHD 诊断标准变化主要表现在以下四个方面：

1. 发生年龄阈值的变化；
2. 对 ≥ 17 岁大龄青少年和成人的诊断条目发生变化；
3. 增加了举例或说明；
4. 排除标准发生了变化：取消了需要对广泛性发育障碍的排除。

ADHD 的临床诊断主要依靠结构化诊断性访谈中的患者自我报告；如有可能，可综合考虑其他来源（如父母或教育者提供的信息）的症状及社会功能损害的信息。仅通过神经心理学测试或检验不能明确诊断 ADHD。

近年来的研究显示，除了注意功能受损、多动及冲动之外，情绪失调及过度的「心不在焉」 (mind wandering) 是成人 ADHD 患者的常见症状。

24. 来访者的母亲：我想知道，最后给他的是一个什么样的建议？
25. Z 医生：第一，诊断是 ADHD，注意缺陷多动障碍，治疗就是继续保持运动，因为运动对他效果比较好，用药物择思达，用 6-8 周就知道它有没有效，那是不成瘾的嘛。如果是效果不好就改成专注达，给他点补充脑内多巴胺，然后看一下能不能够改善，如果改善到 40% 左右，那就可以跟正常人一样上高中、高中毕业。如果改善不到 20%，或者甚至都没什么效果，那很可能他以后上大学就是问题了，很可能就要走别的路了，学一个职业高中，当一个特种兵，他如果擅长体育就当特长。
26. 来访者的母亲：嗯。他必须得用药才能够治愈吧。用药之后最后有个什么样的条条框框，或者是规则性的，能够参照性的就说他没有问题了。
27. Z 医生：他不会没有问题，会永远有问题。
28. 来访者的母亲：嗯。生活上面能有什么样的大的影响吗？因为我看到周围的很多人都有这样的情况，可能这个就是非常天才的人，可能他的注意力是非常完美的，那在一些其他的方面，包括情商可能是有缺陷的，就是在我所知道的一些范围内，就是非常完美的人，毕竟还是特别少的，我也没有想孩子会有什么非常完美的结果去要求他，或者在人生过程中，我也不想给他强加那么大的压力，所以我就想知道，因为一旦用上药的话，**从心理上到生理上就是承认自己有这样的问题，但是他平常可能仅仅**



是一个小缺陷，现在给他判断出来，他成为一个比较大的，甚至影响将来的生活、学习、前途的问题。

关于ADHD的药物治疗

中枢兴奋剂是能提高中枢神经系统功能活动的一类药物，用于治疗多动症已经有近70年的历史，实践证明药物对绝大多数的多动症患者有效。主要类别包括哌甲酯类和苯丙胺类，中国国内目前尚无苯丙胺类药物。近十年来，美国食品药品监督管理局（FDA）还批准使用盐酸托莫西汀来作为儿童和成人的ADHD药物，相比哌甲酯类，托莫西汀没有潜在的滥用的倾向。

哌甲酯分为【短效哌甲酯类】**利他林**和【哌甲酯缓释片】**专注达**两种，也就是张道龙医生向来访者推荐的两种药物：缓释剂型的专注达及托莫西汀(择思达)。

这位母亲所关心的药物疗效，是早在1937年起临床医生就在尝试使用苯丙胺治疗儿童行为障碍时，发现中枢兴奋剂能减轻不安静并提高注意力与做事的动力，而且此后的研究也进一步证明了药物在改善多动症儿童的注意缺陷、降低活动水平和冲动、提高学习成绩，改善人际关系方面有肯定的疗效。数据显示，美国每年有60~100万ADHD儿童使用药物治疗，占据学龄人口的1%-2%，大多数年龄在5-12岁之间，现在有更多的青少年和成人也开始接受药物治疗。但什么时间具体可以开始用药，是依据患者的情况由医生临床判断、灵活掌握的部分，通过与家长（因为大多数时候ADHD患者都是未成年人）商定是否采用药物治疗。目前的通识认为6岁以下儿童由于药物治疗效果不一定好，而且有更多副作用的可能性，通常不建议使用，因此在儿童早期以行为治疗为主要的手段。

29. Z 医生：可以保守治疗，意思就是说运动、心理咨询，影响了社会功能的话就需要用一点药物，去改善这些症状。现在小孩在家里休学，所以毫无疑问影响了（社会功能）。这些病为什么说不同的家庭可能有不同的事，ADHD的小孩一般都基底神经节发育有些问题，我们看到这些家里的症状像一类的病，不是一模一样的病了。比如说你刚才说的这些表现特别像强迫一样，爸爸有冲动控制，这都是基底神经节有问题了，所以说一个家族都有类似，像一个家族的人都爱得消化系统疾病，另一个家族都得高血压、心血管，另一个家族都是有冲动控制，爱冲突、爱吵架、爱脾气大，就是说每个人都表现的不一样的了。
30. 来访者的母亲：对，在对孩子的管理上，我们两个人是参与的不同阶段，不是两个人有时候是共同参与的，比如说这一年当中可能这个月我参与，下个月他参与，或者再下个月是我参与，因为我们两个人对孩子的想法、要求是有分歧，在这个分歧过程中.....



31. Z 医生：没有，与这没关系，你今天越说越强迫了，这就叫强迫，焦虑必须要越来越多的说，这个也是一个病态。
32. 来访者的母亲：嗯。
33. Z 医生：当小孩出现这些症状告诉你，他坐不住板凳，坐在那的时候很快就容易溜号，然后搞些小动作，从上小学之前，这些就已经达到了诊断标准，小孩是这个病，与你思维状态的焦虑也是有所关联的，这样清楚吗？
34. 来访者的母亲：我还有一个想问的。
35. Z 医生：好的。
36. 来访者的母亲：用药的时候有效果，不用药它就没效果？
37. Z 医生：用药的时候有效果，不用药就没效果，但是值得试一试有没有，也不是每个人都有效果的，类似这样的病大概是 60-70%是有效果。为什么人得 ADHD？认为这是脑内神经递质跟正常人不一样，这个跟你是不是天才、聪不聪明没有任何关系，这个病不影响智力。关于 ADHD 有这么两个学说，就根据这个做出两个药。最早的认为是跟多巴胺有关，就是你的多巴胺系统不够活跃，所以它就脑内释放出一些多巴胺，认为多巴胺不够的人就注意力不容易集中，一件事我刚才还特意问你，能不能连续集中 45 分钟？答案一般是超过 30 分钟以上都有困难的人，就是可能多巴胺不够，这些药就是像刚才说的，叫专注达。但后来又发现，除了这个以外，还有一些人跟脑内的去甲肾上腺素不足有关，说会不会是跟这个有关？那好了，那就发明了第二个药，这个药是比较新的，10 年以内的，叫择思达，这样清楚吗？这个药得连续用，不能不用，如果用上副作用当然就可以换了，没有副作用的前提下，一般都用到高中毕业。

ADHD 的药物治标不治本吗？

像本案例中母亲提出的这个问题一样，通常我们能够观察到药物治疗对儿童的行为层面有立竿见影的效果，可一旦停药，各种症状就容易再发，所以不少人觉得药物仅仅是使儿童镇静，就像服用安眠药，仅仅是控制症状而不是治“本”，而我们在这里用糖尿病患者使用胰岛素来举例。糖尿病是由于躯体内缺乏胰岛素而不能分解吸收体内的糖分，需要补充胰岛素使人体的糖代谢保持正常，这种补充也是不能中断的，但功能恢复本身就是对“本”的治疗。对多动症的大量研究证明，药物能够增加大脑活动水平及觉醒能力，维持工作效能，保持注意力并抑制不必要的冲动，使儿童的行为符合社会规范，培养良好的行为方式，避免自尊心受损，从这个意义上说，良好的行为方式就是儿童心理健康的“本”，而药物正是可以从这个层面帮助到儿童。



38. 来访者的母亲：我想有个疑问，[这个药曾经出现过什么副作用？咱们了解吗？](#)
39. Z 医生：那可以上网去查了，副作用特别多，有上百种，就是上网一找就知道，但是在市场上有那么五六十年了，各种副作用都报告过。
40. 来访者的母亲：我就是想了解得更具体，咱们现在的医院采用的药肯定不是很多家公司在生产的，比如说您提到的那两款类型的药，一定是一种类型只给用户有一款药，另外一种配合起来，或者两个一起要给这个病人使用，另外一款也肯定是一家生产的，还是说好几家生产的？我就[仅仅是想了解这两款药有没有副作用](#)，我是针对性比较强的，不想了解整个大类型的，因为这么大的类型，或者这么多家生产的药不会全部用在孩子身上，我[重点了解用在孩子身上的是哪家生产的，有没有对于副作用方面进行过研究，或者临床的验证，或者是这些方面的应用情况，想了解。](#)
41. Z 医生：对的，你得自己去查了，会诊没有办法给您提供这种详细的药物的信息。上网一找就知道。常见的副作用，因为它是相当于补充去甲肾上腺素，有的人出现焦虑的反应，有的人出现胃肠道的反应，不同的人出现各种不同的反应，你用了就知道了，每个人都不一样。
42. 来访者母亲：我知道在网上能查得出来，网上虚得东西太多了，我们都能看得见也判断得出来，[我就想咱们作为医院给客户建议的这两款药有没有进行过使用过药效的追踪什么的。](#)
43. Z 医生：这两种药都是上市多年的药物，一个有 5、60 年的历史了，让文君医生给你.....
44. 来访者的母亲：嗯，我就是想知道，[厂家的说明书之外，还有咱们医生的看法](#)，我们了解到的情况就是另外一方面。就像销售的人员他去销售一款产品，对说明啊，包装上的印刷是一回事，但是当卖给消费者后，消费者的感受就是另外一回事，所以，我想知道医院对咱们患者[建议的用这两种药之后，出现过怎么样的情况。](#)
45. Z 医生：对的，这些副作用在每个人身上表现的都不一样，常见的比如有人头疼，有人焦虑，有人影响睡眠啊，有人有食欲影响，有人也什么副作用都没有。大概可以说到这个程度。我们既不给您开药，也不代理这个药品，建议您用需要了解的话，在网站上就能够查到相关的信息。如果出现这种现象，再来和医生讨论到时该怎么办。而不是当药品还没有用的时候就花一小时来和医生讨论可能发生的或不发生的事情，甚至您都选择不用药的前提下，来讨论副作用，因为我们既不是讨论药理学的事.....（被母亲打断）



46. 来访者的母亲：没有，我没有想讨论药理，我想知道已经出现过的一些结果，咱们能不能反馈给我们一点点，我不是想知道药理。
47. Z 医生：我再说一遍，这些副作用在每个人身上表现的都不一样，常见的比如有人头疼，有人焦虑，有人影响睡眠啊，有人有食欲影响，有人甚至更严重还影响心脏。大多数时候往往西药用起来只要没有禁忌症，那就可以先试用，在用药的过程中出现了问题再和医生来讨论，因为药物的副作用也不是一宿就突然产生的，是逐渐使用的过程中感觉自从用药以来 24 小时睡不着，或者心跳加速等，而不是预先来讨论。看出来您是很焦虑的……（被打断）
48. 来访者的母亲：是的，现在的社会，有很多事情都让人很焦虑，工作，自己的能力，和自己能力释放出来的反馈等等，我想很多都不是药物能解决的，除了药物您建议说能帮助孩子在人生道路上能顺畅一些，还有没有其他类似于**不服药**，而通过运动或训练来帮助他的。
49. Z 医生：轻度问题的话运动是有效的，但对您的孩子，如果是刚开始小学的时候调皮什么的的可能可以，现在他已经高中了，注意力不集中影响的都不能上学了，属于中度左右的问题，只靠运动的效果就可能不好了，需要“运动+药物”效果会好一点，因为他会因为学习跟不上受到同学老师家长方面的心理压力，咨询可以帮他改善一些。社会方面让他给自己的未来找一个出口。这样生物心理社会的来帮助到他。作为 30 年资的老医生，我们不是为了卖药或别的什么，而主要是给你临床建议，和你讨论在这种情况下该怎么办，我们并不强迫你做任何事，做或者不做都取决于你们了。ADHD 最主要的问题就是在影响学业这件事，那你可能会想 50、60 年前、一百年前没有这药的时候得这个病的人都是怎么过的呢？主要现在都是基于教室的学习，而在古代或者过去人们从事的都是打猎、农业等工作，不需要太高的注意力，现在基于教室的学习之后就会突显出注意力方面的问题，所以现在就认为这是一种问题了，不然学业跟不上，上不了大学等等就会有困扰，社会条件方面当然如果从事打猎、运动这类体力方面多的工作也不是太大问题。那在国外著名的“飞鱼”菲尔普斯他是从小就被当小学校长的妈妈发现有这方面的问题，所以让他去游泳，相当于行为训练，那是从早期就开始这样做是可以的。轻到中度的话可以通过行为治疗，但是如果像您的小孩这样中度以上，就需要行为治疗+药物来进行干预。他现在这样总会有挫折感，自尊心受打击等等。但是我们也只能是说他达到了用药的标准，只是建议你们怎么做，不卖药。



50. 来访者的母亲：我们孩子不管是智力高低，优缺点等等我是希望他成长的过程中不要那么痛苦，但是这是我的愿望，未必能实现，因为因素太多了。孩子在以后的成长过程中，我们作为家长一定不会要求他和别人比，要比别人好，我相信我们孩子有自己的想法和对自己的要求，我只是希望他能在自己是个快乐的人生，健康，同时我非常想的在这个药物上，**孩子能在什么时间段内知道，有什么具体的方面能反应出来就知道这个药能帮到他。**
51. Z 医生：不给孩子压力，希望他快乐成长这当然是好的，高知的家庭才会如此，但对于青少年来说往往是在同伴或老师的眼光当中认知自己和接纳自己，他是需要来自外界的认可，还不仅仅是父母给不给他压力的问题，而这个病导致的结果是别人可能对他有看法；另外他这个问题会使他连 45 分钟的课都不能坚持下来，那这个药可能能够减轻他的极限，4-8 周分别都会让他感觉到不同，作为他自己能够感受到药物对注意力和多动两个问题的帮助，如果药没有带给他改变的感觉。
52. 来访者的母亲：哪怕是以前大家对心理因素了解还不那么多的时候，我们经常看到很多小孩在学校会受到老师的批评，或者他的行为会和教学模式和要求等格格不入的地方，但社会和家长都会给孩子说并不是说要一直得到大家认可的行为才是好的。我想咱们有没有一种方式是说，这孩子这两年没上学，学校的老师是基于一种或者两种模式来判断孩子。比如这个孩子这两年没上学，现在已经认识到要去上学了，他进入这种想要去上学的状态了，也不打游戏了，这他已经做到了，也不止一次的跟我们说，**他是有意识要去管理、控制我自己，去做有价值和有意义的问题了。**
53. Z 医生：这不是他意识不意识的问题……（此时男孩也想到说话，被母亲打断两人）
54. 来访者的母亲：我再接着讲啊，他到 9 月份开学，**如果通过自我控制，通过自我调节看看自己到底能不能适应学习生活**，因为我们在不同的年龄，不同的阶段看待父母一些有价值的建议啊……（医生试图打断话题，但未果）有的时候过程中一些其他对自己的一些行为或者是训练、约束也可能对自己的行为有改善。
55. Z 医生：如果您是要来和我讨论呢，我们可以再找时间，今天如果是想听我们的意见，接受会诊，那您需要听我们的判断。现在孩子的这种状况通过意识是不能控制的，他的情况不是一天两天，都已经 5-6 年了，如果开学他愿意通过自己的努力再去试 1-2 个月，哪怕是半年我都认为是没有问题的，总之不要耽误太长的时间。毕竟年纪上他也大了一点，但是 ADHD 的问题在于注意力不集中，很有可能就是别人说的话他记不住，老师讲完 45 分钟的课他只能记得 15 分钟的。如果说他开学之后听课、成绩都没



有问题，那当然不用用药，还是那句话，我们不是药品贩子不是为了卖药，你可以给他时间看看情况，但得给他一个限度不耽误他的前途，给他一个时间段来看，不能是无限度的影响他。孩子的爸爸的什么问题吗，还可以问问。

面对诊断母亲的抗拒与矛盾

多动症的诊断不同于一般的儿科疾病检查，通过了解病史、体格检查，再加上照X光片，验血等一系列看得见的指标来得出一个有具体参数的“疾病”，包括儿童精神医学在内的精神医学整体范围还未达到精确诊断的程度，更多的是依赖于观察、综合父母、老师的意见而得出，使得诊断具有一定的不确定性，因此面对多动症的诊断，不少父母会表现出复杂的内心感受。

在这个案例里我们虽然没有听到母亲对诊断本身有明确的说出“拒绝”二字，但对医生给出用药方案的质疑、表现出担心药品对孩子带来的副作用等，这其实都体现出母亲对**需要用药**这一现实的抗拒及不接纳。即使在听到医生耐心的几次对药物可能产生的副作用进行解释后，仍试图通过“孩子成长后明白自己要做什么了，不要做什么”、“自我控制”、“学校有其他的评价标准”等等来规避用药这件事。

一如案例中张道龙医生反复强调的，药物治疗会使注意力不集中或多动的问题得到改善，但对于由于多动症带来的其他问题并不一定都是“药到病除”，也只是综合治疗中的一部分。药物治疗最大的益处是在控制症状，使得教育工作和心理治疗得以正常推进，因此医生一再强调并不只是药物治疗，但我们会发现母亲对于其他的部分。完全没有办法关注到，这与我们文化当中“是药三分毒”的传统思想有所关联，也与母亲对于ADHD整个病症了解不足，认识不足有关。

56. 来访者的爸爸：您说的这个“试试”，是指一开学就吃药 1-3 个月呢还是说这个期间可以不吃药先试试看他上学的情况？
57. Z 医生：因为刚才妈妈整个听起来是比较担心这药的副作用，所以咱们可以先不用服药试试看，因为一开学马上就是听课，考试这些，他休学一、二年了，那如果回到学校也能跟得上，考试也没有问题，那不用药当然是可以的，但如果不够理想，行为方面感觉还是不能集中，那就值得试着用药了。因为妈妈看起来非常焦虑嘛，我能听得出来，所以这样的我们就给他一次机会去试，因为你既想让孩子能够尽量不用药物，我听得出来后边的这个主题了，但是你也不想耽误他，这两个之间要一个权衡，这好像都没有最好的答案，但是**两害相权取其轻**。我们看过类似的病人比较多，不希望他又去失败，最后都是挫折感，上学就总有问题。



58. 来访者的父亲：好。
59. Z 医生：尤其得等他正常的高中毕业，最低的在咱们国内得高中毕业，不高中毕业其他的事就麻烦了。男孩子还有什么问题吗？
60. 来访者：您刚说试那 1-3 个月，其实我这段时间自己在家复习之前学过的那些东西，试着学一下之前忘了的那些东西，发现还是不能集中精神。
61. Z 医生：是的，但是**我们得让妈妈百分百的相信，百分百的确信，那就让你在真正的考场上试试**，因为也许是家里的环境的问题，比如分心的玩具很多什么的，所以给妈妈一种叫做 benefit about 的意思，看看你认真的上课，读书学习，能不能赶上同学们，因为你是复读，所以至少应该能赶上一半的同学了。如果不能那也让妈妈“死心”了。如果说在这里那妈妈是第一爱你的，爸爸是第二，所以对自己的孩子总是特别关心，所以为了降低她的焦虑，给妈妈机会读一读那两种药品的情况，她了解一下让她接触一下。**所以我们得需要让妈妈尝试接受一下，降低她的焦虑之后再考虑怎么办。**清楚吧。
62. 来访者的母亲：好，没有了。
63. Z 医生：好嘞。

医生的角色：

本期案例最为打动人心地方，其实还不仅在于医生很快的诊断或者明晰的给出用药方针的部分，恰恰是24段患者母亲开始大段的提问、申明、解释，这种不可停止的表达通常不怎么受临床工作者的欢迎，因为其中传递出对不信任感令人不快。而督导医生通过对提问的回答一方面解答母亲对药物及其副作用的担心，更多的是看到母亲长期以来高焦虑导致的强迫思维，这些焦虑既可能是男孩ADHD来源的遗传性因素（33段），也促使母亲对孩子的困难更加因爱而惧（61段），督导医生分别把这样的信息也传达给了家庭成员，所以，医生一直耐心回答着这位母亲重复的、哪怕是有些烦人的问题，并没有站在一个居高临下的位置上“下诊断”或“下处方”，甚至看到母亲的状况之后更加开放的选择向这个家庭的父亲也开放话题，尝试接纳家族中可能存在的其他疑问，并告诉他们治疗没有绝对的“好坏”。尝试推动父子从母亲的角度看到问题，共同面对困惑——不仅是男孩的症状，还有母亲的高焦虑。从而引导父亲及孩子也不要仅仅是急于“治疗症状”，更要关注到家庭当中母亲对于儿子ADHD多年来的纠结及感受。用药总是**两害相权取其轻**，家人达成对疾病的共识再用药，缓解症状之外也有可能处理好由于关系所产生的矛盾。

这样的督导过程事实上也是对于ADHD家族非常重要的一步——家族环境是患者启动治疗的必要保障，建立良好的治疗同盟，设立合理的治疗目标等等皆由此起步。



【督导总结】

精神障碍当中很多症状都是跨界的，来访者妈妈表现出的强迫思维，感觉是怎么说服都说服不了她，但是她还是有现实感的，还能停下来去有逻辑的想一想，只是非常难说服。小孩的临床表现也符合 ADHD，这两个病从定位来说是有关联的，所以变成今天这样。男孩的诊断是 ADHD，更多的像是来自于妈妈，越是能够从症状、从遗传多方位的观察及概念化，你就越能可靠的诊断它。但妈妈绝无坏意，我还特意说了一句话，“在这个房间里最爱你的一定是妈妈，其次是爸爸”，所以咱们要想办法让妈妈的焦虑能够得到一定的照顾，但是到最后男孩不能耽误自己的前程。

【现场答疑】

【问题一】在昨天的访谈当中他们提到说这个孩子如果做他自己喜欢的事情，特别是打游戏，可以持续将近 10 个小时，ADHD 的人玩他自己喜欢的游戏注意力可以集中到这么长时间吗？

督导回答：ADHD的特征就是患者做自己喜欢的事就显得没有病，持续24小时也没有问题。

【问题二】面对这样一个患者的话，其实想到说他们可以尝试做家庭治疗，但是后续访谈到妈妈的时候，面临妈妈的高焦虑状况，让人很犹豫，因为会担心做家庭治疗反而会使治疗的方向偏移到解决妈妈的焦虑上，反而没有解决孩子的困扰。

督导回答：不是这样。一定要把主要对象改善了，获得了她的信任再说其他的问题。专业答案叫**建立治疗关系，建立信任关系**，治疗关系的基础是信任关系。现在人家的孩子没治好，又说他妈有病，完了说他爸爸也不正常，人家会想“你这个医生想干啥？”所以一定要知道顺序——小孩必须见效。他妈妈说：“这学期成绩马上就好了。什么情况？这小孩到底怎么回事？”那时候我再说：“这有一部分跟你的遗传有关，你也有点问题，哪天感兴趣了，可以聊一聊，治一治，评估一下。你这么强势这么晚才来给小孩治病，都已经耽误了，就是因为你那种强势，听不进去，连我的话你都听不进去，更不要说他父亲了。”这样她才容易相信。现在你说什么她都不能信，是这个原因。

【问题三】在访谈的时候，这个孩子说到，他有一些说谎的情况，比如不去上学，跑去打电游等情况。我疑惑他是不是已经有品行障碍？

督导回答：品行障碍的诊断标准得是经常欺负别人、连偷带摸，不只是说谎，有的时候说谎是为了满足自己的某个行为，比如说我想买一个化妆品，妈妈不给我，我就说老师要集



资或要做点公益项目来向妈妈要钱，这不能叫品行障碍，是没办法，妈妈不同意，我只好对付她了，意思说不那么恶劣的谎言。品行障碍的意思是欺负同伴，利用他人连偷带摸，破坏公物等等，没有达到这个程度不能叫品行障碍。

【问题四】如果 ADHD 也确实也有品行的问题，那么像这个孩子现在 18 岁了，还需不需要去做共病诊断？

督导回答：ADHD 最常见的就是品行障碍，所以如果有品行方面的问题，就要做共病诊断。但要知道为什么容易出现品行方面的问题？机制在于第一，他注意力不容易集中，学习起来并不容易，而青少年最主要的评价内容就是学习，学习不好就容易做其他事情，比如开始跟和不良少年们去玩等。第二，他有冲动控制方面的问题，比如喜欢上网甚至可能赌博，别人可能还能把握个“度”，而他当然容易一下就玩过火了。所以说 ADHD 和品行障碍的共病可能是这样的原因，都是基底神经节不好 ADHD、强迫症，间歇性暴怒、还有冲动控制障碍都基底神经节方面的问题。单说这疾病自然的发展过程，ADHD 容易伴品行障碍。

但在这个案例当中，这个小孩似乎不容易成为品行障碍，原因就是强迫的人容易是真理的洁癖，妈妈能容忍孩子学习不好，在家里休学，但不能容忍孩子去偷别人家东西、欺负别人小孩，所以这样的家长反而能看住孩子。父母是高知人群，小孩一般不犯罪，只是可能也好不到哪里去，所以就产生出矛盾。妈妈对男孩的管理可能不至于有品行障碍，但是不会是对他的病有什么好处，因为越没有弹性的父母，孩子的 ADHD 会越重，是因为他没有办法处理注意力不集中的问题，就只好玩游戏。玩游戏在我看来更多的像一种逃避，因为妈妈控制他，他能控制的是游戏角色什么的，更像是种应对机制。

问题五：如果来访者在注意力缺陷和对立违抗方面都有症状表现时，对评估他的 ADHD 的程度和预后有没有什么具体的意义？

督导回答：有意义，就是对对立违抗或者品行障碍这类的，都说明预后不好，这都已经泛化了，那就说明你这 ADHD 已经除了原始的这个病以外，你已经继发这些不好。如果是说，品行障碍跟对立违抗比，那当然对立违抗好于品行障碍，品行障碍跟反社会人格相比，品行障碍好于反社会，是这样的。什么事加品行都是不好的表现，我这中间再加上吸毒那当然不好了，共病越多，越不是好的表现。我们现在给他一个机会，因为考虑到父母的情况，精神动力，考虑到他没有用药，所以我故意不给他说明重，给年轻人一个机会，不多给他打标签，但是经过一段治疗还这样那就麻烦，或者再告诉，到学校第二天偷东西，你就可以下诊断，这小孩确实有品行障碍。如果他能意识到这些事，努力在变好，那就尽量给小孩好的评估，而不是坏的。



访谈理论篇

2019年9月起，由肖茜博士主讲的美利华中美班图书馆案例导读课程于每周四下午三点开播。每期当中肖博士花费大量时间重新翻看美利华视频图书馆把过去2年多来同类型典型案例以划重点的形式进行仔细回顾与总结，请大家借鉴肖茜医生2019年11月7日关于《注意力缺陷/多动障碍》的总结对照本期期刊中的精神医学访谈案例，借助文字及案例中对同一诊断的各案例所呈现的核心特点再次学习与体会，加强理解与记忆。

注意缺陷/多动障碍

主讲者：肖茜医生

注意缺陷/多动障碍（又称多动症），

◆ Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD

◆ 以与年龄不相称的注意力不集中、多动和冲动为主要表现，并伴有各种共病的常见行为障碍。

附：DSM-5诊断标准：

A. 一个持续的注意缺陷和/或多动——冲动的模式，干扰了功能或发育，以上述 A1 或 A2 为特征。

A1. 注意障碍：6 项（或更多）的上述症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。

A2. 多动与冲动：6 项（或更多）的上述症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。

注：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成年人，至少需要这些症状的 5 项。

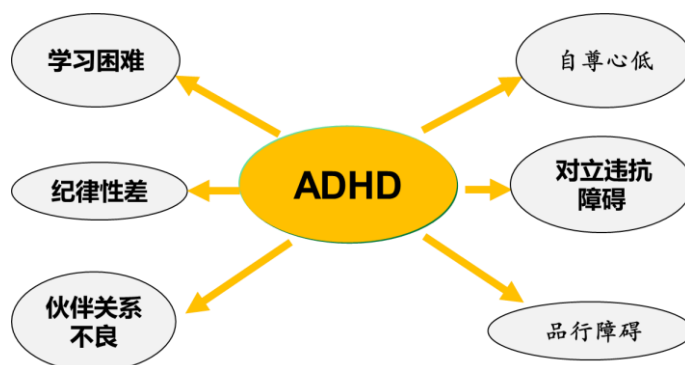
B. 若干注意障碍或多动——冲动的症状在 12 岁以前就已存在。

C. 若干注意障碍或多动——冲动的症状存在于 2 个或更多的场所（例如，在家里、学校或工作中；与朋友或亲属的活动中，在其他活动中）。

D. 有明显的显示这些症状明显影响了社会、学业和职业功能。

E. 症状不是由精神分裂症或其他精神病性障碍引起，也不能由其他精神障碍来解释（如心境障碍、焦虑障碍、分离性障碍、人格障碍、物质依赖或戒断）。

◆ ADHD带来的功能损害



ADHD的概念化要点

- 1、遗传：父母可能有ADHD，父母可能存在基底节发育异常的提示(如OCD症状、冲动控制问题170725)
- 2、发育过程：孕期、出生或发育过程中产生的大脑的基底神经节等脑区的发育异常
- 3、**注意力缺陷**是从小出现（特别是小学入学后）的突出的问题，和同龄人比较有明显异常，比如作业拖拉，在2个场合以上多动-冲动表现。
多动症状如：小动作多，坐不住凳子，离席走动，不停扭动，物品随意摆放，作业难以按时完成。
冲动控制问题：发脾气，插话，打扰同学，拿同学东西，不遵守纪律，没有耐心，不能等待，与家长作对、冲突多，老师管理困难。成人可能以注意缺陷问题为主
- 4、在有筛选压力（学业压力）增加的情况下，出现注意力突出的问题，成绩下滑。
- 5、从小开始（甚至可从幼儿园开始），有一些发育晚的表现(如语言、运动等)，并开始出现多动和注意力问题。病程中以ADHD问题为主，智力没有问题。
- 6、因为患儿容易冲动和父母的冲突多。导致父母养育环境中打骂居多。
- 7、社会功能：影响社会功能、学业表现、甚至导致休学。
- 8、家长质疑的点：对感兴趣的事情能够集中注意力（如电脑、手机、兴趣爱好等）；对需要专注的事情注意力难集中，没有耐心。
- 9、共病：ADHD→对立违抗障碍（不听从指令、厌学）/情绪问题/成瘾问题→品行障碍（偷拿东西）→反社会人格障碍（毁家庭和社会）
- 10、转归和预后：随着年龄的增长，到成年（18-21岁）逐渐好转，部分患者可能还保留了注意力缺陷（成人ADD更多）。但是有合并症的预后不佳。

治疗方案：

1、**生物方面**：每日30分钟以上运动、减少冲动性：游泳、棒球、足球。不做那些需要高专注力的运动（如乒乓球）

药物选择方面的决策考虑：

（1）兴奋剂（能加强大脑皮层“司令部”控制下游“基底节”的能力）。对注意缺陷和多动的问题都有效。可能影响睡眠和食欲，可减肥。至少服用到高中左右，不会治愈，是缓解症状。对运动员是禁药。1月左右起效



- 长效哌甲酯（专注达）
- 短效哌甲酯（利他林）：170725食欲特别差的患者，选择短效制剂（每日分2-3次服用），减小冲击。

*若用药后食欲下降，可选择晚上喝高能饮品（如服用术后补充能量的食品）。

*药物的成瘾性顶多是烟草水平，服药决策的原则是利大于弊。

(2) 托莫西汀（择思达）（去甲肾上腺素再摄取抑制剂），用于注意力缺陷为主型。合并抽动症的患者选用。6-8周起效。效果不如哌甲酯。对情绪有一定调节作用。少部分可头痛、胃部不适、血压、焦虑180728

(3) 安非他命（比利他林效果更强，但成瘾性更重）

(4) 安非他酮（弱）

(5) SSRI：合并有品行问题，冲动控制问题的患者可合用190221。继发抑郁情绪的情况，使用治疗ADHD药物效果不佳的情况下，再加抗抑郁药180728

2、心理方面：

- 认知行为疗法（CBT）：不是父母不爱我，和我的疾病有关。我是疾病导致（正常化），不是我是坏孩子。隐瞒病情，会导致孩子不能理解自己为何有行为问题，反而引起挫折感。
- 心理健康教育：精神障碍的人不是棍棒出孝子，责备多了，自信心会下降，容易“习得性无助”、厌学，人生就耽误了。根源是大脑内部问题，所以外部约束无用。先治病，再复学，否则都是挫败感。随着年龄增长，压力更多来自于同伴和老师。成年后自发好转，但之前会继发一系列问题（情绪、品行问题、厌学、自尊心下降），导致孩子人生被耽误。很多疾病会要终生服药，ADHD一般不需要终生服用，仅仅发育阶段服用。西方人把病情告诉周围人并取得理解，这些做反而增加理解，看到每人都有优缺点。在美国一旦诊断ADHD所有考试延长1小时，证明此乃发育的问题。避免过多玩电竞，把脑力都耗竭了，学习就困难了。
- 动机面询：菲尔普斯“飞鱼”的例子，调动运动的动机。
- 积极心理学：理性的家长是孩子预后好的因素。不是智力问题，成年后能够赶上来。

3、社会方面：融合班，特殊学校，提高自信心。去“军事化管理学校”无用。





精彩案例解析

- ADHD共病物质使用障碍共病适应障碍伴抑郁：180728
- ADHD共病品行障碍190221
鉴别：破坏性心境失调：是否存在无缘无故地易激惹，平日的心境如何？
- GAD181114: ADHD是从小的神经发育异常？整体模式是什么？

华佑美利华热线开通啦！

在这场你我共同参与的疫情大战中，
如果困顿在家使你感觉焦虑惶恐，
如果你有家人奋战在医疗前线，你日夜牵挂，
如果你就是那逆行英雄中的一员，
不愿让普通人知道你的心伤，
请拨通 **4000-218-718** 来找我们吧！

风雨同舟 共渡难关

华佑 & 美利华 心理援助公益平台

援助电话：4000-218-718

服务时间：8:00-22:00

400余名心理咨询师和精神科医生
面向社会提供心理帮助

发起单位：美利华在线健康大学&北京华佑医院
/ 网址：www.mhealthu.com /



心理学人

赞美归赞美，请不要让医护人员真的当天使

——疫情下的医患关系思考

作者：王剑婷

【引言】

我不是医生，写这个话题自己够不够资格，其实内心犹豫，尤其在这样的时刻——全国的医生正在这个冬天从职场被封向神坛——天使、最美逆行者、英雄等等，溢美之词从四面八方而来。可是，没有这场战疫，我也打内心敬重这个职业，因为医者是我们在世与离世间的一道屏障。他们的职业本身充满了矛盾与不确定性，这种压力通常是我们平时容易忽略，特殊时期才有所感受的，一份职业却天然带有这样的属性，天天月月年年主动也好、被动也罢的面临着死与生的考验，又岂是这突如其来的疫情才使他们“变得”伟岸？

他们说是决心，我们说是压力

去年冬天里有次儿子发烧，周末带去社区医院验血。时值流感高发期，人的确很多，排队的家长们逐渐愤懑，有些人开始抱怨着：“星期天们医生还休息，不知道大家只有周末有时间吗？”而且一呼多应，场面一度火药味十足，我站在队伍当中感觉哑然。长期以来，医务工作者被冠以“救死扶伤、妙手回春、舍己为人、兢兢业业、悬壶济世”等美名，仿佛医护人员无所不能，就是一群不食人间烟火，大公无私的“天使”，人人都得是活雷锋。可实际上，医护人员也是普通的社会人，也有亲戚朋友，也要吃饭买房，也要娱乐休闲。医学上别说什么新型的冠状病毒，我们有太多太多现有的疾病还没有攻克，“常常去安慰，偶尔去治愈”才是真实情况。

医疗，在国内作为事件常常见诸报端。去年 11 月两位医生在飞机上为一老年旅客紧急排尿，因为缺乏必要的医疗设备，非泌尿科的医生选择紧急处理用嘴吸尿，在 37 分钟时间内不间断为患者吸出尿液，吐到杯中。

再稍前些时间，西安人的朋友圈里疯传一组照片：一个 9 岁的小女孩躺在手术椅上，第四军医大学口腔医院牙体牙髓科医生跪地为她进行手术。农村患儿，大医院名医生、跪地手术……反差巨大的照片一出，立刻获得一片赞誉。该手术也因跪地手术也被称为“最美的姿势”。



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



我推测在那样的情形下，大约医生们更多的是出于职业的本能或临床的需要，本无做秀之心。看到后续报道的确“吸尿医生”在采访中说，“患者由于长时间膀胱膨胀，轻轻的按摩压力还是不足以让尿引出。在尝试吸了一下后，发现能吸出来，但是不会不停地流出。由于时间紧迫，需要赶快帮助排尿，而且当时病人感到疼痛，比较躁动，好不容易穿进去的管子担心脱落后第二次就穿不到。所心想到赶快用嘴把尿吸出，是一个实属无奈的情况。”作为非泌尿科的医生遇到多年也不接触的专科性质工作，哪里来得及设计什么场景，那句“担心……赶快”已经能说明他“临床”的心理活动。

跪地手术的医生说：“这本属于一起普普通通的手术，本身并不是多大的事，换成其他专业的医生，也可能这么做，因为这个姿势最方便手术作业。”

职业态度是个人对所从事职业的看法及在行为举止方面反应的倾向。肯定的、积极的职业态度，促进人们去钻研技术，掌握技能，提高职业活动的忍耐力和工作效率。职业态度的形成是从业者对相关职业知识的吸收，职业需要的满足，所属群体对他的期待，以及职业实践获得的体验等因素综合的结果，得来并不容易。**所以在医生们的临机应变中，我们夸大的是我们自己想看到的東西，而不是他们展现出来的专业人员所具备的职业态度。**但我们对医生的职业态度的期待还要上升到了道德层面的“奉献、高尚、万能”，那就容易提出不切实际的要求。比如小到节假日“不该休息”、大到遇到紧急事件需要“舍己为人，舍生忘死”，久而久之就会让我们误以为，这些普通人一生也未必做得到的道德成了一个职业的标配。这些不尽情理的、在想象中放大的要求越多越容易让我们不理性，因此当你看到他们普通的一面、不再万能的部分，不由自主就会认为被蒙蔽甚至被欺骗，愤怒出离。

其实离开医疗，捧杀与棒喝之间的不公也并不鲜见。几十年来国足赢个出线赛球迷就要感动到又哭又嚎，国乒没有拿回大满贯就要向国人道歉！捧杀捧杀，捧时不由你推辞，杀时也不问青红皂白！所以今日，对医护者们不遗余力的赞美谓之为“捧”，会日复一日加高人们对于这个群体的道德要求，这种一厢情愿的捧最终会在某个不理智的家伙没被满足的时刻爆发出来，像子弹一样直抵向“杀”。19年12月24日平安夜，因为救不了自己95岁老娘，55岁的儿子割喉杀死了北京民航总医院的医生！疫区的感染者死者家属打伤求助的医生！那些屡屡出现的伤医杀医，何尝不是因为这份滴水石穿的道德绑架……

所以，这次疫情危急时刻医生们像战士一样带着不破楼兰终不还的决心写下请战书时，我更愿意想到他们身后的父母亲人，带着看家书的心情，回复说：



“见字如面。彼此尽心尽力，胜与不胜，唯盼诸君平安归来！”

中国式的医患关系

放眼日常生活中，中国的医患关系也已是非常困扰国人的一件事。从患者角度而言，对社区医院，甚至普通的二甲医院也不能放心，小病不敢小医，于是不管什么头痛脑热大家全都涌入三甲医院，导致我们任何时候在医院看到的都是“患多医少”。患者在承担着日新月异的新型技术与药品所需要面对的昂贵医疗费用的同时，总是遭遇人山人海“看病难”的现实，感觉得不到更好的服务，焦虑、不满自然不断地堆积。

作为医生，去小医院没人认可，没有职业成就感，而一旦进入大医院，人山人海的现状不但无法凭一己之力改善，更被迫处于体力上的超负荷运转，承接患者们复杂的情绪而得不到相应的保护。加之制度所致，对于临床医生的评价体制基本忽略了临床的技术含量。累，却同样换不回职业成就，甚至经济上也得不到与劳动和风险付出对等的报酬，更变相导致以药养医等问题加剧，令患者对医生诊断和治疗的质疑增大。

加之恋生恶死的文化，国人对医疗昌明的过份依赖，公众对于治疗的期望是只能“活着离开”，遇到要是死了人或哪怕是听说治不好就认为是医疗事故，是医务人员不负责任！所以，医生们面临的医学的局限性及疾病发展的不可预测性，如何使大众能够冷静、理智的面对都是当今我们全社会正在面临的问题。

种种制度上的，认知层面的，科学精神上的局限，使得医患关系时而像一对战友，能够同仇敌忾，同为病症而苦斗；时而像一对情侣，情绪暴发，一方傲慢而一方偏见，使得关系形同水火，最后患方伤亡，医者也并不得胜。

理想的医患关系是什么

美国医生葛文德在《最好的告别》一书中写到这样三种医患关系：

家长型。这是医患关系中最古老，也最传统的模式。医生作为医学权威，目的是确保病人接受专家认为的对病人最好的治疗。因为医生才具有知识和经验，所以在医疗中负责做出关键抉择。“如果有一粒红色药片和一粒蓝色药片，我们会告诉你：吃红色药片，这对你好。”在这种模式下，即使还有蓝色药片可选择，但他们也可能不讲。医生通常只告诉患者那些他们认为患者应该知道的东西。葛文德称此为“祭司型的、医生最明白”模式。虽然经常遭到谴责，但目前仍然是各国都还普遍存在的医患交往模式，尤其对于那些地位更弱的群体——虚弱的、贫穷的、老年的以及所有容易听从指令的人。



第二种模式被称谓“**资讯型**”。这种关系模式同家长型正好相反。医生告诉患者所需要的事实与数据，其他一切都由患者来做决定。还是上面那个红色与蓝色的药片，医生会把所有的风险与作用都告知给患者，然后，等待对方做出选择，葛文德称此为“**零售型关系**”。医生扮演着是技术专家的角色，而病人就像是普通消费者。事实上，在实际生活中我们也能听到患者把自己称之为医院的“客户”或“消费者”（如本期访谈中少年的母亲就用到这样的比喻）。仿佛医生的工作就只是提供最新的、最有用的知识和技术，而病人像消费者听了导购的诱导只用做个选择题。要知道，越是在复杂的医患关系之下，会促使越来越多的医生不得不成为这样——当医生不得不为不确定性而背负实质上的责任，比如在经济、法律、职位等各方面受到做决定的影响，那这种资讯型的关系就会越来越受推崇，尤其是在选项清楚、得失明确、人们偏好确切的情况下。医生们不得不让自己把技术更新当成法宝，对科学和数据奉若神旨，而**对病人或者说对人的了解和关注度越来越少**。作为患者，你的眼前会被呈现所有的检查数据、药品说明书、手术细则和风险说明，然后，瞧吧，你就拥有了那份完全自主的选择权！！

事实上当我写下来你会发现，以上这样的两种关系都有着不言自明的可怕。那不是我们这些非专业人士真正想要的。作为普通人，一方面我们渴望了解信息，另一方面我们无法真正在这些复杂的数据和逼仄的现实面前冷静的做出裁决，越是重大决策面前，我们不但需要的是信息，更需要的是指导，甚至是主心骨。为此葛文德医生在书中介绍了第三种医患关系，即“**解释型**”关系。

在“**解释型**”的医患关系中，医生的角色是帮助病人**确定**他们想要什么。解释型医生会更愿意倾听来访者的顾虑，并真正关心他们的那些担心与焦虑。这样的医生会向患者介绍红色药片和蓝色药片的异同，并告诉患者哪一种真正能够帮助人们实现那些优先想达到的目标。这种“**共同决策模式**”被认为是医生同病人协作的好办法，但这在我们每天看近百个病人的中国医生那里想要实现一时之间似乎还很困难……台湾的张心湜医生在他的著书《医者之心》中说，“**你懂，病人不懂，而你无法尊重与体谅病人的不懂，就是知识的傲慢**”。其实更多的时候，医学本身的深奥，令许多医生穷其一生也只感叹作为人是管中窥豹或者只能是对自己专注的领域有一些了解，医生们自身在不断地反躬自省，究竟如何更好的履职？对于我们这些非医学专业的普通人，是不是更该思考一下，你想象中要掌控的，是要在短短的就诊时刻领会医生们说的全部名词吗？做不好这些抉择的时候你还能做些什么？



让危难变成医患关系改变的契机

复杂如医疗问题，远不是我一支笔，四千字能够说明白的，但透过这声来势汹汹的疫情，全民在家闭关，也足以让我们有时间静静心，想想我们究竟作为成年人，作为社会当中的一份子，如何思考，如何行事，如何自处以及自律。

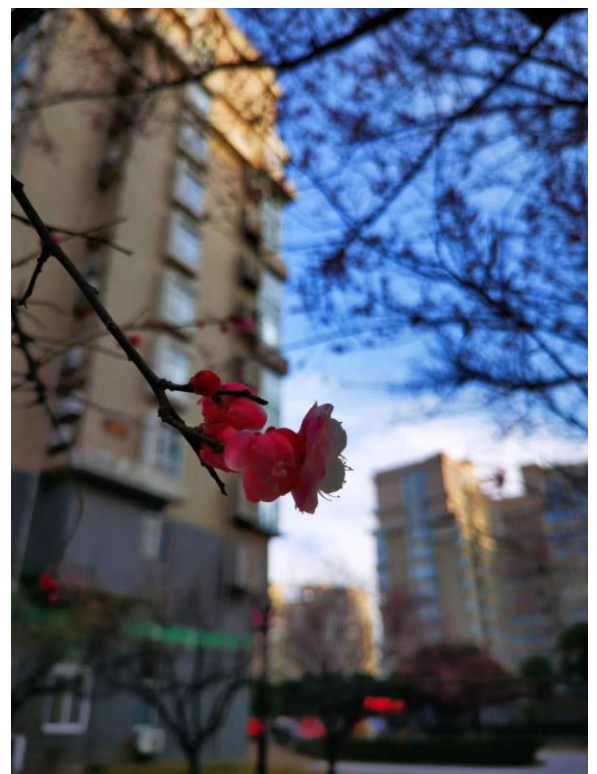
任何好的社会关系，不一定所有的人都用正能量高唱什么赞歌，但需要我们找回人性中的同理心。这场疫情，我们看清了**人之弱小**——微小的病毒可以让泱泱 960 万平方公里瞬间闭关锁国，家阖户、人自危！我们也能看清**人之伟大**，同样是一份养家糊口的工作，我们所谓战斗就是裹足和窝居，而有些人的岗位就是走出门去，与未知的敌人战斗！（别忘了，这其中还不止是医生，还有护士，还有警察，甚至还有你可能平时看都不看一眼的社区工作人员们和保安大哥！）所以，就算你真的觉得他们都是英雄，是天使，那也请不要把这些有着平凡需求的人强行摁在道德的十字架上。

我们不承认医生的平凡，不允许医生们有正常的、和你我他一样的心理需求，不承认他们的情绪，不接纳他们的无助，只用崇高和奉献去比对他们的行为，那就只能使他们要么认为我们愚鲁，要么认为我们至慧，永远不能与我们真正平和的坐下来，共情我们的情绪，听到我们的需求，接纳患者的无助……

灾难总会过去，春天不会不来。再打开门时，你我都会珍惜原本认为枯燥的工作，无聊的社交，甚至珍惜哪怕只是个信步的念头。那就请别忘记，英雄们也需要回归平凡与日常，而不是要摁住他们在那高高的神龛之上，企图总是坐享他们用奉献与牺牲保障的日常！

只有我们一起努力打造一个让不平凡的人们都可以被满足平凡需要的世界，甚至帮助他们可以超越平凡的需求之上，那么再得去努力的时候，他们才能迸发出英雄般的力量。

人间，总该先值得！！



全科医学

在本期的全科案例中，患者是一例45岁的中年男性，因为发作性胸痛，甚至昏厥数次而来访。该患者会诊后被诊断为“冠脉痉挛”，但他是否还有什么潜在的致命风险隐隐存在？请看本期的全科案例——一例冠脉痉挛共病甲亢患者的远程会诊，看两位老师如何从精神心理及全科的角度共同会诊，使这位患者化险为夷。

暗藏风险

——一例冠脉痉挛共病甲亢病例的会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖茜 医生

一般情况

患者：患者45岁男性，已婚，高中文化，通讯工程项目经理。

主诉：想知道发作性的胸闷、胸痛是什么原因导致的。

现病史：6个月前患者出现发作性胸痛，每次持续几秒钟至数分钟不等，自行缓解。均于早晨发作，反复发作5-6次。5个月前，晚饭饮酒，第二天早晨外出出现呕吐、伴有胸闷，出汗，持续2-3分钟；于当地医院就诊，考虑“冠心病心绞痛”，查收缩压血压160mmHg，给与口服“阿司匹林肠溶片”等药物治疗。因反复发作胸痛，于2019年2月底在A省人民医院住院治疗。住院诊断为：“冠状动脉粥样硬化性心脏病 稳定型心绞痛 心功能I级 高血压2级（很高危） 双侧颈动脉硬化症 高脂血症 甲状腺功能亢进”。

住院期间查冠状动脉CT造影提示：1、右冠状动脉近段软斑块，相应管腔轻度狭窄；2、前降支近段混合斑块，相应管腔轻度狭窄。

甲状腺功能提示：促甲状腺激素（TSH） <0.01 uIU/ml，游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）11.28pmol/L，游离甲状腺素（FT4）34.34 pmol/L，抗甲状腺过氧化物酶抗体（TPOAb）635.71IU/ml，抗甲状腺球蛋白抗体（TGAb）17.97 IU/ml。

甲状腺超声示：甲状腺回声欠均匀，血运较丰富。

甲状腺摄¹³¹I实验示：甲状腺轻度肿大，摄碘功能增高。

2019年4月中旬休息时突发由左耳后向下传到左胸部疼痛，疼痛向左上臂放散，持续1分钟；后晕厥2分钟左右，伴出汗、胸闷；醒来后症状缓解。患者在爱人陪同步行去了附近医院急诊，候诊时再次发作，疼痛加剧，无恶心、呕吐，无濒死感。住院后行冠脉造影示：右冠优势，D1开口40%狭窄，D2开口50%狭窄，RCA1 30%狭窄，余冠状动脉未见明显异常；考虑是“冠脉痉挛”。



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



诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病 不稳定型心绞痛 心律失常 房性早搏 心功能Ⅰ级 高血压病2级（很高危） 双侧颈动脉硬化症 高脂血症 甲状腺功能亢进”；好转后出院。

2019年6月份某日早7点多再次发作胸痛，胸痛逐渐加重，伴晕厥、小便失禁，持续几分钟后缓解；未诊治。

2019年7月中旬早晨患者于外地出差，再次发作疼痛，从耳后传至咽部到心前区伴左上臂疼痛；伴左后背钝痛；无出汗、心悸等。于当地医院就诊，查心电图显示：II、III、avF导联ST段弓背向上抬高0.4-0.6mv，I、avL、V1-5导联ST段压低；频发室性早搏；非持续性室性心动过速。诊断为：冠心病 急性冠脉综合征 心律失常 非持续性室性心动过速；经治疗后缓解。患者描述这是疼痛最剧烈的一次。

患者自发病以来，无食欲增加、腹泻、肢体震颤等症状；偶有担心胸痛再次发生；平时自认为没当回事，认为坚持吃药就没问题，不会再发作了。未影响患者睡眠、饮食及情绪。目前血压稳定在120-140/80-90mmHg，未口服降压药物治疗。目前口服药物：阿司匹林肠溶片 100mg/日，单硝酸异山梨酯片 20mg/日，阿托伐他汀钙片 20mg/日，合贝爽（盐酸地尔硫卓缓释片）90mg/早，合心爽 30mg/晚，甲巯咪唑片 10mg/早 5mg/晚。
既往史：无甲亢病史；高血压病史2年，血压最高至160/90mmHg,未经诊疗。否认糖尿病史。否认肝炎、结核等传染病史。无输血史。否认外伤史、手术史。

过敏史：否认药物、食物过敏史。

家族史：父亲70岁，体健，退役军人，脾气暴躁，对患者管理粗暴，父子关系较差，交流少。母亲性格外向，爱唠叨，身体健康，与患者交流较少。妹妹在社区工作，体健。爱人体健，性格外向，脾气温和。儿子高中在读，性格外向。

个人史：胞二行一。足月顺产。发育正常。性格内向，做事追求完美，没有洁癖，高中毕业参加工作，通讯工程项目经理，经常到外地出差，平时爱操心工作事情。27岁结婚。育有1子。否认性病史。吸烟史20余年，每日10支左右。饮酒史20余年，遇事才喝，白酒最多350ml左右。没有对疾病的过度担心，生病后一直在家休息。

患者身高：162cm，**体重：**63kg，**BMI：**24。

诊断思路：

患者父亲军人出身，脾气急躁，具有高焦虑特质，教育患者简单粗暴。患者性格内向，做事认真，追求完美，遗传了家族的高焦虑基因，具有罹患心血管及甲状腺疾病的人格基础。虽然患者既往无甲亢表现，在第一次住院发现甲状腺功能亢进表现，促甲状腺激素



(TSH)降低,游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)、抗甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)升高,考虑诊断甲状腺功能亢进。6月来反复出现发作性胸痛,随着发作次数的增加,胸痛程度逐渐加重,后来甚至出现晕厥和小便失禁表现。患者7.12日发病时心电图呈现急性心肌损伤表现,并出现阵发性室性心动过速。查冠脉CT成像和冠脉造影未发现严重狭窄病变。考虑患者诊断冠脉痉挛可能性大,追踪室性心律失常的可能。

综合以上考虑,初步诊断如下:

- 1、冠脉痉挛
- 2、甲状腺功能亢进
- 3、高血压病2级
- 4、双侧颈动脉硬化症
- 5、高脂血症

干预方案:

生物: 限制含碘食物摄入,低盐低脂饮食,戒烟酒、适量运动,甲巯咪唑 10mg口服 2次/日,监测血常规、肝功能、甲状腺功能。给与阿托伐他汀钙片 20mg调节血脂,降低动脉硬化风险;阿司匹林肠溶片100mg抗血小板治疗;单硝酸异山梨酯片 20mg、合贝爽 90mg扩张冠脉增加心肌血供改善心绞痛;美托洛尔12.5mg降低心肌氧耗治疗。

心理: CBT。向患者诠释甲状腺功能亢进与心血管疾病的关系,对甲亢提起重视,改变生活方式,认识疾病、接纳疾病,积极配合治疗,改善生活质量。

社会: 患者常年在外地出差工作,生活不规律;可借助此次患病要求改变工作方式,留在本地工作,以获得稳定规律的生活方式,有利于疾病的控制和恢复。

主诊医师: 凌永红

2019-08-02

两位医生访谈患者后总结如下:

钟丽萍医生:

1) 诊断方面: 患者一共发作了4次,持续的时间很短。患者2次发作是早上起床后,都是休息的时候。是冠状动脉痉挛造成的可能性大。患者已经存在心电图的改变,做了冠状动脉造影,未见明显的狭窄。

2) 完善长时间的动态心电图监测: 患者有可能有心律失常,动态心电图时间短了抓不住,应该使用至少几个月的心电图监测,比如6个月的,美国最高还可以到3年。如果出现



了室性心动过速，有时候会有生命危险。所以要警惕是不是同时有节律失常，又有痉挛。出现昏厥就说明脑部是一过性缺血，心脏供血根本供不过来，所以有可能是停跳或者室性心动过速。室性心动过速或者是停跳都是非常危险的，所以一定要做一个长期的监测。一旦记录下来有这两种心律失常，一定要装植入性的除颤器（ICD）。

3) 治疗方面：1) 日常生活中，很重要是要戒烟。吸烟是引起冠状动脉痉挛的一个很重要的原因。患者才40多岁，但身体疾病不少，各个动脉都有斑块的形成。血脂虽然不是很高，但是已经有斑块形成，饮食、锻炼都需要加强。2) 药物调整，要吃抗血小板的药和他汀类药物，把胆固醇降下来。甲状腺的问题的治疗目标是把甲状腺T3、T4调下来，最好把TSH调正常。心率也一定要控制好。用降压药把血压要调到120/80mmHg以下。合贝爽、硝酸酯类药都需要服用来治疗冠脉痉挛。心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油可以快速缓解，而且可以帮助我们进一步判断是否是痉挛性的。但当血压低时吃，血压就会降得更低会有生命危险，服用以后要检查血压，如果血压降到了80/50mmHg，服用后容易使血压降得更低，会有生命危险。发作后自行服用硝酸甘油后迅速拨打120，等待急救。不可以过量服用。需要找关于心脏节律失常电生理方面的专家会诊，比普通心内科医生对心律失常问题更有经验。甲状腺的问题也要随访，要看内分泌医生，部分药物对血液系统有不良作用；可以造成粒细胞降低，有时候是非常严重。所以要经常去复查，一旦出现了这些副作用就需要换药、调药。

张道龙医生：

1) 患者的精神动力学来源：父亲是军人、又是脾气急躁。患者也什么事都很着急做，效率很高。

2) 心理调整：先跟患者说优点和正性的方面，有几个事非常幸运：第一这种病容易猝死，但是并没有发生这么严重的情况，以后知道怎么预防治疗就更好了。第二患者相信科学，幸运的是医生现在已经发现了患者的身体问题，最惨的结局是人生不知道自己哪有问题。第三，不是心肌梗死是好事，心梗了会猝死，还要放支架。钟医生认为是冠脉痉挛，按时用药可以控制发作。第四，硝酸甘油治疗有效也是好消息。所以得了有一个有救的病，不是完全没救的。学会怎么调整心态，得少出差，少熬夜，做正念减压，保持一种平静的心态，因为一刺激心脏病就发作。做到不生气，不着急，不剧烈运动。

3) 社会因素干预：工作如果压力太高、强度太大，就得放松、调整；至少不值夜班，



少出差。学会科学地保护心脏，避免心律失常、心绞痛，冠脉痉挛的发作。免疫系统、心血管系统均与精神活动有关，本身有焦虑遗传倾向，把精神因素降低，控制风险因素。幸运的是我们已经发现了这几个异常，高血压、冠脉痉挛、甲亢等，已经找到这么多可以干预的因素了。

问答环节

问题一：患者是不是甲状腺激素毒性导致的冠脉痉挛？

钟医生：甲状腺毒性表现，第一表现是心率升高，他心电图ST段改变的时候心率只有80多。如果是因为甲亢引起来的，心率肯定要到100多，这肯定是不符合的。

张医生：还有一点不太像甲亢，最严重的就是甲状腺素风暴了。你看我问他焦不焦虑，他没有焦虑，没有失眠，甲状腺毒素不可能只作用在心脏，还作用在大脑，所以这不太像。第二我们知道甲亢最常并发的是心律失常是房颤，他为什么只出现冠脉痉挛，而未作用于心房和大脑，甲状腺素作用部位不能有筛选。患者有心脏和甲状腺的问题，它们可能是两个并列的关系。因为你甲亢的病人会有突眼、房颤、焦虑；这些症状他都没有。

问题二：冠脉痉挛的诊断标准有哪些？

钟医生：存在三个标准：第一对硝酸甘油非常敏感；第二个心电图ST段的改变；第三个心血管造影看到了痉挛。

问题三：冠脉痉挛和心律失常之间是否存在因果关系？

钟医生：冠脉痉挛有时找不出什么原因，到底是痉挛在先，还是节律失常在先，这也是先有鸡先有蛋的问题，就要看痉挛的部位。如果痉挛刚好是产生节律的部位，就会影响到节律的产生。如果痉挛的部位不在那里，跟节律就没关系。但是如果本身有节律的问题，也可以恶化心脏的供血。患者有一段非持续性的心动过速，但是不知道他昏厥的时候是不是有持续性的心动过速造成了昏厥。一旦记录到室性心动过速这方面原因，他应该装一个除颤器，这样才能够达到预防心脏猝死。因为像他心脏猝死的可能性是很大的，主要是有室性的节律失常，因为他已经昏厥过两次了。

问题四：心电监测的方法有哪些？



钟医生: Holter-monitor, 那就是能记录24、48、72个小时。

Event-recorder, 就是一个心脏事件记录仪, 可以到30天。

Loop-recorder, 就是一个环形的记录仪, 可以把它植到皮下, 时间6个月到3年。

科普

冠状动脉痉挛 (CAS)

冠状动脉痉挛 (CAS) 是一种病理生理状态, 因发生痉挛的部位、严重程度以及有无侧支循环等差异而表现为不同的临床类型, 包括CAS引起的典型变异型心绞痛、非典型CAS性心绞痛、急性心肌梗死 (AMI)、猝死、各类心律失常、心力衰竭和无症状性心肌缺血等, 统称为冠状动脉痉挛综合征 (CASS)。

● 冠状动脉痉挛综合征 (CASS) 的临床类型

依据临床表现的不同, CASS分为以下几种临床类型。

1. 典型冠状动脉痉挛性 (CAS) 心绞痛 (即变异型心绞痛)

心绞痛发作具有显著的时间规律性, 多在后半夜至上午时段发作; 含服硝酸甘油可缓解; 其病理基础是CAS导致冠状动脉完全或近乎完全闭塞, 冠状动脉造影多可见动脉硬化斑块, 激发试验多诱发出局限性或节段性痉挛。

2. 非典型CAS性心绞痛

在静息状态、尤其是空气不流通的环境下容易发作的轻度胸闷, 多数持续时间相对较长, 容易被呼吸新鲜空气、轻度体力活动等兴奋交感神经的动作减轻; 病理基础为冠状动脉痉挛导致不完全闭塞、或弥漫性痉挛、或完全闭塞但有侧支循环形成, 产生非透壁性心肌缺血; 冠状动脉造影常无显著狭窄, 乙酰胆碱激发试验可诱发弥漫性CAS, 少数为局限性痉挛。

3. CAS诱发急性心肌梗死 (AMI)

多数在夜间或静息状态下发作; 部分年轻患者常有精神创伤、过度劳累、大量主动或被动吸烟、吸毒或大量饮酒等病史;

4. CAS诱发心律失常



左冠状动脉痉挛多表现为室性心律失常，严重者可发生室性心动过速、心室颤动、甚至猝死；右冠状动脉痉挛则多表现为心动过缓、窦性停搏或完全性房室传导阻滞。

5. CAS诱发心力衰竭

反复发作的弥漫性CAS可导致缺血性心肌病，临床表现为进展性的胸闷及呼吸困难；与一般心力衰竭患者不同的是，钙通道阻滞剂（CCB）在改善症状的同时能显著逆转心功能及室壁运动。

6. CAS诱发无症状性心肌缺血

● CASS 的辅助检查

包括有：CASS发作时的心电图或动态心电图；非创伤性激发试验；核素灌注心肌显像负荷试验中的反向再分布；冠脉造影和创伤性药物激发试验。

● CASS 的治疗

1. 急性发作期治疗

原则是迅速缓解持续性CAS状态。首选舌下含服硝酸甘油，若在5min左右仍未能显著好转可以追加剂量，连续使用2次仍不能缓解，应尽快静滴硝酸甘油。短效钙离子通道阻滞剂与硝酸酯类药物联用能提高疗效，推荐静脉输注或冠状动脉内注射地尔硫草。可以缓解紧张情绪、降低心肌耗氧量以缓解心绞痛，但需慎用吗啡等阿片类药物，以防诱发或加重痉挛。尽早使用抗血小板治疗。以AMI、恶性心律失常或心脏骤停为主要表现的CASS患者，应及时对症抢救。

2. 稳定期治疗

目的是防止复发，减少急性心脏事件。生活方式的调整：包括戒烟酒、控制血压、维持适当的体重，纠正糖、脂代谢紊乱，避免过度劳累和减轻精神压力等。药物治疗：钙离子通道阻滞剂疗效最肯定且应用最广泛，其中地尔硫草和贝尼地平可作为首选；硝酸酯类药物的预防复发的疗效不如钙离子通道阻滞剂，常用于不能使用钙离子通道阻滞剂时的替代或疗效不佳时与之联合。由于有耐药性，硝酸酯类药物不宜采用覆盖全天的给药方式。综合考虑是否需要合并使用 β 受体阻滞剂。联合他汀类药物降脂，抗血小板治疗。部分恶性心律失常患者可能从介入治疗中获益，安装植入性的除颤器（ICD）。

参考文献

佟倩教授.冠脉痉挛的诊断和治疗要点. 医脉通. 2018-08-10



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
河北京医科大学客座教授
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
河北京医科大学客座教授
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

