

第 120 期

2020年4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)
- ❖ 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

拥有自己的小宇宙

有如此大段的时间可以用来读书写字，做些平时没有办法集中来做的事，为疫情按下的停止键我们会有了多一点的积极赋义。其间，许多人热心地来讨论读书学习的方法，提到荐书，我却时常有点为难，因为我总觉得如何读书是非常个人化的选择。有时，我们会对一本书或一位作家一见倾心，爱之弥笃，却也要提醒自己不可过于痴迷，以免受染太深，丧失了自己对内容、对文章的判断能力。

叔本华把读书太杂太滥比喻成将自己的头脑变成别人思想的跑马场，就是谏言我们假如不能够带有自己视角之上的读书，甚至有可能被过多的、已成熟的文化伤害——法国著名学者蒙田把这种情形称作“文殛”(jì)，即被文字之斧劈伤。因此从选择哪本书来读的过程开始，就是不断反思促进自我思考的过程，没有对自我的反思与回顾，也很难思考自己需要填充哪些新的知识进来。曾有位大家说过，衡量一本书对于我们的价值的标准是：读了它之后，自己是否遏止不住地想写点什么；哪怕想写的那个东西表面上与它全然无关。它给予人的是一种氛围，一种心境，使我们仿佛置身于一种适宜的气候里，心中潜藏的种子因此发芽破土了！甚至有时，我们可能有这样的经验——读一本书的精彩之处，想情不自禁地喊出声来：“这是我的思想！这正是我想说的，被他拿了去！”仿佛沉睡的感受唤醒了，失落的记忆找回了，朦胧的思绪清晰了。读书产生的共鸣感、欣快感大约是你一本本读下来的魔力

每个人都是一个宇宙。每个人的天性中都蕴藏着大自然赋予的创造力。把这个观点运用到读书这件事上，我喜欢爱默生提倡的“创造性阅读”，就是把自己的生活当正文，把书籍当作注解；听别人发言是为了使自己能够说话；以一颗活跃的灵魂，为获得灵感而读书。书固然是人生的益友，但某种意义上也应该对书报有自己的态度，广袤的读书，却不是为了变成著书者的 copy，这就像我们鼓励自己、鼓励孩子在世界上闯荡，去创业去探险，去找寻，但一定会叮咛他们，不要忘记“回家的路”。

这个“家”，就是我们的自我，每个人自己的心灵世界。



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】	5
一例强迫症共病发作性睡病（待排外）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】	18
情绪，身体不会忘记	
【全科医学】	22
一例甲状腺癌全身多发转移的临床会诊	
● 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】	27
甲状腺癌的分型分期和治疗方式	



精神医学临床访谈

我们总说“身心一体”，是因为人的整体如一座城堡，攻陷城堡的武器，就是各种对心灵的负面打击，而那些紧张、焦虑、沮丧、厌恶等等我们感受到的情绪与判断都有可能成为进攻身心的武器。想要保持身体免疫力、体质健康，也需要一定的心理能量支撑，长期不正常的心理应激状态，或身体疲劳营养不良，都将消耗某种能量，从而使人的身体受到影响。今天的案例来访者作为中老年人，说自己心理方面一直没有问题，只愿意谈论身体感受，可真是这样吗……

一例强迫症共病发作性睡眠（待排外）的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

林冬梅 医生

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	女性	年龄	65岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	初中	婚姻	已婚
病史提供者	本人	职业	纺织女工（退休）	病史可靠性	可靠

主诉：“因睡眠问题几十年，经常瞌睡一年而来访。。”

现病史：患者因工作是三班倒而出现睡眠问题，上夜班前不能睡眠休息，下了班睡不着觉，经常半夜醒来，白天脑内经常出现纺织机器的嗡鸣声，可以通过调大电视机的声音掩盖嗡鸣，或者是做事情注意力集中等方法来调整，这种情况持续到退休，退休后睡眠情况有所改善，经常晚上10点上床睡觉，几乎每天晚上半夜12点后多次醒来，会有多梦，有时醒后难以入睡，但不影响白天的生活，仍每天有脑内嗡鸣声，或者是虫叫的声音。醒后睡不着觉的时候经常听佛经会有所改善。近一年无诱因出现每天经常瞌睡，随时随地会瞌睡，看电视拿着摇控器睡着会导致摇控器掉下而醒来，看手机时睡着，手机会掉下来，然后醒来。一周会有两次严重的现象，比如说坐着睡着了会倒在地上，最近一年出现过两次最严重的情况，在外面走路睡着了，撞到了东西，把自己撞疼而醒来，因为担心出现严重后果而很少出门。近一年在家体重增加6公斤，期间服用过劳拉西泮1毫克晚口服，晚上睡眠有所改善，但白天睡觉多，因而只使用了一周后停用，未使用过其他药物调整睡眠。目前未做多导睡眠图检查。



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



患者从小爱干净、整洁，自己的房间床不让家人坐，经常打扫卫生，结婚后每天都会花1小时以上的时间打扫卫生，每次打扫卫生后，自己都要洗澡。每次在晾衣杆上放上毛巾，衣服放到毛巾上，晾晒衣服的时候都会把衣服对整齐。家里一尘不染，有一点脏东西就要马上清理干净，家人掉了饭粒或头发等都会发脾气骂人，东西摆放整齐，讲究对称，女儿说家里就没有什么东西是不对称的，给子女买衣服每次都买两件款式一模一样的，只是颜色会不同。外面的卫生间几乎不能用，如果不得不用时会放很多很多卫生纸垫着，因此极少出门。45岁下岗后自主经营面馆，自述是附近出了名的最干净的面馆，餐具都是经过程序洗的，先用冷水洗，再用然后是碱水洗，最后是开水洗，给客人用的餐具都是热的。因为高血压、子宫肌瘤手术而关闭面馆，现在自己年纪大了，在老伴退休后，让老伴来打扫卫生，然后她再做第二遍，这样的话自己劳动强度会下降。

既往史：高血压病史15年，血压最高的时候高压220mmHg，低压不详。开始自己不在意，断续服用药物治疗，近一年来规律服用降压药，厄贝沙坦75毫克，每日2次，苯磺酸氨地平5毫克早，卡维地洛片10毫克每日两次，阿司匹林肠溶片100毫克，晚口服，复方三维亚油酸胶丸治疗，血压目前维持是上午是140/80毫米汞柱，晚上是170毫米汞柱。2018年4月28日，在当地医院检查脑电图未见异常。颈部血管彩超，双侧颈动脉内膜增厚，右侧颈动脉粥样斑块形成。脑部核磁，脑内多发缺血灶，脑萎缩，左侧前动脉细小，考虑发育异常。7年前因子宫肌瘤，行子宫全切术，近5年来经常睡觉打鼾，声音大，进食习惯是油重，不吃肉，但口不重，目前体重是56公斤，150厘米，BMI指数是24.89，无高血脂、糖尿病，无吸烟饮酒史。

个人史：胞三行二，有一哥一妹，4岁时母亲因子宫癌治疗不好而自杀去世，6岁开始继母到家里来生活，父亲比较偏爱孩子们，与继母关系尚可，继母经常指示孩子们做家务，三个孩子当中患者做的家务继母认为是最满意的。经常父亲与继母煮东西吃，但没有孩子们的份。哥哥和妹妹都下乡支农，患者工作期间的工资全部要上缴给父亲和继母，直到自己结婚，才支配自己的工资。性格急躁、爱干净，讲究对称、爱焦虑、爱操心，追求完美，性格直，说话不顾及别人的感受。

家族史：患者形容父亲是爱吃、爱穿、爱享受，容易发脾气，脾气大。继母性格孤僻，父亲与继母未再生育子女。患者的哥哥不爱说话，善良，妹妹暴躁、性格善良。婚育史，适龄结婚，丈夫是公安局的外勤，目前已退休8年，性格暴躁、焦虑，经常指责、控制、挑剔，育有一女一子，女儿性格急躁、焦虑，经常杞人忧天，儿子说话温柔，但是还是有一



点焦虑。因为父母性格的问题，以及父母经常拌嘴，儿女都不愿意回家，女儿每周回父母家吃一次中餐，儿子因为自己的孩子经常在父母家而不得不去。

精神检查：

一般情况：患者营养良好，身材匀称。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量及语速正常，有逻辑性。

思维活动：正常。

感知觉：正常。

情感活动：焦虑。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在

辅助检查：未做

【病历小结及概念化】

患者早年母亲去世，父亲又爱发脾气，使患者安全感缺乏，患者及兄妹都看父亲的脸色行事，要是父亲的脸色不好就都得躲远点，或者是不敢惹事，老老实实的。6岁开始继母进入家庭生活，虽有父亲袒护，但患者及兄妹仍有不安，逐渐形成焦虑的底色。继母经常支使孩子们做事、做家务、打扫卫生，虽然未有严格苛责，但会认为患者做的是自己最满意的，这样患者会形成好好打扫卫生就会得到肯定这样的想法。患者的哥哥和妹妹会选择下乡支农，离开家庭，只有患者在家中继续生活，而且工资全部要上缴家里，会使患者更加孤单和焦虑，后来经常把房间弄得干干净净，不让人坐等情况，出现了强迫的行为。此后强迫的模式被逐渐的固化了下来，婚后有明显的卫生、清洁、对称等强迫行为，已经符合强迫症的诊断标准。

患者有焦虑和强迫，选择了需要仔细认真的纺织工作，因工作性质需要倒班而出现了长期的睡眠问题，睡眠节律、睡眠中断易醒等问题，退休后近几年因活动减少而体重增加，出现了打鼾、半夜经常醒来的情况，可能有阻塞性睡眠呼吸暂停低通气的可能。近一年出现了明显的经常的瞌睡，并且出现了两次严重的行走中睡着，撞东西的情况，提示有发作性睡病的可能。因此需要患者做多导睡眠图检查。

初步诊断：强迫症、发作性睡病（待除外）

治疗：

1.生物：运动和饮食，一定要做运动，运动既可以降低焦虑，又可以达到减肥的目的。并建议患者会改良饮食习惯，进行低脂饮食，多吃蔬菜、水果，要均衡营养。



药物治疗：可以选择SSRI类的，比如舍曲林，可以从小剂量开始使用，根据患者的耐受性而逐渐加量，可以加到150至200毫克左右。药物可以治疗强迫，又可以降低焦虑。关于睡眠情况需要等待多导睡眠图的结果出来之后再决定用药以及治疗情况。提示患者继续监测血压，并且规律服用降压药，注意检查血脂的问题。还可以用重复经颅磁来治疗。如果患者的强迫更加严重，或者是药物治疗无效的情况下是可以手术来治疗的。

2.心理：可以使用CBT、正念、ACT、ERP治疗。调整认知方面：现在虽然不能出门，活动少，目前睡眠的总时间至少还有6小时的时间，按照自然规律时长是足够的。如果中间有醒来的情况，可以起来看一看平时自己不喜欢读的书，枯燥的东西通常会让自己产生困意，通常可以再次入睡的。正念治疗，患者经常在睡眠不好的时候听佛经之后睡眠可以改善，那就建议患者继续做这个事情。如果她出现焦虑、不舒服的情况，也可以通过正念或者是运动来缓解她的焦虑。强迫行为可以用暴露与反应阻断治疗(Exposure and Response Prevention, ERP)来干预，让患者在放松的基础上，暴露在诱发强迫恐惧的刺激或情景中，用来阻断那些仪式化的行为，比如说她不能用外面的卫生间，用了之后会反复清洗，那可以让患者将双手放在她认为脏的水池或水笼上，尽量延迟洗手的时间等等，具体的操作可以由治疗师与患者进行讨论后逐步实施，必要的时候家属还可以配合来完成。

3.社会：需要身边24小时有人陪伴的，暂时不要单独做饭、外出，避免发生意外，床边、座椅的下边要放上软垫，防止摔倒时受伤。可以与同学、亲属多聊聊天，等到白天不瞌睡的时候还可以和亲友一起做做自由活动。

主诊医生：林冬梅
2018-09-27

初读这个案例，比起精神心理问题，患者的状况用“身心疾病”这四个字似乎更贴切。作为非医学背景的心理咨询工作者，拿到这个案例感觉有些困难——究竟如何做好这个案例的解析工作？是不是作为全科案例的角度来解读才更为合适？内心有不少的顾虑。然而重新回听2018年9月27日的案例访谈，无论是访谈中的高效鉴别思路，还是会诊结束后与医生们的讨论，道龙老师对患者问题抽丝剥茧的梳理过程都极为精彩，是道龙老师在临床工作中一再强调的“理解你的病人，再去理解他得了什么病”最好的案例之一。

心理临床工作中，咨询师虽然不需要像医生们一样进行治疗和用药，但如何综合考虑来访者的问题？具有逻辑性的理解来访者所谓“普通的、常规的”症状？在疾病、症状、生活、性格、行为模式的诸多问题中梳理脉络，做好评估工作，为来访者的困扰提供可靠的概念化思路，帮助来访者理解自身当下的问题，从生物-心理-社会三方面综合调整，提供了良好的范式。

有难点，但值得一读再读。



【访谈实录】

1. Z医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我就是睡不好，昨天晚上差不多11点钟睡，一直睡到1点多钟，4点多钟我就起来了，中间还有醒的时候，我还起来上两次厕所。
3. Z医生：哦，你半夜是入睡没问题，但是经常醒和醒得早，是这意思吧？
4. 来访者：醒得早，再一个是做梦，晚上做梦。
5. Z医生：梦多？
6. 来访者：嗯。

什么原因可能引起睡眠问题？

答案是几乎所有的问题都可能引起睡眠的问题。睡眠是最容易受情绪或环境因素干扰的生物功能之一。当潜在的精神或躯体疾病引起睡眠问题时，睡眠障碍是继发的。当没有明显的躯体或精神症状时，睡眠障碍是原发的。几乎所有引起躯体不适的疾病，如发热、疼痛、腹泻、恶心、呕吐等等都会干扰睡眠，另外，不正常的睡眠也是某些病症本身的症状，如谵妄可导致正常睡眠/清醒生物周期的中断，患者整天断断续续地入睡和觉醒。而流行性感可那个车嗜睡，双相患者则兴奋到无睡眠。

区别睡眠问题是原发性的还是继发性的还需要做常规的躯体疾病，精神疾病和特质滥用方面的评估。而在本案例当中，初始访谈中报告的情况为会诊时提供了基础资料。

对于平时身体健康的年轻人来说，情景性焦虑，如考试、出游是失眠最常见的原因，对于中老年人来说，特别是超重者，阻塞性睡眠暂停是最常见的原因。其他较常见的原因有药物、心境障碍和焦虑症。

7. Z医生：还有其他什么问题需要我们帮你解决？
8. 来访者：再有就是血压高，还有我走路撞东西，走偏。
9. Z医生：走路的时候撞东西，这有多长时间了？
10. 来访者：今年开始的，有了两次，我现在就一直出去不了。
11. Z医生：哦。你睡不好觉有多长时间？
12. 来访者：睡不好觉，我就是二十几岁我就睡不好觉了。以前我在纺织厂里当织布工，织布上零点班一个星期，就是这样，睡眠就搞不好了。
13. Z医生：那你这个睡不好觉，退休以后是变好了，还是变坏了？
14. 来访者：也不好，我脑子里面有虫子叫一样，24小时都是这样叫的。如果周围声音大



一点，我那脑子里面就不听见，如果一静下来脑子里面就响。

15. Z医生：对。
16. 来访者：24小时都是响的。
17. Z医生：你退休有多长时间了？
18. 来访者：退休15年了。
19. Z医生：15年？
20. 来访者：嗯。
21. Z医生：你这15年，睡眠是逐渐加重，还是什么都没变？
22. 来访者：加重了。
23. Z医生：加重了？
24. 来访者：嗯。
25. Z医生：您是哪一年体重开始增加了？
26. 来访者：今年，今年我就没有出去了，没有出去跳舞、走动了。
27. Z医生：哦。那你今年体重增加以后，跟去年相比，今年的睡眠，晚上醒得更多了，更重了，还是变好了？
28. 来访者：没有变好。
29. Z医生：对。你记得吗？去年跳完舞，运动完，晚上醒多少次？
30. 来访者：那还是好一点。
31. Z医生：哪年好？是现在不去跳舞了，晚上醒得少了？还是说醒得多了。
32. 来访者：就是今年比以前还严重了。

关于睡眠问题的问诊

睡眠是一个人健康状况的晴雨表，通常让患者承认存在并谈论睡眠问题是没有困难的，因为他们非常痛苦。但事实上，睡眠问题更多的时候是一个症状，而并不是一个诊断。抱怨睡眠可能掩盖了其他更严重的症状，因为我们常常发现许多人很难说清楚自己的睡眠，主诉“我总是睡不着”时可能表达的是他们的主观痛苦程度而不是真实的情况，所以当回顾睡眠问题时必须非常专业。像检查其它躯体症状一样进行细致的问诊检查。

- 什么时候开始的？如何发展的？什么使情况变好或变糟？
- 有相关的症状吗？
- 以前发生过吗？
- 如果是失眠，还需要询问患者是否有入睡困难或不能持续熟睡的问题？……

在本案例的整个对话过程中道龙医生都围绕着睡眠问题及其他需要鉴别的重点自然推进诊断工作，行云流水的完成了对来访者问题的概念化。



33. Z医生：哦，严重了，那对了，我知道了。那今年，你是在吃什么药吗？
34. 来访者：我吃药啊。我这个……现在只吃三种降压药，还有一个阿司匹林，其他没有。我还有一个问题。我不能大笑，我如果一笑，就会没有劲。如果我跟同事们在一起说话，如果一笑起来了，那我就是这样的，没有劲，这样栽下去了，是这样。
35. Z医生：哦，就是那个头就低下去了？
36. 来访者：头都低下去了，这个脸上的肉都抽动。
37. Z医生：啊。
38. 来访者：我不能笑，我也控制不了。
39. Z医生：等于一笑就是没有劲了，是这意思吧？
40. 来访者：对，没有劲了。

“笑着笑着没劲儿了”——发作性睡病的典型特征

这个我们听起来比较神奇的表现恰恰是发作性睡病的特征性表现之一。当被情感所触发，如大笑、愤怒、兴奋等诱发，患者会突然膝盖无力而跌倒；或头部突然失去肌肉张力而向后仰或向前低头；或突然面部肌肉张力丧失而导致面无表情，讲话模糊不清。这三种临床表现，会形成发作性睡病中是最常见发生的猝倒症状。猝倒发作与肌张力丧失有关，但不产生记忆障碍、呼吸完好，恢复完全。

41. Z医生：好的，我知道了。听起来您像是有两个问题，**第一个病是强迫症**，是从父母那遗传过来的，一直都是爱焦虑，一直都没有治疗，爱干净、爱整洁、爱对称，我看你好像都洗完头来看病，就是特别爱干净的一个人，这些表现是强迫症。**第二，我们怀疑你可能是有发作性睡病**。但是那这两个病是比较矛盾的，不能乱用药。先治疗强迫症，用SSRI类药物去治疗。然后需要做一个检查，叫多导睡眠图，看看你到底有没有发作性睡病。因为发作性睡病需要使用兴奋剂，兴奋剂会让你白天不睡觉，这个药如果用多了，影响晚上睡觉，你本来晚上就有问题，因此这就是麻烦事，所以目前暂时不用兴奋剂，需要根据多导睡眠图的结果看看你到底有没有发作性睡病，然后再决定是不是用兴奋剂。

治疗上，生物治疗，要多做运动，减肥。你晚上睡不好觉，经常醒来，都是因为呼吸暂停，而呼吸暂停是因为胖，晚上睡眠的时候压迫气管，就让你出现呼吸困难、暂停，所以你得通过减肥减掉10斤-15斤，睡眠情况可能就会变好。现在开始用药，如左洛复之类的药。如果实在不好使的话，还可以用rTMS的物理治疗。你的病跟别人



不太一样，是因为比较巧合，你本身是有焦虑障碍的人，然后你还可能有发作性睡病，所以你的病就容易误诊，比较复杂。你以前的工作是倒班的工作，容易把作息规律搞乱，现在退休了，效果就比较好，重新训练大脑了。

心理咨询，得调整你的认知，知道你这个病是哪来的，跟你的爱操心、爱干净这都有关系，也可以做正念。

社会的因素，白天尽量不睡，得控制白天不睡、晚上睡。如果白天你控制不住，检查之后，如果你有发作性睡病，可以用兴奋剂来控制。少操心，多参加社会活动，规律性锻炼。这样清楚吗？

42. 来访者：嗯。我早晨起来要锻炼一个多小时，这个是每天都坚持，一年360天，天天早晨有一个多钟头的锻炼，我至少做了一点保健操。
43. Z医生：对。但是锻炼要达到减低体重的程度，要减低10到15斤，如果你的体重没有变化，不会改善睡眠。
44. 来访者：但是我就是出去走路走偏了就撞东西呀，我觉得这个问题也是个蛮严重的问题。
45. Z医生：是个问题，所以我需要你先做多导睡眠图检查，看你到底有没有发作性睡病。你有脑血管病的风险因素，但血压现在挺稳定。另外还可以通过食物来调节，多吃蔬菜、水果，少吃这些肉，少吃这些高热量的，这样体重会下降。
46. 来访者：肉我不吃的，一年年头到年尾，半斤肉我都吃不下去。
47. Z医生：是。我说的意思不是吃肉多少了，一定是食物的热量多，而运动的少，所以人才胖嘛，人每减低5公斤的体重，呼吸感受就好一些。现在做两件事，第一个是运动，继续坚持运动，第二个是开始用药，同时做多导睡眠图检查。这样清楚了吗？
48. 来访者：可以，谢谢。
49. Z医生：不客气，谢谢您今天来参加访谈。
50. 来访者：谢谢。

【督导小结】

这个患者第一个诊断是强迫症。SSRI治疗有两个好处，第一个就是减轻强迫症的症状。第二个SSRI帮助人减肥，是因为药物的肠道反应，所以可能对吃饭、食欲产生一些影响。如果加上运动那么减重的效果会更好，情绪上不容易烦躁，到了晚上就容易睡好觉，因为



运动本身很耗能。比如强迫的人可能晚上想：我又睡不着、又睡不着，又睡不着，通过运动可以把强迫思维的问题降下来。表面上看是失眠，实际上可能是高焦虑引起的睡眠障碍。

第二个问题，她有睡眠障碍，两组症状，第一组症状像发作性睡病，她一阵一阵的困，走路歪斜，还有她说大笑的时候，整个脑袋就直不起来了。一般脑供血不全的话，笑不会变成这样，说明她失去了肌张力，脖子就不硬了，下巴也控制不住了。发作性睡病有一个最大特点，就是大笑的时候诱发双侧肌张力丧失而发生猝倒。所以用一元论来解释，像有发作性睡病，因此需要做多导睡眠图。

第三个问题，通常发作性睡病一般不是经常半夜起来这么多次，但是这个患者她自从增重以后，半夜经常起来。所以这些都是她的病情显得复杂的原因。

我甚至都怀疑，她那高血压也是继发的。焦虑的人、睡眠障碍的人血压容易高，憋的，因为她压力高嘛，紧张嘛。如果她没有家族史，睡不好觉，天天气喘不上来，就可能“憋”成血压高了。都是继发性，所以症状上搞不清楚这些情况“谁是因、谁是果”了，很有可能是互为因果了。

用一元论解释更像是她原来有原发性的精神障碍继发了血压变化。一般高血压不引起发作性睡病，高血压引起供血不全，高血压也不引起强迫症，但是强迫症和睡眠觉醒障碍引起高血压。所以她结婚前就应该治疗强迫症，然后不找这些引起睡眠障碍的工作。现在治疗是先把焦虑降低，未来给她用兴奋剂铺垫好，因为用兴奋剂容易让人焦虑，兴奋剂的第一个副作用就是睡不好觉。患者体重也有问题，出现阻塞性的睡眠问题，频繁醒，如果1小时醒15次那就可以直接下诊断了，所以需要检查多导睡眠图。临床上所谓的复杂案例，就是经过这种推理、分析，像福尔摩斯似的，判断谁是因谁是果，为什么病情病状发展成今天这样。

【案例讨论】

林冬梅医生：患者虽然是以失眠为主诉来访，但是有很明显的焦虑和强迫方面的问题，所以作为医生的话，不要被患者自己诉说主诉这个问题而蒙蔽了双眼，影响你的诊断和治疗。这个患者刚来诊的时候，“我就是睡眠问题，其他问题没有”，对于她焦虑、强迫的问题，是在她女儿的提示下她才讲出来，似乎其实她不愿意说强迫这个问题。我就想为什么她强迫症了这么多年却没有治疗，家里人也没有觉得这个问题需要治疗，于是我有一个这样的假设：

来访者本身有强迫症，与她工作性质是有关的。因为她三班倒，每天从事纺织工作，



需要仔细认真的检查机器及工序，在这个过程中，跟人的接触也不多，每天就是面对机器，这样一种工作性质，下了班之后需要赶紧睡觉，补回睡眠，而他的丈夫则经常出差，至于妻子强迫不强迫，或者是有这样那样的要求，由于在一起呆的时间短，不跟来访者有太多近距离的接触，所以矛盾并不尖锐；他们家的孩子们也是，妈妈的这种情况他们觉得受不了，所以长大后午后早早离开家了。而为什么这个患者是现在这个时间来会诊呢？是因为她女儿慢慢学习了心理学之后发现，妈妈是这么严重的毛病，才带这个患者来就诊。

张道龙医生：有两个事纠正一下。第一个她是因为做纺织女工变得强迫，还是因为强迫而选择纺织女工，我认为是因为她强迫才选择了纺织女工（**职业决定性格，还是性格决定职业**）。另外这个家属的情况要注意，家属不正常的也多，“**苹果掉下来离树不远**”，我们访谈的时候经常会发现，凡是有强迫倾向的医生或者参赛选手，看对方强迫的时候觉得挺正常，因为会觉得“我比他还严重”，所以得考虑这个比较性的因素。有的时候家里明明有强迫症患者，但是家里人没觉得，因为可能他自身也是这样的，所以他就能容忍。假如是一个脏兮兮的人，第二天就可能打架，你怎么把我这床动了，你怎么又摆乱了，我怕这东西乱，你都给我叠起来，我都找不着哪是哪了，就跟你发火了。所以一家人都多少有点同样倾向的问题，就不觉得是问题。你反过来睡不好觉也是，如果大家都睡不好觉，这睡不好觉正常，咱都睡觉轻。你得想到这种可能。

林冬梅医生：老师分析得非常对，她的女儿确实也有焦虑、强迫很明显的情况。这里边还有一个不太清楚的，就是为什么她这一年才会出现发作性睡病（因为没有多导睡眠图，暂且说它是），她之前怎么会没有？这一点老师是怎么考虑的？

张道龙医生：这一年是加重。我认为是因为每个人的阈值不一样，有了阻塞性呼吸暂停使她发作性睡病加重了。阻塞性呼吸暂停让人特别疲劳、特别不容易睡。人之所以打呼噜是因为气不够用。整个睡眠相关障碍这一章的病，睡眠不好的时候都互相影响，所以最近是体重的增加，影响了睡眠，它们之间互相影响，就把她原来的阈下的症状给激发成阈上了。

林冬梅医生：那是不是可以这样理解；她年轻的时候，因为倒班而出现睡眠问题，后来出现体重增加，这个体重的问题又出现与呼吸相关的睡眠问题，然后最近一年她又出现了疑似发作性睡病。实际上她的睡眠觉醒问题，在她一生当中一直都贯穿着的。

张道龙医生：除了贯穿睡眠觉醒问题，还有强迫症，这也是一直都没变。最近她整个全体的健康水平在下降，就会互相影响。我认为她年轻时可能挺苗条，一般纺织女工需要



走得动嘛，动来动去，很少有大胖子做纺织女工的，那个时候她可能呼吸就挺好、挺顺畅的，虽然睡不好觉，但那只是睡眠深浅的事，她不会半夜起来5次、10次这样。现在因为老了嘛，她经常是跑了十多次上厕所，她健康水平在下降，开始把睡眠问题诱发出来了。那很简单，就是做多导睡眠图，减重10到15斤，然后再看她睡眠的问题是不是变轻。假如多导睡眠图发现是有发作性睡病，而且现在睡觉很多，那我可以大胆的给她白天使用兴奋剂了。因为兴奋剂还帮助减重，兴奋剂的副作用就是体重减轻嘛。

林冬梅医生：今天听老师督导，老师会把这个患者更加详细和清晰的呈现了出来，所以我觉得需要进一步学习的东西还是很多，我们做概念化的时候还是有那么一点机械，不是像老师做的这么到位。

张道龙医生：正是按照精神动力学角度去做，就是谁先谁后，最早可能是什么。你不能把它都看成是独立的事件、孤立的事件，不能是这样。焦虑本身跟睡眠就有关，所以埋下了伏笔。

【现场答疑】

问题一：患者说脑袋当中一直会有机器的那种声音，因为年轻的时候做纺织工作，但是现在还是一直伴有，是不是也是因为她焦虑的原因，可能别的人都没有想过，或者不会持续那么长时间，但是她会因为焦虑，会觉得对自己的身体产生了影响

督导解答：焦虑的人和强迫的人对声音敏感，跟精神分裂症对声音敏感一样，所以她就会一直都有，那东西确实响了，但是很多人退休就拉倒了，因为她本身强迫，就固定下来，有这种先占观念天天去想这件事，有可能是这样的。

问题二：患者讲的焦虑的主题很泛化，就是担心的事情还是会很多，那可不可以诊断广泛性焦虑呢？

督导解答：不需要诊断广泛性焦虑，因为强迫症是高一级的焦虑表现，已经诊断强迫症了，暂时不去考虑焦虑症问题。临床工作不是给患者诊断那么多的病吓唬她。通常是达到哪个级别问题的诊断标准就诊断。那为什么要知道她是不是强迫症？因为如果是强迫症要高剂量的SSRI，普通的抗焦虑药物选用低剂量类，我一般都是低效价的选百忧解，中效价的是左洛复，高效价的选用来士普，所以我根据这个方向需要去选择药品，但是患者已经达到了最高的一级，就是像今天这样的病人我会选择来士普了。假如要选左洛复也问题不大，但是不会选择百忧解之类作为首选。而且已经达到OCD标准，再诊断她GAD对她没有什么



帮助，所以也不需要诊断它。另外，要先搞清楚睡眠是怎么回事？因为睡不好觉的人焦虑，焦虑的人睡不好觉，是互为因果。她为什么今年加重，咱们还得找找原因，会不会是她体重增加了，不运动了？哪是因哪是果，谁引起谁？我脑子里带着这个问号再去澄清、理顺。

问题三：老师，您刚才在做这个访谈的时候，患者说她大笑的时候脑袋会直不起来，您会不会鉴别她是不是转换障碍？

督导解答：不会是转换障碍的问题，一般强迫症的人都不转换，因为她大脑足够的集中。转换障碍在诊断类别里是低的，达到了强迫症一般很少出现转换障碍。

问题四：她现在睡眠方面有两种可能，有发作性睡病，还有阻塞性睡眠呼吸暂停，这两个病我们都能够通过多导睡眠图鉴别。我感觉到发作性睡病可能性更大一些，因为它的证据好像更多一些。那阻塞性呼吸暂停，当然临床看来也有证据，比如说最近长胖了，有打鼾的问题，但患者的病史中没有提出在睡眠之中明显的憋醒的感觉，所以我会觉得会不会这方面的证据还不充足。所以我暂不考虑把它放到诊断里面，但是我会作为鉴别的诊断，就是做完检查之后再核实这一点，不知道这样的理解算不算合不合理？

督导解答：不完全合理，原因是两种睡眠方面的问题各占一半，因为她的体重增加，晚上要上厕所5次，出现有这些症状。第二个，这两个睡眠方面的问题当下都不需要诊断，咱们不是在讲授理论，而是你们在跟我学怎么做医生，是关于具体病例的讨论——我想给她做多导睡眠图，不是说诊断强迫症而让患者做多导睡眠图，但无论是呼吸暂停还是发作性睡病，这两个病哪个都需要做多导睡眠图，所以做这项检查本身就达到我们医生对疾病鉴别的目的了。我所说的两种疾病各有50%可能，原因是发作性睡病不能是这么多年以来、这么大年纪了才第一次发病。她自述是体重增加以后发病的，原则上这像阻塞性呼吸暂停。但描述的症状是“突然就睡着了，突然就失去肌张力”了，又很像发作性睡病的问题，所以我说“各打五十大板”是这个意思。假如临床判断患者可能是阻塞性呼吸暂停的问题，在美国的通常作法是先让病人减重，先减10斤左右，看症状情况再决定做不做多导睡眠图，但是对于发作性睡病，会直接做。

问题五：她的女儿说，患者的血压这几年控制得并不是很好，血压会波动，所以我不是现在能够把短暂性脑缺血发作（TIA）给排除掉。虽然说她没有很多神经系统的体征，比如说偏盲、偏瘫，但是椎基底动脉出现TIA的时候，也会有这种猝倒发作，与这个症状表现



相似的问题。所以，我想患者核磁共振显示有腔梗的表现，B超是颈动脉有粥样硬化的斑块。所以我还是不能够完全把TIA给排除，我觉得还要进一步的做一些检查。

督导解答：没有，不需要检查。一般TIA出现椎基底动脉供血不全，都会出现恶心、呕吐难受，因为椎基底是供血前庭的。患者说大笑会触发猝倒，这个不像是个脑血管疾病。我们已经明确了这几件事：患者告知我们说她睡眠不好，TIA从来不会主诉是睡眠不好，它都是供血不全，没听说TIA能把人憋醒的，这都听起来明显不对。咱们要做这些主要的明显的，把那些可能性低的放到后面。TIA，椎基底动脉供血不足经常是眩晕、恶心、呕吐，你这病人既不眩晕、也不呕吐，就是走路不稳，还伴着大笑时肌张力失去，这听起来还更像是精神障碍，我们先除外精神障碍，然后再考虑TIA的问题，可以把它做到鉴别诊断。

问题六：很多患者他们主诉有这种脑鸣的感觉，这种症状是不是强迫的症状？还是说可能是脑器质方面疾病相关？

督导解答：还是敏感。比如椎基底动脉供血不全也会出现脑鸣，但是这时的鸣是发作性的，不会持续。而这个患者说的听起来是脑鸣，过一会就好了，喝点水就好了，休息一下就好。强迫症的人总是把它当回事，焦虑的人，睡不好觉的人就经常去想。当你的焦虑水平降低了，睡觉睡改善了，这些症状都变好。

问题七：像睡眠瘫痪，就是刚才提到梦魇障碍里面的那种，就是在做梦，但是身体动不了，睡眠瘫痪是怎么回事，有什么好的治疗方法？

督导解答：需要规律的运动，心理咨询，或者是用药物，把睡眠调整好，比如梦魇、做梦多，整个脑袋都乱了。我有一位梦魇的病人，晚上就出现类似的问题，用了瑞美隆，再体育锻炼，体重减低5斤，做心理咨询，这压力都没了，也能睡好了，机体的其他问题都没了，所以有可能那些症状都是继发的。



访谈理论篇

现代人，越来越容易患各种各样的病，是因为不注重健康吗？当然不是！许多人，不惜重金把精力花在养生上、体检上，但这种作法往往是单纯地把身体看作一个机器，检修或保养。我们的医疗手段日渐昌明，只是，依然有那么多的疾病，没有人知道具体诱发的原因，因为许多时候我们都不知不觉的忘记了身心一体这件事——

情绪，身体不会忘记

编辑：王剑婷

焦虑的时代，我们却常常忘记接纳情绪本身。很多时候我们喜欢好的情绪，比如快乐，比如喜悦，而用种种藉口把负面的情绪如悲伤、恐惧都压抑住。其不知，压抑并不能使那些坏情绪消失，他们被挤压被堆积，和委屈、憋闷、压力一起，全都累积在身体里，只不过用各种各样的形式在我们的身体中表现出来。曾有文章说 70%以上的人，会以攻击自己身体器官的方式来消化自己的情绪，这是导致出现病症的最大原因之一。不同情绪，会攻击不同的器官，我国中医理论中就提出：肾主恐惧、肝储愤怒、肺藏哀伤。当感到皮肤过敏、喉咙不适、胃痛胃溃疡、失眠多梦、经常性头痛等症状，我们自己常常直观的自问：是不是身体出现什么问题了？其实很多时候，经常性的负面情绪才是幕后黑手。

2019年2月18日，《柳叶刀·精神病学》发表了北京大学第六医院黄悦勤教授团队的大型科研项目“中国精神卫生调查”的第一批研究成果。该研究是中国首次大规模精神障碍流行病学调查，调研了全国31个省32552人，发现在所有精神障碍中，焦虑症患病率最高，终生患病率达到人群7.6%。

其实，现代社会的正常人也处在长期焦虑之中，这种状态下的身体会呈现出多种变化：

暴饮暴食及肥胖

愤怒、悲伤、挫败、焦虑等消极情绪，都会引起大脑的应激反应——启动一系列变化，释放糖皮质激素，平衡情绪，从而援救自己，直到情绪本身能慢慢平静下来。糖皮质激素最主要的作用之一就是补充焦虑感发生时所消耗的能量。为了帮我们补充能量储备，糖皮质激素会加重我们对含糖类食品的渴求。很多研究认为，寻求高糖高盐的食品或零食，是人体抵御焦虑的本能反应。如果经常处于紧张状态，又很少去运动，那么距离所谓的“压力肥”也就不远了。



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



消化不良、腹泻和便秘

胃肠道是生物最早分化出的功能系统之一，其中神经丛更有“肠脑”之称，与人的情绪密切相关。原因在于胃肠道受非自主神经系统（植物神经）的支配，植物神经系统具有相对独立性，不完全受大脑支配，但容易受到情绪的影响。虽然大脑不能像控制手脚一样直接控制胃肠的神经系统，但是每当出现情绪问题的时候，比如焦虑、抑郁、紧张时，大脑分泌的一些物质就会影响胃肠道的正常功能，引起胃肠不适甚至是胃溃疡。

心悸胸闷、心慌气短

当焦虑加剧令人倍感恐慌时，常常不能有效呼吸；反过来，越是呼吸不畅，愈是会变得惶恐不安，这样便会进入似乎无法控制的恶性循环中，也让人自己更关注自己身体的不良反应，加重症状。

免疫力下降

很多朋友都有这种感觉，压力大的时候特别容易感冒。当我们因为精神压力而焦虑的时候，下丘脑就会发出信号，促进糖皮质激素的分泌。糖皮质激素具有调控炎症和免疫反应的作用，一方面可以抑制细胞因子的分泌，另一方面还会让免疫细胞对细胞因子的反应变得迟钝，两个效应的结果就是免疫细胞无法有效的交流合作了，从而对病毒、病菌的反应能力就大大降低了。

内分泌失调

压力会影响内分泌系统，尤其对于女性来说，内分泌失调容易引起月经不调、痛经等症状。这是因为月经是卵巢分泌的激素作用于子宫内膜后形成的，卵巢分泌激素又受垂体和下丘脑释放激素的控制，所以无论是卵巢、垂体、还是下丘脑的功能发生异常，都会影响到月经。

口腔溃疡

传统医学中把溃疡的概念用“上火”来形容，所以需要清火。现代医学研究认为，免疫力低下使身体受到各种疾病的侵袭，口腔溃疡就是其中一种。因此精神紧张、焦虑导致机体免疫力下降，免疫功能紊乱，这是造成了复发性口腔溃疡频繁发作的重要诱因。



不良嗜好及成瘾问题

“心烦抽根烟”、“喝顿顺心酒”是我们在生活中常常听到的抱怨。遭受压力的人可能会发展出一些不利于健康的行为,如吸烟、暴饮暴食、喝酒、沉迷游戏、玩手机,这确实是心理疏解压力的自我救援机制。简而言之,就是在大脑的指引下,在记忆库里,寻找那件最多快好省地让你快乐的事情,重新做一遍,得到快乐和幸福感,这是一种自然的、正常的生存机制。但问题是,这些释放压力的方法会继发产生诸多健康问题。

失眠、记忆力减退、注意力不集中

由于压力大,经常会出现心情不畅、睡眠不足;白天精神不好,又会反过来降低工作效率,往往让事业和家庭更加不如意,形成恶性循环。成由于睡眠不足导致的精神状态不佳使得大脑运转缓慢、判断力、反应能力、记忆力都会有不同程度的影响。

脱发、耳鸣

精神压力引起代谢异常,皮脂腺分泌增多,降低头发生存环境质量从而引起脱发。另外,如果人长期处于精神压力大的情况下,人体的立毛肌会发生收缩,会使毛发出现营养不良现象,从而导致毛发生长功能抑制,毛发生长进入休止期而出现脱发。还有,长期的高压会使人体激素失调,激素不平衡也会导致脱发。

耳鸣是发生在听觉系统的一种主观错觉,是一种症状而不是疾病。常感到耳里有一些特殊的声音,但周围却找不到相应的声源。长期压力过大,精神就处于紧张的状态,内耳受到刺激使听神经毛细血管发生痉挛、阻塞,引起内耳供血障碍,神经上皮细胞缺血、供氧不足坏死,从而使耳朵在毫无征兆的情况下耳鸣或听力下降。

皮肤炎症

一个人长期的焦虑和烦躁,会使上皮细胞合成过多的黑色素沉积和皮肤表面,使皮肤发黑暗沉,甚至形成黄褐斑。甚至直观来说抑郁焦虑情绪使人经常皱眉、发怒,面部眼尾的皱纹增加也是不可避免的。另外当人愤怒时,人体的皮脂腺分泌也会增多,皮脂腺容易被阻塞,从而导致皮肤炎症,比如形成皮脂腺囊肿和痤疮,还与神经性皮炎等问题也有关联。



身体的不适和病症是内心的呼喊和求救信号

研究表明，导致免疫系统出现问题的情绪排名，前七名的依次是：生气、悲伤、恐惧、忧郁、敌意、猜疑，以及季节性失控，如夏季频发争执和摩擦；冬季抑郁患者会比平时多。千万不要忽略，那些隐藏在情绪底层巨大的疮口。那些我们常说的口头禅，比如“气死我了”、“压力好大”、“心有不甘”，这正是情绪在作祟。生气让人感觉失控，身体自动消耗大量能量。焦虑，让人的身体进入到空铁壶干烧的状态，一点点消磨掉人的心力。压力，让人沮丧，它像一只看不见的手，捂住了人的鼻子。身体是不说谎的，它忠实地帮我们贮存所有的情绪。而生病，其实是在提醒我们，要去真实地面对自己真正的需求，妥善地去处理，并相信身体的能力。

生病不能只治症，还得找到病所在

曾经我的一位朋友听到我讲情绪，笑曰：情绪什么呀，我得的是痛风！可是细问之下年纪轻轻的他，痛风每每是由于无法回避的酒场应酬之后发作。那种不得不去的被迫是压力，以病抵酒也是压力，所以痛风发作类似于身体向他的报复，让他用难以承受的痛和肿来提醒他是在自暴自弃自己的生命。前段日子他托我从日本买一种昂贵的新药来治病，却被疫情耽误了下来，谁想疫情带来的隔离，替他免去了多少觥筹交错的必要，这几个月来他前日在电话里竟自觉不治而愈了。

我们肠胃不适，只是大把吞下胃药，却逃避压力和紧张的根源；我们皮肤上的各种红疹犹如一座座小火山的爆发，但却没有发出“我很生气，请看看我的愤怒”的心声……道龙老师曾多次说过：在中国前往医院就诊的患者中，心身疾病，以及躯体疾病会导致心理问题的都不在少数，也为此美利华中美班一直致力推动以**全科医学+精神医学**的模式服务于临床，并且着力**推动对患者生物-心理-社会三个层面的全方面干预治疗**。懂得爱自己，不仅仅是住最好的房子，吃最精致的佳肴，还需要我们每个人忠于内心，超越自我，正念觉知的生活，从身体健康走向身心健康。



全科医学

在本期的全科案例中是一位60岁的老年女性，因为甲状腺癌术后出现多处转移而来访。她已经是疾病的晚期，如何帮助她从生理和心理的双重角度来缓解痛苦、度过人生的最后旅程？请看本期的全科案例——

踏上生命最后的安宁旅程

——一例甲状腺癌全身多发转移的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
责编 | 肖 茜 医生

患者：患者60岁，女性，已婚，农民，小学文化

主诉：

1. 甲状腺癌术后出现多发转移，寻求治疗方案。
2. 患者对自己的病情有所了解，但并不是完全能够接受，作为家人不知道从心理的角度怎样让她过得更轻松一些。

现病史：2011年患者发现甲状腺增大，无不适症状，自己未在意。2014年春节期间患者出现浑身无力，心悸，口干，腰疼，感觉双脚底发热，自己以为得了重感冒。半月后住院手术切除左甲状腺肿，术后病理确诊为甲状腺低分化癌。之后行PET检查确定为甲状腺低分化癌，肺部有转移。术后腰痛明显改善，但出现轻度呼吸困难，胸痛、胸闷情况。当时医生建议考虑碘131治疗。咨询放射科后，家人放弃了此治疗方式。手术半年后，肺部转移病灶开始增大。

2019年春节觉得右腿不舒服，大腿根部酸疼，不敢用力，走路轻度受限。2019年3月中旬住院查PET检查提示考虑甲状腺癌伴全身多发转移瘤（双肺、右侧肋骨胸膜、右侧髂骨坐骨），不排除右肾第二原发癌可能。3月底开始做放疗。共做了10次放疗。放疗后一个多月乏力，后逐渐恢复。生病后有情绪低落的情况，但不会在亲人面前表现出来；自己会发愁，怕孩子们经济上有困难。目前服用优甲乐50ug/日。身高：163cm，体重：65kg，BMI：24.46。

既往史：高血压病史32年，血压最高达200/100mmHg，间断口服硝苯地平片治疗。2014年手术后一直未用药，前三年血压稳定，近两年情绪激动后血压升高。平时血压维持在



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



140/70 mmHg左右。否认冠心病、糖尿病史。否认肝炎、结核等传染病史。否认食物、药物过敏史。

家族史：妈妈因幽门癌去世，农民，性格内向，脾气很好，爱干净，室内收拾的很整齐，比周围邻居都干净。父亲，农民，性格外向，脾气急，喜欢干净整洁，做事追求完美。父亲患高血压病，74岁因脑出血去世。患者一个哥哥因为水肿去世（具体病因不详），另一个哥哥受惊吓后出现精神障碍后去世。弟弟是小儿麻痹症。最小的妹妹现在51岁，患高血压病，至今脑出血三次。

个人史：胞八行五，2个哥哥去世。足月顺产，发育正常。孕2产2，1子1女。性格外向，脾气温和，讲究整洁秩序，做事追求完美，有洁癖。十几岁开始偶尔饮酒，患病后已戒。爱人60岁，农民，性格外向，脾气急，喜欢整洁秩序，有烟酒嗜好。女儿做心理咨询工作，性格外向，脾气温和。儿子销售工作，性格内向。

诊断思路：

1. 患者5年前诊断甲状腺癌，行手术治疗。目前双肺、右侧肋骨胸膜、右侧股骨头髌骨坐骨、双肾等全身多发转移。肿瘤病理检查为甲状腺低分化癌，部分呈岛样癌。手术后患者放弃碘131治疗。进行了10次放射治疗。
2. 患者高血压病32年，血压最高达200/100mmHg，术后一直未使用降压药治疗，目前血压维持在140/70mmHg左右。
3. 患者父亲、母亲均对清洁秩序要求高，做事追求完美，考虑具有强迫型人格特质倾向。患者遗传了父母的高焦虑基因，同样对清洁秩序有要求，做事追求完美，考虑患者具有强迫型人格特质倾向。

诊断：

1. 左侧甲状腺低分化癌术后伴全身多发转移（双肺、右侧肋骨胸膜，右髌关节、坐骨，右肾）
2. 高血压病3级

干预方案：

1、生物方面：

- 1) 根据《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》，甲状腺癌出现远处转移病灶可以考虑手术/RAI（选择性碘131治疗）联合EBRT（外照射放疗）/SBRT（立体定向放疗）以减轻



症状，减缓肿瘤进展。继续优甲乐50ug/日。肿瘤科随诊，定期复查。

2) 建议患者监测血压变化。5月份低密度脂蛋白胆固醇水平为2.86mmol/L，总胆固醇、甘油三酯水平在正常范围，颈部血管超声未见明显斑块形成，继续监测血脂水平。建议低盐、低脂饮食，适当运动，控制体重增加。

2、心理方面：认知行为治疗（CBT）。患者对自己的疾病严重程度有所了解，但是自己仍抱希望病情不应该是那么重。自己感觉心态很好，求生的欲望很强。告诉患者目前自己的好心态是很重要的，根据自己的病情严重程度，自己目前的生存时间已经远超了预期的生存时间。这些都和自己良好的心态有关。目前国内外很多肿瘤患者带瘤生存，这一方面是治疗的作用，另一方面就是良好的心态。在自己的有生之年，过自己想要的生活，和儿女们享受天伦之乐才是重要的选择。儿女能为老人做的就是更多的陪伴和关心。患者病情进一步进展可采取姑息治疗。最后的时光可以选择临终关怀，尽可能地为患者减轻痛苦。

3、社会方面：患者儿女孝顺，爱人体贴。虽然儿女都是工薪阶层，但是能负担其患者的医疗费用，而且现在有医疗保险，患者不必为诊疗费用担忧，安心治疗。

【会诊意见】

钟丽萍医生：国际上像这种转移的甲状腺癌，常规还是建议碘131治疗。因为患者是低分化的甲状腺癌，所以吸收不如高分化癌好。可以与肿瘤科医生商议后作出治疗抉择。一般碘131对她最大的害处是可能破坏到右侧的甲状腺，但对身体其他部位应该没有什么副作用。因为只有腺体才会吸收放射性物质，没有腺体的部位不会受影响。像肺部转移的病灶经过碘131治疗能够缩小。治疗手段均为姑息疗法，不可能治愈，至少把病灶控制住，可以延长寿命。

其他治疗手段包括，用局部放疗控制她的疼痛，尤其是骨骼的转移，或者脊椎、神经附近的转移。有目标的放疗，可缩小她的病灶。放疗有很多种方式，必须有专家指导计算放疗射线的种类、剂量和范围。她因为没什么太大的疼痛，所以是不幸中的万幸。现在已经是癌症术后的5年，而且当初手术也不彻底，治疗也不彻底的情况下，患者还存活了这么久，已经是奇迹。

张道龙医生：患者属于不幸中的万幸，有两方面均为奇迹：第一是手术没有彻底，姑息治疗活了5年仍有非常好的状态，可能跟女儿做心理咨询、孝顺有关系。第二是姑息治疗仍



然可以做碘131治疗。局部放疗是为了改善呼吸，减少疼痛。原则是不激进治疗、不要试图根治。心理学建议是做想做的事情，达成未尽的心愿。如果焦虑和疼痛明显，使用**加巴喷丁**。如果食欲不好，睡不着觉，使用**米氮平**，专门治疗抑郁焦虑和睡眠。患者现在的主要问题是焦虑和疼痛，使用加巴喷丁，能改善生活质量，对疼痛不那么敏感。所以患者再活5年，跟父母及哥哥姐姐差不多了，家中平均寿命五六十岁，**患者已经接近家族的平均寿命**，没得癌症的同胞都活不过患者。再有四五年连全中国的平均寿命都达到了。有医保报销治疗费用，有女儿孝敬、作心理调整，还能保持现在这状态，已是不幸中的万幸。**所以不幸的是得了癌症，幸运的是得了不痛苦的癌，还不影响吃饭、上厕所和睡觉，这都挺好的。**要按我的这工作状态可能还活不到您的岁数。

【提问环节】

问题一：对于这个患者，早期的放射治疗和碘131治疗都是比较重要的，但是家属没有选择。这说明什么问题？

钟丽萍医生：**这就是为何要做医生规范化的培训。**许多患者没有做活检，也没有做分期，没有做全身扫描，就盲目开展手术。是否清扫淋巴结，肿瘤的分期等一概不清楚。这些是不规范化的。一般甲状腺癌治愈率是非常高的，如果早期诊断是正确的，分期也是正确的，选择的治疗也是正确，不至于到现在这个地步。**所以临床思路是，第一要确诊癌症，第二要分期，第三要做CT扫描或者是碘131，这些术前就要做。**这样手术的时候就有一个安排，知道是多大的手术，知道是否做淋巴结的清扫，然后切甲状腺的范围是全切，还是只做一个叶的切除。因甲状腺癌主要治疗方法还是手术，所以**手术彻底与否，对它的预后是非常重要的。**如果经过正确的诊治，**甲状腺癌一般是10年的预后。**45岁以下的100%为10年的存活率，存活率是很高的。我们一定要为患者提供循证的信息。

问题二：患者最初手术仅仅切除左侧甲状腺而未切除双侧的做法是否合适？

钟丽萍医生：其实我们根本不知道右侧有没有病灶？我们完全不知道，在做手术之前，本来是要做探查的，应该搞清楚才决定切不切。像这种低分化的甲状腺癌一般是全切的，要把整个甲状腺切掉。因为切掉甲状腺，最多是终生服替代甲状腺素的药，这不是一个很大的问题，比最后转移要好很多。



问题三：这个患者对自己的病情不完全知晓，家属是否应该告知患者真实病情？

钟丽萍医生：这个是文化造成的。按照西方的文化，是完全不可能的。因为患者自己有判断的能力，有做决策的能力，当然有知情的权利。**在中国刚好相反，我们先告诉家属，然后再决定要不要跟患者说，这是对患者智慧的一种侮辱。每个人都有对自己生命做出决定的能力或者权利。**如果把他的这个权利都剥夺了，事实上是不尊重人的。从人文上是一种倒退，而不是一种进步。人都不是傻子，住在肿瘤科，又是化疗，又是手术，患者他真的不知道吗？很多情况下他是知道的，事实上家里的人都是互相在骗。中国人有这种心理，如果大家相互瞒着，这样会让自己心理好受一点，但事实上双方都不好受。

其实可以探一探患者的想法，比如问：你在这里住院这么久，你对这个病是怎么看待的？至少可以看看患者到底是笨，还是装的。如果他知道了，你就问他：为什么不告诉自己的儿女你知道了？然后再跟儿女谈，你父母都知道，你还瞒着他有意义吗？大家都好像是哄我，我哄你，最后对我们的治疗没有帮助，对我们的交流也没有帮助。

张道龙医生：在西方因为伦理跟法律是一致的，不可能存在着家属知道，患者本人不知道，除非他是未成年人。在中国我们的法律也跟西方一样，患者有知情同意权，怎么可能不知道？实际上医生是在从事违法行为，严格追究是参与欺骗，因为我们的知情同意权写得非常清楚。法律明确的不允许这么做，但这涉及到文化，很多事就一直没有解决。我一般都会这样去问：你病了这么长时间，吃了这么多药，你知道得什么病吗？**我建议你跟家属一起讨论，开个家庭会议，研究一下你的病情。**你们全家都担心这个病，第一个想知道多少，第二个为什么不想知道，第三个还有哪个家属反对不能来开这个会，一起研究预后方案，让患者也参与，这样他能配合治疗。作为一个主治医生告诉患者相反的疾病，然后又用抗肿瘤药物，早晚有一天会出事。这些都是非常可怕的事情，早晚得解决，希望通过立法解决。

Tips: 安宁疗护工作

根据中国国家统计局发布数据显示，截至2018年年底，中国60周岁及以上人口达24949万人，占总人口的17.9%。但是，2015年英国经济学人智库对全球80个国家和地区临终患者死亡质量进行评价，中国大陆排名第71位。如何让逝者有尊严，是近几年中国正在探索并积极解决的事情。安宁疗护是指针对治愈性治疗已无可能的终末期患者从生理、心理、社会和灵性等方面进行积极照护、控制疼痛、缓减不适，帮助患者及其家属改善生活质量，使患者有尊严地走完人生最后一程。目前我国也正在逐步开展城市试点工作，并着力培养相关专业工作者。



科普知识

甲状腺癌的分型分期和治疗方式

责编 | 肖 茜

一、疾病定义

甲状腺是位于喉结下前方的内分泌腺体，由左右两个侧叶和峡叶构成，形状像一只蝴蝶，能够分泌激素（甲状腺素、降钙素）来控制机体的代谢平衡。

甲状腺癌（Thyroid Cancer）是一种起源于甲状腺滤泡上皮或滤泡旁上皮细胞的恶性肿瘤，也是头颈部最为常见的恶性肿瘤。

二、流行病学

近年来，全球范围内甲状腺癌的发病率增长迅速，据全国肿瘤数据登记中心测算，我国甲状腺癌以每年20%的速度持续增长。2013年，全国甲状腺癌发病患者约有14.39万位，每10万人中约有10人患有甲状腺癌，女性发病率明显高于男性。

三、疾病类型

根据肿瘤起源及分化差异，甲状腺癌又分为：甲状腺乳头状癌（papillary thyroid carcinoma, PTC）、甲状腺滤泡癌（follicular thyroid carcinoma, FTC）、甲状腺髓样癌（medullary thyroid carcinoma, MTC）以及甲状腺未分化癌（anaplastic thyroid cancer, ATC）。其中PTC最为常见，约占全部甲状腺癌的85%~90%，而PTC和FTC合称分化型甲状腺癌（differentiated thyroid carcinoma, DTC）。不同病理类型的甲状腺癌，在其发病机制、生物学行为、组织学形态、临床表现、治疗方法以及预后等方面均有明显不同。DTC生物学行为温和，预后较好。ATC的恶性程度极高，中位生存时间仅7~10个月。MTC的预后居于两者之间。

四、甲状腺癌分期

美国癌症联合会（AJCC）甲状腺癌 TNM 分期（第8版 2017年）。

● 原发灶（T）

Tx：原发肿瘤无法评估。

T0：无原发肿瘤证据。



T1：肿瘤最大径 $\leq 2\text{cm}$ ，局限于甲状腺内。

T1a：肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$ ，局限于甲状腺内。

T1b：肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ 但 $\leq 2\text{cm}$ ，局限于甲状腺内。

T2：肿瘤最大径 $> 2\text{cm}$ 但 $\leq 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内。

T3：肿瘤最大径 $> 4\text{cm}$ 且局限于甲状腺内，或任何大小的肿瘤伴有颈前肌的甲状腺外侵犯。

T3a：肿瘤最大径 $> 4\text{cm}$ 且局限于甲状腺内。

T3b：任何大小的肿瘤侵犯累及至颈前肌（胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌或肩胛舌骨肌）。

T4：肿瘤侵及甲状腺包膜外。

T4a：任何大小的肿瘤侵犯甲状腺包膜外累及皮下软组织、喉、气管、食管或喉返神经。

T4b：任何大小的肿瘤侵犯椎前筋膜或包绕颈动脉或纵膈血管。

在T分级中，所有的分级可再分为：（s）孤立性肿瘤和（m）多灶性肿瘤，其中最大者决定分级。

● 区域淋巴结（N）

Nx：区域淋巴结无法评估。

N0：无区域淋巴结转移。

N1：区域淋巴结转移。

N1a：转移至VI区或VII区（气管前、气管旁、喉前/Delphian淋巴结或上纵膈）淋巴结，可为单侧或双侧病变。

N1b：转移至单侧、双侧或对侧侧颈淋巴结（I、II、III、IV或V区），或咽后淋巴结。

● 远处转移（M）

M0：无远处转移灶。

M1：有远处转移灶。

五、临床症状

多数甲状腺癌患者早期没有明显临床症状，常以无痛性颈部肿块或结节就诊。随着肿



瘤的增大，可能压迫或侵犯临近器官或组织，导致患者出现呼吸困难、吞咽困难、颈静脉怒张、声音嘶哑、面容潮红、心动过速等表现。部分患者可出现颈淋巴结转移及远处脏器转移，主要转移至肺、肝和骨骼。

1.早期症状

大多数甲状腺癌患者早期没有临床症状。通常在体检时通过甲状腺触诊和颈部超声检查而发现甲状腺肿块。

2.体征表现

甲状腺癌的体征主要为甲状腺肿大或结节，结节形状不规则，与周围组织粘连、边界不清，质硬并逐渐增大，早期可随着吞咽而上下移动，但后期多数不能移动。ATC常表现为进行性颈部肿块增大，肿块质硬且迅速发展，部分进展期肿瘤累及表面皮肤呈暗红色。

3.自觉症状

晚期的甲状腺癌患者有局部肿块的疼痛，可出现压迫症状，常可压迫气管、食管使气管、食管移位。肿瘤局部侵犯重时可出现声音嘶哑、吞咽困难或交感神经受压引起霍纳综合征，侵犯颈丛可出现耳、枕、肩等处疼痛或其他症状。

部分患者可出现颈淋巴结转移及远处脏器转移。颈部淋巴结转移时常表现为颈部淋巴结肿大，尤其在ATC，转移发生较早；远处转移如转移至肺部时，可出现咳血、呼吸困难等症状；若转移至骨，则出现骨痛、骨质破坏等症状。

4.伴随症状

当甲状腺癌合并甲状腺功能异常时可出现相应的症状，如甲状腺功能亢进时出现激动、心慌、失眠等新陈代谢加快相关的症状；或甲状腺机能减退而表现为代谢减慢，出现畏寒、乏力、嗜睡、记忆力减退等症状。甲状腺髓样癌（如髓样癌）由于肿瘤本身可分泌降钙素和5-羟色胺，可引起腹泻、心悸、面色潮红等症状。

六、治疗方案

甲状腺癌的治疗方案需根据疾病的分型、分期以及患者自身情况个性化制定。DTC 的治疗以外科治疗为主，辅以术后内分泌治疗、放射性核素治疗，某些情况下需辅以放射治疗、靶向治疗。MTC以外科治疗为主，某些情况下需辅以放射治疗、靶向治疗。未分化癌的治疗，少数患者有手术机会，部分患者行放疗、化疗可能有一定效果，但总体来说预后很差、生存时间短。



1.放射治疗

放射治疗是甲状腺癌一种重要的辅助治疗手段，主要分外放射和放射性核素治疗两种。

(1) 放射性核素-碘131 治疗

放射性核素碘131治疗，是利用甲状腺癌细胞具有吸碘功能的特点，将放射性碘高度浓聚于肿瘤组织中，从而达到杀死癌细胞的目的。放射性核素碘131治疗主要应用于原发肿瘤手术无法彻底切除或出现远处转移无法手术切除时，治疗前常规先行全身碘131扫描，确定肿瘤组织有吸碘功能才能进行。

(2) 外照射

甲状腺癌对放射治疗敏感性差，单纯放射治疗对甲状腺癌的治疗并无好处，外照射放疗仅在很小一部分患者中使用。放射治疗原则上应配合手术使用，主要为术后放射治疗。具体实施应根据手术切除情况、病理类型、病变范围、年龄等因素而定。

外放射治疗不良反应较多，急性不良反应包括咽炎、黏膜炎、味觉改变、口干、吞咽疼痛、吞咽困难、放射性皮炎等；迟发不良反应包括食管气管狭窄、皮肤肌肉纤维化、颈内动脉硬化等。

2.化疗

分化型甲状腺癌对化疗反应差，如甲状腺乳头状癌就无化疗的必要，故化疗主要针对甲状腺未分化癌以及一些局部无法切除或远处转移的病例。化疗方案的选择取决于肿瘤病理类型及分期，药物主要包括紫杉类、蒽环类、铂类等。

对于IVA 期和IVB 期甲状腺未分化癌，可考虑在放疗基础上加用化疗。化疗可以与放疗同步使用，也可在放疗后辅助性使用。对于IVC 期甲状腺未分化癌，可考虑给予全身化疗。化疗会产生骨髓抑制相关的症状如白细胞减少、血小板减少、贫血，还包括恶心呕吐、脱发、心脏毒性等不良反应，医生将根据情况对症治疗，严重时终止化疗。

3.药物治疗

甲状腺癌的药物主要是内分泌治疗，是最常用的甲状腺癌的辅助治疗手段之一。通过给药的方式来抑制促甲状腺激素（TSH）的分泌，以纠正甲状腺机能减退，而且能够抑制垂体产生的TSH，防止或抑制该病的复发和转移。常用甲状腺激素类药物有左



甲状腺素片和甲状腺素片，术后应坚持常规服用，进行长期抑制治疗，尤其是甲状腺全切除或近全切除者应终身服药，服药期间应遵医嘱定期监测甲状腺激素和促甲状腺激素的水平。目前较为科学的标准是双风险评估（复发危险度分层及TSH抑制治疗的副作用风险分层）结果，可通过此标准对不同患者制定个性化治疗目标。

4.手术治疗

(1) 甲状腺乳头状癌的手术治疗

- 原发灶处理：

腺叶+峡叶切除： 癌灶限于一侧腺体的T 1 、 T 2 期PTC。

腺叶+峡叶+对侧大部腺体切除： T 3 期PTC或单侧多发癌灶的PTC。

峡叶+双侧腺体内侧部分切除： 病变位于峡叶的T 1 、 T 2 期PTC（峡叶+双侧腺体内侧1/3）或病变位于峡叶的T 3 期PTC（峡叶+双侧腺体内侧大部）。

全甲状腺切除： 双侧腺叶多发癌灶的PTC、已经出现远处转移的PTC或T 4 期PTC。

- 颈部淋巴结处理：

术前颈部未发现淋巴结转移者为cN0，术前临床考虑有颈部淋巴结转移者为cN+。

中央区（VI、VII区）淋巴结清除术： cN0的PTC。

功能性全颈（II-VII区）淋巴结清除术： cN+的PTC。

改良性/根治性全颈（II-VII区）淋巴结清除术： cN+的PTC。

颈部转移淋巴结侵犯颈内静脉、胸锁乳突肌、副神经等组织的PTC，应将受累组织一并切除或根据情况行根治性全颈淋巴结清除术。对于cN0患者，术中发现可疑转移的淋巴结，如病理检查结果为阳性，建议适当扩大手术范围。

- 姑息性手术和（或）气管造瘘术：晚期肿瘤无法彻底切除的 PTC。

- 其他术式

如具备手术的条件，对累及周围组织、器官者，行扩大切除及修复术。

(2) 甲状腺滤泡癌的手术治疗

甲状腺滤泡癌原发灶的治疗原则基本和乳头状癌相同，但因滤泡癌较少发生淋巴结转移，所以除临床上已出现颈淋巴结转移的患者，行颈淋巴结清除术外，一般不作选择性颈淋巴结清除术。对于发生远处转移的患者，可行甲状腺全切，术后行碘131治疗。



(3) 甲状腺髓样癌的手术治疗

- 原发灶处理：
 - a) 目前外科手术仍是甲状腺髓样癌的首选根治方式。
 - b) 双侧发病的散发型甲状腺髓样癌患者，应行全甲状腺切除术，因为此类患者往往是遗传型甲状腺髓样癌家系的先证者。
 - c) 对于无明确家族史，术前影像学检查考虑单侧较小病变的散发型甲状腺髓样癌患者，建议可行单侧腺叶加峡叶切除术，术中常规探查对侧甲状腺，如发现肿瘤时再行全甲状腺切除术。
 - d) 对已发病的遗传型甲状腺髓样癌患者，应常规行全甲状腺切除术。对于伴有嗜铬细胞瘤的甲状腺髓样癌患者，应先行处理嗜铬细胞瘤，再行甲状腺癌手术，否则可激发致死性高血压。
- 颈部淋巴结处理：

甲状腺髓样癌易发生早期淋巴结转移，且转移率较高，故临床淋巴结阳性患者需常规行颈淋巴结清除术，未发现淋巴结转移的其他患者应至少行中央区颈淋巴结清除术，除家系筛查出的未发病的低危组RET突变基因携带者之外，其他患者应至少行中央区颈淋巴结清除术。

(4) 甲状腺未分化癌的手术治疗

肿瘤小且局限于甲状腺内或易切除的组织内，可考虑行全甲状腺连同肿瘤切除，如伴有颈淋巴结转移，应切除受累及的淋巴结，术后需补加放疗。如合并呼吸困难，在了解病变侵及范围的情况下，积极保护呼吸道，可行气管切开后放疗，但放置的气管套管以塑料或硅胶材质的为佳，以利于术后放疗。

七、预后

不同病理类型的甲状腺癌，在其发病机制、生物学行为、组织学形态、临床表现、治疗方法以及预后等方面均有明显不同。甲状腺乳头状癌和甲状腺滤泡癌生物行为温和，预后较好。甲状腺髓样癌可有颈淋巴结侵犯和血行转移，预后不如乳头状癌。未分化癌，临床上较少见，但其致死率极高，中位生存时间仅7~10个月。



八、并发症

分化型甲状腺癌生长相对缓慢，极少引起并发症，如甲状腺乳头状癌和甲状腺滤泡癌。甲状腺髓样癌由于分泌降钙素和5-羟色胺，可引起患者顽固性腹泻，从而引起电解质紊乱。未分化癌生长较迅速，可由于压迫或侵犯其他组织引起阻塞性肺炎等并发症。此外，甲状腺癌手术后，可能会出现出血、喉返神经损伤、喉上神经损伤、甲状旁腺功能减退、感染、局部积液（血清肿）等并发症。

参考文献：

- [1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会：甲状腺癌诊疗规范/指南(2019年版)[J].中华普通外科学文献(电子版), 2019, 13(01): 1-1.
- [2] 杨雷, 郑荣寿, 王宁, et al. 2013年中国甲状腺癌发病与死亡情况[J]. 中华肿瘤杂志, 2017, 39(11): 862-867.
- [3] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学 (第9版) [M]. 人民卫生出版社, 2018: 228-234.
- [4] 刘玉村, 朱正纲. 外科学 (普通外科分册) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 54-60.
- [5] 宁光, 周智广. 内分泌学第二版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017. [8] 张幸国, 胡丽娜. 临床药物治疗学各论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.6: 60-63.
- [6] 吴玉玲. 甲状腺肿瘤患者护理中临床路径的应用[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016, (2): 340-341.
- [7] 杨俊华, 张敏, 张文林, et al. 激励式护理对甲状腺癌手术患者负性情绪及生存质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(23): 3330-3333.
- [8] 葛均波等. 内科学 (第9版) [M]. 人民卫生出版社, 2018: 228-234.
- [9] 英国NIH网站: <https://www.cancer.gov/types/thyroid/patient/thyroid-treatment-pdq>
- [10] WEBMD网站: <https://www.webmd.com/cancer/what-is-thyroid-cancer#2>
- [11] 美国CDC网站: <https://www.cdc.gov/cancer/thyroid/>
- [12] 梅奥医学中心:
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/thyroid-cancer/diagnosis-treatment/drc-203541>



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

