



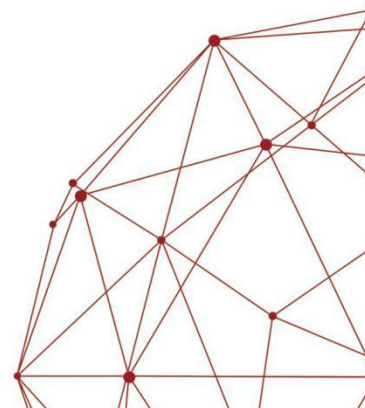
第97期

2019年2月28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 温州康宁医院股份有限公司
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

确认过眼神，就一起加油吧！

作为总角幼童之母的我混杂在80后的队伍当中，常常被仪式感这几个字绑架，一边暗想着比起童年现如今“年”味越来越少，一边努力为老小一家人创造着年味：采买年货，走亲访友，洒扫庭厨，小儿们自然是新衣新裤新鞋子，老人们也需要新内衣封利是，适逢今冬西安的第一场雪也在春节期间驾到，一时间，迎春花上落雪片，西安瞬时变长安，一时间家里家外“中国年最西安”！冬去春来那真是：

窗外飞雪屋内暖，酒醺茶转，
道贺亥年诸事顺，情切意欢！

2月14日美利华如期收假，选日贴切师生在线相会，隔着太平洋情浓只恨见晚，收心开锣，且问诸君，新学期准备你可做好？

提前预习：中美班的教学目的是规范化培训，因此实战课程比重大也最为精彩，然而每个病人都不同，症状的多样性需要临床督导医生充分的灵活性，更需要我们及时了解基础内容。九本教材在手，尤其新学员，一定要“先看书”，不然老师讲课时进度快、方法灵活，很容易听的一头雾水，不知所措，影响学习吸收。

调整作息：假期作息可能不规律，但毕竟诸位日间工作骤减，学习时间可以自由增减，开学之后每天的案例、课程，密度大、内容足，大家要结合自己的实际情况，调整好作息时间，适应新学期的紧张忙碌，对学习方法有困惑的同学们还可参看94期期刊，听听出镜学员的经验之谈以做参考。

制定学习目标：想要工作学习两不误，在这个社群里浸泡式学习，需要持续不懈的调动自己的积极性，制定一个自己的读书计划，有针对性的在课程中甄选出阶段性重点内容，尝试逐一攻破等等都可能帮助自己明确方向。

借用地球新句式共勉学友：

行医千万条，安全第一条，训练不规范，病人两行泪。

3月已来，新年度的仪式感，看到这儿咱就齐活儿了！





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例强迫症共病创伤后脑损伤的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【心理学人】 16

心理咨询师的职责与技术之——形成团队协作意识

【全科医学】 24

想生，也想活！我该如何选择？——一例甲状腺癌术后患者的全科临床会诊

- 案例报告示范
- 会诊后的治疗计划
- 答疑环节

科普：甲状腺癌症



精神医学临床访谈

一例强迫症共病创伤后脑损伤的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生
肖 茜 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 高一	婚姻 未婚
病史提供者 父母及本人	职业 高中学生	病史可靠性 可靠

主诉：“和父母动手打架、冲动攻击，不知道是何诊断。”

现病史：患者6岁时遭遇车祸，当时昏迷几分钟，出现眼睛斜视，10日后逐渐好转，当时未发现其他明显异常。读小学后，母亲特别害怕患者再次出事，管得多，不让其和别的孩子玩耍，啥也不让干。患者开始出现反复询问母亲，“这样做可以吗？对不对？”当时无其他强迫行为。老师反映其爱告状，和其他同学相处困难，说其他孩子不和他玩。母亲也不让患者出去玩，患者基本没有朋友，不与同学来往。经常一上课就肚子疼，很紧张，严重时一周3、4次。无下座位走动、无打人、否认反复拍手、转圈等刻板行为。成绩好，班上15名左右，数学尤其好，对科学、宇宙等感兴趣。当时大部分时间心情可，饮食睡眠好。

初中没有考上本地学校，而去外地住校。患者反映同学们都不好相处，发现有的同学用背心勒其他孩子的脖子。说自己的饭卡别人随便拿来用，但他们不把饭卡给患者用。患者感觉在学校很受气，称不想读书了，心烦，开始对父母发火，成绩仍中上水平。会不分时间、场合的做一些事情，比如一直要去成绩好的同学家，说要去讨论学习，去教导别人。即使别人不欢迎自己，还是一定要去，难以体会别人的情绪、理解别人的话外音。早上6点就去找老师问问题，认为老师也起床了。同一个试卷让不同的老师讲解多遍，看看有没有不同的解题方法。反复做同一道题，去考虑不同的解法。天天擦桌子，比别人的都要干净，开门要用纸包着开。反复刷牙10分钟，跑出去一趟又回来重新刷牙、洗澡，一日2-3次。这些强迫行为的总时间并不长，加起来每日没有超过1个



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



小时。患者在家里不穿衣服，全裸，连内裤也不穿，称穿着不舒服。想做的事情一定要做到，如果父母不听就会大吵大闹。比如凌晨4点要坐火车去看老同学，父母不同意就大闹，说“你们今天闹不死我，我就闹死你们”，非去不可。不理解为什么不可以去找同学，说“同学很好，为什么不让我去找他们”。高一后患者仍住校，成绩下降至倒数，更加独来独往，在校睡觉不脱外衣，说其他孩子是坏孩子欺负人，称被同学吓着了，害怕、恐惧多。要求父母反复摆放家具的位置，此事超过了1小时/日。父母不顺从时，发脾气，把菜刀扔进父母房间，从此休学在家。

2017年春节期间在当地精神科门诊就诊，诊断“强迫症”，予以帕罗西汀20mg Qd治疗，半月后效果不佳，仍不穿任何衣服，去外地找同学，说“谁要我住院就杀了谁”，遂停药。后至A市精神医院就诊，有多个诊断，如“精神分裂症”、“重性精神障碍”、“情绪问题”、“艾斯伯格症”，治疗方案为：阿立哌唑5mg Qn,丙戊酸镁250mg Bid，奥沙西洋7.5mg Qn，苯海索2mg Bid，坚持服药半月。后又某儿童医院住院3个月，诊断“艾斯伯格症、双相倾向、强迫症”，换用舍曲林50mg -200mg Qd,喹硫平400mg Qn,丙戊酸钠500mg Bid治疗，坚持服药1年，反复摆放物品等情况好转，但仍控制不了冲动。回忆舍曲林50mg/日和200mg/日比较，药效方面没有差别。当舍曲林增加至200mg /日时，患者出现兴奋，要买最好的东西，说要当“习近平”。2月前复查头部MRI、脑电图未见明显异常。今年6月18日至B医院精神科住院24日，停用舍曲林，更改药物方案为：丙戊酸钠1000mg Qn,妥泰100mg Qn,美金刚5mg Qn,右美沙芬30mg Qn,氯氮平87.5mg Qn,奥氮平10mg Qn,氯硝西洋6mg/日，喹硫平400mg/日(300mg白天，100mg晚上)，倍他乐克25mg Bid。患者更改方案后冲动改善，但出现心律加快，吐词不清，面部发僵、流口水、疲劳等症状。目前患者情绪较前稳定，但仍要时时顺着他。近日因为母亲买一根玉米而吵闹，认为母亲花多了钱，一定要把玉米退回去。近1年看到狗会想弄清楚狗的解剖结构，而把狗弄死，已经弄死了10只狗，办法残忍、手法各异。有冲动攻击行为，把父亲打伤。饮食睡眠可。

既往史：6岁时因车祸，有头部外伤史，当时昏迷了数分钟（父母不在现场）。**当时头部MRI显示小脑挫裂伤**，余未见明显异常。有**左耳出血、眼睛斜视**，不清楚是否有**脑脊液漏**。当地医院住院10天后眼睛逐渐恢复正常。住院期间意识清，没有不认识人、言行异常、大小便失禁的情况，1月后好转出院，门诊复查时亦未见明显异常。否认癫痫病史。



个人史：家中独子，患者足月顺产，出生时情况正常，无窒息产伤。父母回忆患者和同龄孩子差不多同时讲话、走路。并没有明显发育缓慢。对其他孩子感兴趣，也愿意和其他小孩子玩。3岁读幼儿园时，其他亲戚反映其比较多动，父母并未发现明显异常，老师也没有反映。走路、跑跳、上楼梯均正常，没有易摔倒、无失平衡现象。但学自行车比较困难，骑不上去。

家族史：父亲乡镇社区公务员工作，内向，与朋友相处时多听少说，与妻子沟通少。母亲在乡镇老干局工作，对丈夫和患者控制多，有洁癖，焦虑，好强，所有事必须听自己的，比如孩子上学必须2:10准时出发，基本没有朋友。母亲对父亲要求高，看不惯丈夫，认为其不上进，不与其交朋友，说这是没有用的事。父母感情不佳，冷战多。在初诊访谈时，母亲也表现明显缺乏弹性，对所住楼层有严格要求，要求马上住进尚未出院的病人房间，沟通后劝阻。否认两系三代精神病史。

体格检查：基本正常。

精神检查：

一般情况：患者营养中等，身材适中。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：言语量少，但基本流畅，能清晰地表达自己。

情感活动：情绪欠平稳，易激动和发火。

思维活动：存有强迫思维明显，想做得事情就马上要做。无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。

注意力：集中。

感知觉：正常。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

辅助检查：未查。

【病历小结及概念化】

患者在6岁脑外伤后出现高级认知功能、心智化能力下降，形成创伤后脑损伤。在中学又因寄宿、青春期人际变复杂、学业加重，出现了强迫症状及强迫行为，明显影响了社会功能。遗传上患者是有强迫倾向的，母亲是强迫型人格障碍，在抚养环境中也对其有影响。如果没有外伤，患者很可能发展为典型的强迫症。但是巧合下，6岁时发生脑外伤，外伤影响了高级认知功能、情商下降，增加了冲动性。我认为他症状复杂的原因是两个问题（神经认知受损+焦虑强迫）的“完美”叠加，但是没有核心认知功能（记忆力、定向力）的损害。可以用强迫症加上创伤后脑损伤解释。



初步诊断：1.强迫症；2.创伤后脑损伤

治疗计划：1.生物：首先停用氯氮平，然后需要依次逐渐停用的药物有：美金刚，右美沙芬，妥泰，奥氮平，氯硝西洋。待心律恢复正常后，再逐渐停用倍他乐克。需要继续使用的用药方案：丙戊酸钠1000mg Qn，喹硫平400mg/日，监测丙戊酸钠血液浓度，如果血药浓度已经达到，加用奥卡西平控制冲动。SSRI可尝试使用！坚持运动。2.心理：认知行为疗法、正念治疗。对父母进行认知重构，未来他能够接近正常人，这是合理的期待。3.社会：养身体、暂不考虑工作、多运动娱乐，减少压力，症状不会更重了。

主诊医师：肖茜

2018-07-24

【访谈实录】

（注：本次访谈来访者家庭3人均到场参与，“来访者1”系患者本人，“来访者2”系患者母亲，“来访者3”系患者的父亲）

- 1.Z医生：请讲讲你的困扰吧？
- 2.来访者1：我没有困扰。
- 3.Z医生：没有困扰？那医生说你经常要杀狗，跟父母打仗，把父母亲打伤，这事有吗？
- 4.来访者1：有。
- 5.Z医生：哦。那这正常吗？
- 6.来访者1：正常。
- 7.Z医生：哦。你打完之后后悔吗？
- 8.来访者1：不后悔。
- 9.Z医生：哦，不后悔。那为什么这件事是正常的？

1-9：督导者从了解来访者的主诉开始，但来访者对于自己的状况

- 没有困扰
- 打父母也觉得正常
- 打完不后悔

此时需要思考，这来访者是没有内省力的表现还只是不愿意配合咨询？因此，结合来访者的认知能力进行澄清。



- 10.来访者1：没办法。Z医生：没办法什么意思？你控制不住要打他们，这是一回事，但是你认为他们该打，这是另一回事。你认为父母经常挨揍是对的？
- 11.来访者1：不对。
- 12.Z医生：哦，那还有道理。第二个，你把狗都杀死，我知道你有时控制不住，但是这件事本身知道是不对的吗？
- 13.来访者1：能控制住。
- 14.Z医生：哦，能控制住。那你今天想让我帮你解决什么问题？
- 15.来访者1：没有问题。
- 16.Z医生：没有问题？我挺好奇，当时你出车祸的时候，你还记得吗？说你眼睛斜视，记得是眼睛斜视吗？

在10-12段的对话当中：

- 不能自控所以才打父母？——冲动控制、强迫思维相关的问题
- 主观意识认为父母该打？——认知受损、缺乏是非观念的问题。

来访者认为“打父母是不对”的，说明有内省力、也能明白是非，但当谈话继续，督导医生从冲动的角度解释其虐杀小动物的行为时，来访者又予以否认。思维呈现不一致。

至此可以观察到来访者话语不多，语速迟缓低沉，语言应对简短单一，能明显感觉到来访者与健常同龄人有所不同。

- 17.来访者1：我只记得醒来的时候，妈妈过来看望我，我能看见两个妈妈。
- 18.Z医生：哦，你当时好像说左耳朵流血，是这意思吗？
- 19.来访者1：比方说像那个，我看到教授是一个人，当时是看到两个教授，看到的东西是两个。
- 20.Z医生：哦。那你还记得吗？眼睛往左转、往右转，看的双影往哪边重，记得吗？就是你要直着看我是两个影，但是你要是往左边看，或者往右边看呢，那个双影能清一点吗？
- 21.来访者1：这个没有记住。
- 22.Z医生：没记住，但是确实是两个影。好的。捂上一个眼睛，另一个眼睛看是双影吗？



23.来访者1：单人。

24.Z医生：单眼是单人，两个眼睛一起看是双影对吗？

25.来访者1：嗯。

26.Z医生：好的。但是你记不住是往左边转，俩眼球往左边看，往右边看，哪个更重记不住了？

27.来访者1：记不清。

17-28：询问早期来访者受伤后的身体变化、波及程度。

创伤性脑损伤（TBI）是指后天意外形成的脑损伤，它会造成认知、感觉加工、运动执行、语言交流以及行为和精神方面的损伤，其功能破坏的程度依赖于脑损伤的区域和程度，疾病成本不容忽视。

造成闭合性脑损伤的机制较为复杂，简单归纳可分为由两种作用力造成的，①接触力：指由物体与头部直接撞击，由于冲击、凹陷骨折或颅骨的急速内凹和弹回而导致局部脑损伤；②惯性力：来源于受伤瞬间头部的减速或加速运动，使脑在颅内急速移位，与颅壁相撞，与颅底摩擦以及受大脑镰、小脑幕牵扯，而导致多处或弥散性脑损伤。本案来访者属于由惯性力带来的损伤，表现为有短暂昏迷、视神经紊乱等脑震荡伤，另有小脑挫裂伤、左耳出血（脑脊液外漏？）等可引发脑水肿的问题出现。

脑挫伤指脑组织遭受破坏较轻，软脑膜尚完整者，脑裂伤指软脑膜、血管和脑组织同时有破裂，伴有外伤性蛛网膜下腔出血，两者同时并存临床上又不易区别，故常会合称“脑挫裂伤”。伤情较轻者，脑水肿可逐渐消退，伤灶日后可形成瘢痕、囊肿或与硬脑膜粘连，也是引发外伤性癫痫的原因之一（本案来访者并未出现癫痫）。

时隔久远来访者当时年幼，不能完全记得当时的状况，但从前日资料及对话中可以确认以上的问题的存在并推测已造成的损伤。

28.Z医生：好，没问题，你要没什么想法，那就来问问妈妈吧。你可以把那个麦克风给妈妈。今天想来解决什么问题？

29.来访者2：我感觉这个孩子上初中以后，就有点变化，以前我们没有发现，是中考以后



就发现有点异常，后来我们就休学治疗，在当地吃的那个赛乐特，诊断是强迫。后来吃了又激起孩子有点兴奋，要找同学。

30.Z医生：你说的他**什么时候病重的，是车祸以后还是车祸以前**？

31.来访者2：车祸是6岁时出的车祸。病重是初二的时候有点异常。

32.Z医生：初二相当于多大了？

33.来访者2：初二是十四五吧。

34.Z医生：哦，十四五岁。

35.来访者2：我还以为当时青春期叛逆。

来访者有较为明显的原发性脑损伤，这些问题都是在受伤后立即出现，并且不再继续加重，同样的症状或体征，如果不是在受伤当时出现，而是在伤后过一段时间（时间长短依病变性质和发展速度而定）出现，且有进行性加重趋势，或受伤当时已出现的症状或体征，在伤后呈进行性加重趋势，皆属于继发性脑损伤所致。区别原发性和继发性脑损伤的重要临床意义在于前者无需开刀，而后者特别是出现颅内血肿等问题时需要手术治疗。

通过29-35段的访谈可以了解到，来访者在车祸后短期内（2年可作为参考时长）并无明显的行为改变，反而强迫方面的问题起病于14、15岁左右，则证明强迫与脑外伤的直接原因并不显著，而需要从其他方面考虑成因。

36.Z医生：OK，好的。你有什么问题今天要讨论？

37.来访者2：他**现在是吃了药，现在情绪也挺好**，就是还有几个问题，他那个性格是喜欢自由，比较任性，不喜欢让别人束缚，他一般不愿意接受别人的意见、建议。**性格执拗，有时候我们给他意见或建议，他也听不进去**。再就是他喜欢找和他志同道合的小伙伴玩，一般他合不上群，小伙伴很少。有时候**不按他的想法来，他就有点生气，不高兴，和我们要发点脾气**。目前是吃药后和我们沟通比较少一点，他要求完美，问老师能教我考到100分吗？老师说教不到。他说要满分，要求自己满分。考那个最好的学校，做一个最强大的人。他现在就是心里面想学习，说是我一定好好学习，但实际上我感觉他自己拿不起书本来，这是一项。对自己的要求比较高，他总想比别人强一百倍，这是一项。他也不是赖孩子，也不抽烟、不喝酒，不乱七八糟，他有时候情绪冲动的时候，可能就是控制不住自己吧。他的想法有点高，总感觉实现不了。



38.Z医生：对。

39.来访者2：**想法有点幼稚**，好像就是这样。现在我感觉他吃上药有点**记忆力减退**，**面部表情不如以前那么灵活**。

40.Z医生：对。

41.来访者2：**说话有点吐字不清楚**。比如前天我就是没按他的想法来，下去买了一个玉米，他就一本正经的不高兴地批评我说，来时候都买了那么多吃的了，买了一百块钱吃的，你还不满足，你买那玉米干啥？咱们是来看病的，不是来玩呢。你还以为你是皇帝老子呢。让我去问问把玉米能不能退了，他就不让我买，意思就是没用，来之前买了那么多好吃的了，这是一个小问题。

42.Z医生：好，我听懂了，你想知道这小孩得的什么病，然后下一步怎么能够进一步调整他的治疗是吧？

43.来访者2：嗯。我想问教授，**他这是性格，还是我们日常生活的习惯，还是其他的有点毛病呀**？

44.Z医生：都有了。现在他心跳多少次，知道吗？

45.来访者2：昨天查的是心率是97。

46.Z医生：哦，好。

47.来访者2：这段时间用那个药美托洛尔。

36-47段：作为养育者，近年来男孩的行为表现、就医过程都较为复杂，诊断也一直不明确，母亲提出了非常核心的几点困惑，是来访者本人的性格不好（心理方面），还是日常生活习惯养成的问题（环境等社会因素），想法幼稚、思维简单，说话吐字不清楚（生理方面的问题），长期治疗没有明显收效，家长困惑，本人懵懂，致使学习、生活、家庭关系都产生影响。

48.Z医生：对的，哦，我知道了。你这小孩得的是两个病了，**第一个是强迫症**，这个是没有问题的，就像X医生讲的，假如他没有历史上这些车祸受伤，他就会变成强迫症了，这样的就是做什么事非要去做，追求完美，控制不住，讲究整洁、讲究卫生、讲究对称，就变成这样的小孩了。结果他不巧嘛，出现这症状我们叫TBI，得了**第二个病叫创伤后脑损伤**，所以就造成了刚才左面的脑脊液耳漏，左面颞叶那个侧脑室稍稍有点大，可



能是当年留下的后遗症，然后又出现了眼睛的复视，这都说明当年昏迷时间小于半小时了，记忆以24小时为限，那现在你都记不清楚了，但是看起来当年好像是昏迷了那么几分钟或十几分钟，但是有没有这个昏迷不要紧，他至少出现了耳朵和眼睛的损害，就说明这是创伤后脑损伤traumatic brain injury，诊断叫TBI。**现在就出现这两个病搁到一块，他就变成了特别容易发脾气、特别作**，所以他没有精神分裂症，也没有自闭症，也没有双相，没有这些病了。那**治疗**呢，目前得让他多做运动，运动能够控制他脾气。**药物得调整**一下，可以住院，也可以不住院，回家慢慢调没事，按照顺序。首先要去掉的就是氯氮平，因为它会使你面部表情有问题，使你出现假性帕金森，出现流涎、心跳加快。奥氮平也是如此，因为他本身没有精神分裂症，用不着吃这么多药，因为你心跳快，医生就不得不给你β受体阻断剂，美奈洛尔，这些药都可以不吃了，但是我估计这小伙子听起来会高兴，你药至少砍掉一半，但是得慢慢减掉，不能一下减掉了，按照顺序，我们一会会诊结束让X医生跟你的主治医生讨论怎么去减，慢慢减掉，但是首先今天就可以不吃那个氯氮平了，不会反跳，因为你还有那么多其他的药在体内。因为这个药能使心脏快，他难受，容易激惹。在未来的治疗中，用一个这类的药物没事，比如说思瑞康，他用丙戊酸钠没问题，他估计得用卡马西平或者是奥卡西平来控制他的冲动，因为他是一个冲动的问题，最好未来是用一个抗精神分裂的药，两个心境稳定剂，再加上一个SSRI，就是来士普这类的。丙戊酸钠、卡马西平不是一起加上了，再加上来士普这类的，是控制他冲动，因为他总有暴力，是这个原因去治疗他，不是治疗他的精神分裂症。也不是治疗双相，不是自闭症，他都没有这些病。SSRI还同时治疗他的强迫症，所以他有那些事，坚决让你做，马上就要去做，起来就要看同学，半夜就闹，又追求完美，这类的东西都是强迫症的表现，所以SSRI类，来士普之类能治疗他强迫症。我们给你调一下药，大概能吃三到四个药，用不上更多的药，但是你这个药的种类还行，顺序不对的，所以我们回去得尽量帮你调一下，是这样子的。今天晚上就可以把那个氯氮平停掉，**不要动的是氯硝安定、思瑞康、丙戊酸钠**，只要你这三个药不动，他不会变重的了，那些药就可以慢慢加减，调到最后一个理想的状况，我一会跟初访医生讨论一下这个顺序，那得慢慢调，所以回家调可以，因为你用不着花那些钱，经济条件不好，这个不是一下能调完的，**用两个月时间把它调好就行**，6到8周，这样他就药能少，多运动，得找一个人帮他聊聊天，让他心情愉快点，他总想做这些事，不能不让他做，但是不能够总打仗、闹，所以得有点心理咨询了，不管是用正念减压，还是用认知行为疗法，让



他别发脾气。社会学因素现在就先不考虑他工作的事，顺着他养就行了，爱做什么做什么，爱玩什么玩什么，把心情搞愉快了。所以利用6个月到12个月之内把这个调过来，病也慢慢在变好。他这个病应该不会再重了。如果这些药物都能好，他的这些症状就能够减轻很多，完全治愈不太可能了，因为这都是小时候得的病。但是基本上可以跟正常人一样，就是不去杀动物，不去打人，不去伤人，这都能做到的，但是说完全的都没有问题也不大容易，因为这个东西一半是遗传，跟强迫有关，一半是外伤，巧了凑到一块，所以大致是这么个情况。**不幸是得了这个病，幸运的是有很多药物能治疗，他也能接近正常人，这是你合理的期待。**

再说一遍，生物学治疗是用这几组药，经常用的是一个**抗多巴胺的药**，不能太多，多了影响他智力，反应就慢，记忆不好，不能这样多。第二个用**心境稳定剂**。第三个用**SSRI**，最后用**苯二氮卓**，苯二氮卓是最后一个选择，**最多用这四类药**，这是生物治疗。心理咨询就是CBT、认知行为疗法。社会的这个因素，目前别给他很大压力，让他吃得饱、睡得着，爱玩点什么玩点什么，这样有6个月到12个月就调过来了，这样清楚吗？我让初诊医生给你到时候打电话，告诉你具体怎么做。

49.来访者2：教授，我明白了。我还有一个问题想问问。

48-49段：给出诊断和治疗建议。从生物-心理-社会三方面进行调整，由于来访者用药多且杂，在逐一说明之后，最后更简洁的做出总结性回顾，明确指出用药的调整方向，便于家属理解。

50.Z医生：嗯，没问题。

51.来访者2：就是他初中二年级的时候，吃药之前，有一段时间话多，**没完没了的打电话给亲戚们**，他住校离家挺远的，离300公里，就是给亲戚打电话，给大姨打、大姨夫打，又给我俩打电话，打得没完没了，就是话多，有点兴奋。但是有一个假期，回家的时候，他就是睡在家里，一上午就睡觉，没人时候就不起，有人时就起来坐上一会，就和我讲，妈妈真愁啊，我愁的不知道干啥呀。后来吃那个赛乐特，就买东西买得不得了，就是买最好的，买最贵的，吃饭要最贵的、最好的，送老师礼品，就是买，不停地买，还有就是这样一个问题。

52.Z医生：对的，这都不是主要的问题了。主要的问题就是刚才说他有强迫症，再加上创伤后脑损伤。我一会会完诊之后，让X医生跟你们跟踪，告诉你怎么去治疗，他慢慢调



药，不着急，这是他最重的状态，不会比这再重了，但是我们需要让他再稳当一点，能跟正常人一样生活，这个病也不影响智力，所以问题不大。

53.来访者2：嗯，谢谢教授。孩子爸也想和教授聊几句可以吗？

54.Z医生：可以，说吧。

55.来访者3：这个孩子吧，是不是因为环境刺激的原因导致他的？

56.Z医生：不是，两个原因，第一个是妈妈的遗传能占一半的原因，就是像强迫症，第二个是他创伤后脑损伤，就是大脑失去抑制了，环境也起作用了，这两个是主要原因，环境是次要的。

57.来访者3：这个环境他住校.....

58.Z医生：如果他的性格像你就不会这样了，他像他妈，脑袋又给打了一下，现在他脑内还有后遗症，当时是左耳朵出血，眼睛斜视。现在是左侧的那个脑室扩大，这都是当年留下的后遗症，所以大脑、小脑受伤，都让人变得有冲动，冲动控制不好。

50-58段：在这里，母亲所描述的像是强迫症状出现后，来访者使用SSRI类药品有转躁迹象；父亲想表达的是初中上学期间的住校环境有没有可能是影响他性格、行为发生变化，这些虽然不无可能，但是也只是单一的某一个症状或因素，因此，更需要的全面的对其进行理解，而不是片断性的考虑这个或者那个。督导师把遗传方面的因素与环境方面的影响结合在一起，再一次给出说明。

59.来访者1：现在我脑袋靠在墙上的时候，脑袋的左边那个骨头会先靠在墙上，右边的骨头就靠不住。

60.Z医生：哦，那我倒不了解。因为我们做了CT，看到你那有扩大，这是当年留下的损伤，它容易让人变得冲动，所以这就是组合。但是好处我告诉你，不会再越严重了，现在能这样的，也不影响智力了，也不会再重了，好好配合治疗，多听父母的话就没问题。你看你现在跟父母互动就挺好，但是你来了脾气就控制不住，又打又闹，优点就是随着年龄的增加人慢慢成熟，另外用些药物就会好，但是他不会像父亲那样内敛了，他比较像妈妈这么急、闹这类的人，大致是这样的。所以说巧合了，但是这个病，我跟你这就是最重的了，我们只能越来越好，不会越来越坏。

61.来访者1：还有就是我二年级的时候吧，我左脑这一块受到钝击，有一个孩子射过来的



时候，刚好在我太阳穴的上边。

62.Z医生：OK，对的。对的，那都可能的，你这明显是脑外伤有一部分后遗症了。所以大致是这样，清楚了吧？回去按照这个，初诊医生会给你们个综合的意见，告诉你怎么治疗，慢慢调药，或者跟你的主治医生讨论一下，但这个不需要住院，需要慢慢调药，需要6到8周，药减少，而不是多。会诊完之后给你拿一个最后的意见，因为你们不是医生嘛，所以会诊完之后你慢慢执行，有什么问题再联系好吧？

63.来访者2：谢谢。

64.Z医生：不客气，谢谢你们来访。

65.来访者2：谢谢教授。

59-65段：来访者主动加入谈话，谈到自己的“躯体感受”，督导师基于检查结果向来访者解释脑部的这些改变使得行为受影响，并引导来访者配合家人合理控制行为，进行进一步治疗（心理教育）。外来访回忆起小时假受过第二次受过脑部损伤，被同学们打到过太阳穴处，听起来属于前述脑损伤的解释中“接触力”的问题，但严重程度及对后续不良行为的影响不可知，而且问题不论严重程度如何，已经不影响诊断，因此，鼓励+安慰，给出预后的时间节点判断，结束本次来访。

【对病情的回顾及个案概念化】

患者当时左耳朵出血，眼睛斜视，是创伤后脑损伤（traumatic brain injury, TBI）的表现。在脑外伤、脑组织出现移动的时候，斜视是外展神经损伤，所以他就会出现看双影，但是一定是往一面看重、一面看轻，直看是双影；脑脊液都耳漏了，说明脑底移动了，小脑也受损伤，那一定是移动的了，就是撞的，不管是打的还是撞的，外展神经是所有颅神经在颅底走的最远的一个，只要颅底一动，首先损伤的就是外展神经，所以它拉伤，但很快就恢复了，而不是断了，所以特点是复视，因为它在颅底走得最长，小脑的挫伤，这些都指示他是TBI。托吡酯要不要用？**托吡酯的其中一个副作用引起神经认知障碍，所以有神经认知障碍的人不能选托吡酯。**监测一下丙戊酸钠的血药浓度，看浓度是否已经达到治疗剂量。若已经达到，建议加用卡马西平或奥卡西平控制冲动。然后去除他的氯氮平正确的，会导致心跳快，唾液多。给他加了这个药，再给他加β受体阻断剂，不能人工的把他诱发成心跳快，然后再人工的让他心跳低，这样做是不可以的，所以这两药当然得拿掉，先减掉氯氮平，后减掉美托洛尔，所以这得慢慢去调



了。苯二氮卓类是备选的，因为经常在创伤性脑损伤的时候苯二氮卓类会出现相反的作用，越用它冲击越强，就是苯二氮卓类很奇怪，在创伤性脑损伤的背景下它会出现相反，不是抑制，它反而是兴奋，你得去试，所以这个如果要用的话，也是最后用。然后你适当用一点SSRI控制他冲动可以去试，大致是这么一个顺序。但是不能用思瑞康、氯氮平，再加上奥氮平。因为它们都是类似的药，都是从氯氮平那发源过来的这三个药，所以只用其中一种就行了。否则就出现多巴胺受体阻断太多，所以这个病人现在出现了不仅仅是流涎，不仅仅是面部表情出问题，行动也迟缓，脑袋反应也慢，三个药搁到一块就会过量。

所以这病人诊断是：TBI里中度。原因是意识丧失是30分钟以下，脑脊液耳漏，出现了一过性的外展神经损伤，核心智能受损不明显，不能诊断以精神障碍为主的疾病，它是神经外科疾病。但是**另外一个病——强迫症**，它那些表现是不能用创伤后脑损伤完全解释的，只能说它俩作用互相叠加。所以一元论来说，都是冲动控制不好，强迫症的人冲动控制不好，必须要去摆（放），有强迫思维，必须去做，大脑损伤以后的人也会出现这些事。那他预后好的部分是什么？第一个没有骨折。第二个他没有持续性的堵塞，他是一侧脑室颞角较大，如果两侧都大就完了。如果是当年小脑出血特别多，他就会蛛网膜下腔出血，堵塞第四脑室的出水口，就会出现双侧脑室扩大，这病人就麻烦了。现在他好在是一侧，所以在颞角，在左边，所以损伤也是在左边，所以这个就是比较好的，不幸中的万幸了。他意识丧失没有超过30分钟，记忆损伤没有超过24小时，比如说第二天他妈去看他，他说：“你是我妈吗？净开玩笑，你是哪的人？你不是护士吗？”这就麻烦了。他说：“我怎么在这躺着？妈，我怎么不回家，谁给我放到病房了？我怎么会是在医院里？”24小时以后继续这样，那就比较麻烦，这就是严重的，后面出现大麻烦。他损伤还不是最重，可能是小脑直接平移这样的，而不是内部损伤特别多，轴突容易全部都损伤，那比较麻烦，所以大致是这样。明显他像他爸爸打一下问题不大，他爸爸这种人脑袋，左边打一下，右边打一下问题不大，但他这样的就麻烦了，本来不打都出现这种事，据他说还打两次，一次是车祸，一次是拿棒子，这就是很麻烦的事，那你得给他保护好他脑内剩下的多巴胺，坚持运动，心理咨询治疗让他开开心心的，提高患者内省力，与患者讨论觉不觉得爸爸应该揍。如果患者认为养这么多年下来，也不好好给你挣一个房子，整死他得了，假如他这样认为那就大麻烦，证明没有内省力。他还行，说我控制不住，但是确实也不该打，这还好，我测一下他有没有内省



力，为了知道他的损伤有多大。最后心理咨询就是认知调整，社会资源方面，他现在没有工作，继续休学，把药物慢慢调好。

【现场讨论及答疑】

关于为何要给出强迫症的独立诊断以及TBI的主要症状表现。

提问一：为什么一定要把强迫症单独诊断？我（出镜医生）的理解是他现在这种冲动，不能够用神经受损来解释，无论是从他的遗传、教育，还有他的症状方面，就是强迫症非常突出，所以他不能够用脑外伤所解释，所以一定要单列，并且作为第一诊断。

督导回答：那是其一。其二发病的时间非常重要，TBI发生，脑外伤都是在两年之内，两个月到两年最重，就是因为他脑袋损伤，脑水肿，互相之间也不协调，所以一般都是在两个月到两年，所以基本上两年以后就轻了，就变成后遗症了。他的发病是在两年以后，因为他说6岁得的创伤，他8岁还没发病，他说十四五六岁，而恰恰这个时间是强迫症的发病年龄，所以病理模式为什么非常重要、精神动力学为什么非常重要、发病时间为什么非常重要，你这样它就分开了。但有的时候你分不开，正好是16岁，再挨一棒子，那就没办法。又吸毒、又有精神分裂症，那就没办法，等着时间去找答案。他这就是能分开，大部分时候能分开，这个病人是这两个原因，但主要是发病时间的原因，不能够用TBI来解释他这么明显的强迫，早晨起来闹，说4点钟我得去看同学，不看不行，我们的TBI不是这种表现，经常是头疼，经常躺下来不舒服。**创伤后脑损伤主要表现的不是精神，而是神经系统的症状，什么头疼，易激惹，记忆不好这类的。**

出镜学员：好。老师，我能不能这样解释，您觉得他小学的时候问题不突出，可不可以理解为，因为他那个时候就只用学习，也不跟同学打交道，他妈也不让他打交道，他有问题也凸显不出来，他很简单。

督导回答：不是，TBI是外伤，是大脑的损伤，所以很快就显示出来，比如说抱着头，怎么这么疼？我的记忆怎么记不住了。怎么就发脾气了，因为它是按照大脑的损伤来的，所以说你脑袋受损伤，脑袋里出血了，不管几岁你都会满地跑，只是你等年龄大了，说知道描述什么针刺样头疼，什么偏头疼而已，你小的时候就是满地打滚，但是你那个神经系统的症状，他不会延迟那么多年再去发作，所以像士兵基本上都是两年之内疼得一塌糊涂，怎么查都查不出来，怎么弄都弄不了，就是非常难过，两种镇痛药都难以镇



痛，当时说明他损伤非常之严重，有的鼻子都闻不着东西了。过了两年就闻上了，慢慢又好了。

出镜学员：老师您的意思就是说，如果他真的是这个脑外伤引起的这个认知损害，不太可能在小学期间有不明显的表现，他必然会小学期间被老师或者是家长明显的发现，不太可能是初中之后再加重？

督导回答：创伤两年之内，一般都两个月之内高发，最晚两年，你这都超过最晚了，还双倍了，所以就不能往上靠了。

关于诊断为什么是TBI而不能是神经认知障碍

出镜学员：我看到书上在神经认知障碍这一章里面，有一个分类就是由创伤性脑损伤所致的重度或轻度的神经认知障碍，是有这个诊断的。要是从另外一个层面回到我们这个案例，我能不能这样理解？您为什么不给他诊断神经认知障碍。是不是因为您觉得他的智力受损不严重？而他是情商，适应功能，理解人这方面有问题，不是他智力受损，所以您就感觉他不是神经认知障碍。我能这样理解吗？

督导医生：正确的，对的，这样说我就同意，就是他主要不是神经认知的问题，他是个强迫症的问题，因为这个带来他人际关系也受损，强迫症的人到最后都有这种人格问题，因为他不跟别人交往、不跟别人闹，他不是以神经认知为主要表现。（诊断神经认知障碍）的意思说，认为他是老年性痴呆这种病。你等于跟它俩并列去了，我不能跟它并列，但是你要如果写上那个，你得写上他因为TBI，那我能接受，意思我还得讨论他的TBI。就是因为他不是神经认知障碍为主的疾病，是因为脑外伤加上强迫症，然后变成了这样。你没有看到这病人的时候，你描述这个病人给另一个医生，你不能把它跟血管性痴呆，跟老年痴呆并列到一块去，那样下诊断，不等于他们都是一样的了。这小孩告诉我们“眼睛歪斜，耳朵也漏液，小脑也出血”，你诊断神经认知障碍，那我不能接受，到现在也没发现他神经认知有问题。

出镜学员：对。如果今天这孩子他到我们现场时，他明显的表现记忆力的问题，或者是注意力的问题，或者他不能理解你的话的问题，那您可能就会跟他诊断神经认知障碍了，是这样吗？

督导医生：正确的。就是这病人站在你面前，第一个印象给你感觉是什么，他是一个精神科的强迫症，你非要说他是神经认知障碍，我不能接受。但是他有这样的病史怎么



办？是这意思。和病人来了之后看见，发现他神经认知，不知道东南西北，记不住东西，他说的都是这些困难是他的主要困扰。我谈完之后，我就问仨问题：问他是哪一年？中华民国。这有问题了。你啥时候受的伤？6岁。那你这肯定神经认知后遗症，那对。他都不知道我们是哪一个国家。你咋不说清朝呢？说我最近看个电影是清朝。那咱不是清朝吗？谁是国家主席？康熙大帝。那时你就再诊断不迟。

出镜学员：我知道了。就是因为神经认知障碍它原来是叫痴呆，就是那种智能的受损，那不是这种情况了。

督导医生：正确的。你的原因是外伤，所以你就不能把我引导到那，但是我已经说了，你要引导到那，你给我写成TBI我能接受，说明你了解是那个原因带来的，但是你也得写OCD，所以这就是原因，我们的主要精神问题的那些表现你不能用痴呆来解释，你看那个阿尔兹海默像你这样的表现？所以你变成了他是一类病，血管性痴呆，那是病因了，哪个病都不是那样，我不能接受。这20类的障碍，就告诉你这是大致哪一类，你得说明他像哪个，虽然它不是一个病，你一定不能把OCD给解释成他是跟老年性痴呆一样。怎么能它俩一样？那你就得再想想，得怎么解释。整个的模式看完，哪个更能解释他。像我们现在聊这个故事听起来就对了。就是记住哪是类别，哪是病名，把类别病名搞错了，这病名还得符不符合他。

出镜学员：对。昨天这个问题我也是觉得不太对头，但又说不出为什么。比如说您看像这个患者，其实他也不是智能有问题，但是你不能说他没有认知功能的损害，比如说他就是不理解别人那种话外音，背后的意思，他也不知道别人不欢迎他，他以为别人欢迎他，他也对狗没有那种同理心，这种东西不是智能，那是什么呢？

督导医生：认知，认知功能。只不过认知的最主要的损害，就是定向力方面的问题他没有。**认知功能的两个最主要方面定向力跟记忆**，如果这两个没有就不是主要这个病。你不能说一个人抽象思维不好，我们的正常人也有糊涂的，一辈子都是稀里糊涂的，也是认知不行，那你不能给他诊断神经认知障碍，他基本上也吃穿住，就是这样的。

出镜学员：就是这个东西它不是神经障碍的核心症状，它不是核心的那个智力的受损？

督导医生：对。但是他是认知功能受损，是抽象思维问题，是心智化水平不够。

出镜学员：所以我昨天就觉得很奇怪，这个孩子他智力我倒觉得没有问题，但是这个认知功能他又跟正常人不一样，所以这个确实用创伤后脑损伤解释比较好。就是更广义些的认知受损。但是这个不好测量是吗？这种没办法把他精准测量？



督导医生：可以的，就是让他做一些抽象思维的题，举个例子，最明显的就是精神分裂症这样的，你说鸟跟飞机有啥区别？这最简单的了？它还有更复杂的，就是**神经精神测评，你会发现他抽象思维能力不好**。但是最简单的，你说诗歌跟小说有啥区别？或者它有什么一样的地方？它们都是文学艺术产品，OK。不明白的说，诗歌是诗歌，小说是小说，这是严重的，就是你不用做测评，直接问就能问出来。但是更高级一点的得做测评，做完能看出他有问题、缺陷。

出镜学员：所以不管是智力发育障碍也好，还是神经认知障碍也好，我们精神科的这两个病，指的那种损害是那种核心智力的损害，可以这样理解吗？

督导医生：对的，痴呆的核心永远是记忆或者是定向力，这两个受损就是智力下降，如果不知道这是医院？说这是宾馆，那床不也是跟宾馆都是白色的床单，这就是痴呆了。他啥也不知道，周围这么多线索你都整不清楚。但是你说我不知道在颐和园附近，这个可以，这跟教育程度有关。问诊中他们提供情况说孩子对妈妈花钱不满，说：“妈妈咱们是来看病的，不是来逛的，咱们买了100块钱东西，你为什么还要再买苞米！”小孩说到这种程度，你还认为他有痴呆。怎么能这样？明显告诉你他正常嘛。这属于是那种软的，就不再是核心了，就只要大致知道这样，他讲道理就行。他说什么，你不知道吗？那苞米，那一个就是代表着上帝，两个就是代表着佛教，三个那就吃了一辈子都不饿，你为什么带那么多？带一个咱们就够一个月的了，这就是傻了，一个鲍鱼够一个月的量，那你这样说就有问题了。他这种情况不能叫傻。

他还告诉我是左边太阳穴给我打了一下，那是一个棒子什么的。他说成这种情况，你还说傻吗？我说你那个眼睛复视是往一面去的，还是往正前去的？他说我记不清楚了，但是前面肯定是复视，就是俩影。你看，现在我看你是一个。就是这种对话，你还说他傻，那我也不知道你想干什么。

在美国病人是以高中生为标准，不是教授为标准，高中生，没有上过大学的人，做的这正常值。就是他跟那个比就损失不太大，他肯定不聪明了，但你不能说他是痴呆，是这个意思。

【在线答疑】

问题一：从患者的受伤和症状表现来看，有可能是额颞叶受损吗？

督导医生：这个病人是颞叶受损，额叶我不知道，因为没有证据表明，当时他说的是脑脊液、耳漏，再加上小脑都偏后，最后脑桥小脑角不是在外展神经，偏后，嗅神经、视



神经偏前。所以他的损害偏后，没有证据表明它是额叶，那如果是就是了，我们不知道。我们看到的都是中间偏后，你的颞叶颞脚不也是在后边，脑桥小脑角也是外展神经，脑脊液、耳漏也是在脑桥、小脑角，都是围绕着小脑这部分，看来是中间偏后撞了一下，所以你得知道这损伤在什么。**我们是有一分证据说一分话。**

问题二：这个患者有没有可能是OCPD？

督导医生：他才18岁嘛，以后慢慢可能变成这样。但**现在这诊断已经足够了，抓紧治疗，不要等他发展成OCPD**，有可能以后发展成这样。因为有了强迫症就把这个停下来，因为脑外伤他就变成别的了，所以这件事够他忙活的了，能不能OCPD我还不知道，再观察一下，不急的了。

问题三：有没有可能是反社会的倾向，因为他杀狗呀？

督导医生：有反社会倾向，但不诊断反社会人格，因为他原来也没有品行障碍。他现在主要的问题是，**大脑失控**，他就变成了没有控制，就是大脑受外伤以后的人，有脑血管病都可能是这样，化学损伤，那血管病把那脑袋给堵了，这个人变成了特别喜欢跟儿媳妇打架，跟儿子骂，所以他变成了反社会行为，但不一定是反社会人格障碍。**反社会行为跟反社会人格障碍不是一回事**，不诊断他现在是人格障碍，因为轴一这两个病这么明显。这TBI的，神经外科的病和OCD就够要命，抓紧治疗、抓紧用药物，抓紧治疗能治疗的，我们这些事都不去做，着急去诊断人格障碍干什么？他可能有，这么多病，当然有可能变成人格障碍，现在他主要的问题不是人格障碍，是有事控制不了，记住**人格障碍是完全能控制，就是处理不好人际关系。强迫症，还有TBI是控制不住的**，想到什么必须要做什么——我想打你就必须打，我要杀你就必须杀，就变成这样的。心情变得极其暴躁，怒路症什么，这种表现不是要诊断他有反社会人格障碍。

【总结】

今天这是个非常复杂的案例，即使对于医生来说这都是很难，今天为什么告诉你要用卡马西平、丙戊酸钠，至少少量的SSRI，但是尽量不要用托吡酯，不要用氯氮平。为什么？这些你都只有正确的诊断才能导致治疗，误诊必然导致误治了。那心理咨询的时候你得知道怎么去劝，药换的话，得知道怎么换，不能突停了，先换什么后换什么，像这个病人毫无疑问先减氯氮平，后减奥氮平，你不能倒过来，是因为他首先心脏和唾液都是这个原因，氯氮平一旦拿掉了， β 受体阻断剂也可以拿掉了，美托洛尔，然后再去动奥氮平就好办，就是按照顺序去做，你再看这个病人是不是测了血液浓度又回来了，



不行先加量。如果血液浓度已经90了，那你就不要再加了，想办法加一点奥卡西平，这类的东西都是随着你治疗逐渐的去调整他。好的医生就是这样，不断地治，最后能达到一个比较理想的状态。总是这样的，没有一个人能够100%的正确诊断治疗，但是病人就是我们最好的老师，勤奋学习，就是我们的必由之路，参加规范化培训是你的不二选择，否则的话，你就会所有的解释都是随机的，都是想象出来的，而不是循证的。大致如此。

【课 后 思 考】

近年各种临床技术的发展和传播都更加迅速和多样，这背后能够想象到的是心理咨询行业的兴趣与热度正在升温。然而一如我们所看到的那样真实世界中的人们，在不同的文化背景下，处于不同的人生阶段，有过各自的经历与故事，问题多样，人群更具有异质性，面对被孤独感、失败感、焦虑和苦闷笼罩的一个又一个个体和家庭，“终身学习、勇于实践”已经是立志于精神/心理临床工作者不可避免的现实。

加入美利华中美班，相信我们每天看到的不同案例，使得越来越多的从业者意识到，从事精神心理临床工作既需要熟悉医学、教育、司法犯罪、福利福祉等各领域的广泛知识，也需要根据个体的特点及状态能应对的整合性，可以说，需要我们每一位临床工作者成为心理问题的“全才、通才”。想要达到这样的实属不易！人，谁都不完美，面对同样不完美且被苦恼包裹的来访者，究竟我们应该如何才能以更好的状态、更成熟而可信的专业态度面对他们、援助他们，是摆在我们所有人面前的共同课题。

今天的个案，重点不仅仅在于问诊技术这个层面，更多是面对复杂病情是的整体思路及梳理方法，值得我们反复玩味！病痛是不幸的，通过个案学习如何更好的帮助有类似问题的人群，幸福的却也不仅是我们！



心理学人

本期期刊中的个案，既有神经外科的问题，又有精神医学的相关症状，来访者表现多样，流转于各大医院服用各种不同的药物，但始终未能解答来访者家人的困惑故而来访。面对这样的案例，我们在感到复杂棘手的同时，更多的应该想一想，作为心理工作者，假如我们在自己的执业场所遇到这样的个案，能给予他们什么样的帮助？是不是只有医疗才是这个家庭需要的帮助呢？做为非医疗专业人员，我们自身应该注重哪些能力的培养以应对临床工作对我们的要求？就这个话题，参考笔者留学日本所经历的专业训练及要求，我们将分两期与大家谈谈与精神医疗相关的心理咨询师必须掌握的能力！

心理咨询师的责任与技术之

形成团队协作意识

编辑整理| 王剑婷 心理咨询师

1、团队医疗：从医院到社区

随着医疗服务的高水平、专业化进程团队医疗也越来越受到重视。专业分化与发展当然与学术背景有关，更是出于实务需要而诞生的。单一专业不能实现的全方位的关怀，因为多职种协作而使其可能性增加是团队的主要功能。团队医疗的实践不仅仅在医疗机构内部，作为【从医院到社区】的国策也推动着团队医疗的发展。

1.1地域包括型关怀

以日本为例，现代日本两大医疗前进方向的提示性关键词为：社区包括型关怀和多职种联动。作为世界上最早成为超高龄社会的日本，65岁以上人口在2042年将迎来3900万人的峰值，在此之后75岁以上人口的比重也会持续增加。约800万的团块世代（注：专指日本在1947年到1949年之间出生的一代人，是日本二战后出现的第一次婴儿潮人口。）在2025年以后将越过75岁，国民医疗及看护费用将会更为增加，因此这一问题被专家称为“2025问题”。

尽可能的在住惯了的地方，能够在保持个性的前提下持续生活迎接人生终结，不仅仅是医疗，更是一体化提供“居住、医疗、看护、预防、生活援助”方可称为社区包括型关怀。这个体系除着我国社区及全科服务的推广与完善，将来势必是各市村街道或地区政府在地区的主体下，按照各地区的特性来尝试实现的。团队医疗也是在地区生活的前提下开展的。当前国家大力推动的全科医疗及规范化培训即可见到这样的思路。



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



1.2多职种联动

为了实现即使患病，也可以在自己家中这样生活惯了的场所当中疗养，持续保有自己个性的生活这一目标，除了医疗及看护服务以外，包括日常的生活支持（配食、守护等）由多职种联动来提供的包括型且持续的在宅医疗、看护非常必要。为此心理咨询师积极协同工作在地域包括型关怀的推进作用非常被期待。

2、团队医疗中的多职种联动

2.1医疗化

医疗不仅仅停留在医疗机关内，更加扩展在其它方面是对社会的医疗化的一种解释。早在1980年Conrad和Schneider所著的《脱离与医疗化》一书中，出生、死亡、增寿、闭经等从前被认为是“常规人生过程”中的那些非医疗性问题、精神障碍、酒精使用障碍，肥胖，成瘾、进食障碍，儿童虐待，孩子的问题行动，学习障碍，不妊症，性功能障碍等这些“脱轨”问题以及其他那些被看作是疾病或障碍纳入医疗的对象被称为“医疗化”。不仅是医疗从业人员，有时包括来自于患者们的压力，随着新的疾病的概念、新的治疗或看护方法被不断推进，医疗的对象一直在持续的扩展增加。人类基因工程初期阶段的结束，也更多的从遗传因子的角度提供了更多的分类及治疗方法。

医疗化进程一方面增加了医疗从业者的影响力，更增加了责任及业务量。为此团队医疗中的医疗从业者面就不得不理所当然的需要去处理各种各样看似是医疗对象对问题，而心理咨询师洞察这种压力并开展工作的必要性随之而来。

2.2理解医生的特性

医生的专业意识包括态度、价值、志向这三组内容。

作为专业人员的医生从传统而言一直以来被赋予的职责与价值。比如助人，持续不断地接受新知识的刺激、富有创造力且具有独创性。

作为职业积极参加医生的职业集团并为之奉献。比如表现为关心关注职业集团内外部的价值并在规定范围内开展活动。当提供具体的医疗服务时，符合那个阶段的妥当的标准等。

对个人判断及自律性的强调。例如，正是由于医生工作既复杂又具有非定型的特殊性，被赋予基于经验基础之上的判断，立足于职业特性的专业人士所具有的自尊与专业人士的理念连动，发展出与其他职业集团完全不同的更为优秀的，确保拥有独立管辖权的动机基础。另一方面，医生基于自己所从事的职业，也会存在“扩大化行动”或信息



分享不及时的情况，心理工作的专业人员如何能够一方面理解医生的工作习惯及特性，一方面能够相互配合完成工作则变得非常重要。

2.3团队医疗当中，心理专业人员所应该具备的能力

在组成团队医疗的职业群体当中，“帮扶援助”是多个工种都会有所要求的，团队工作的过程中，如何不以工种为束缚，排除职业本身所谓的优劣性，相互补充相互依靠非常重要，也就是说每个人既是好的独奏者，更是乐团中的一员，能够协作出优美的旋律。作为心理专业工作者对于医疗场面所需要的能力，特别需要注意以下四个方面：

2.3.1多元化的理解力

心理问题是以身、心、环境等多方面因素复合而成，需要整合性、多角度的去理解个体，对掌握医学、医疗等多方面的知识都有相对的要求，心理咨询师作为非医疗环境培养的专业人员，至少应该掌握主要的躯体疾病的标准诊断及治疗流程等相关知识。

2.3.2从动力学的理解与协作

心理咨询师除了个体的心理动力之外，在团队中也需要看到团队中的动力关系，心理工作作为跨界性的专业，更应该以独立的视角看到个体也看到团体当中的关系模式并有效的调整、发挥其功能。

2.3.3与沟通能力不足人士的交流能力

在医疗场面，面对重症患者、临终关怀对象及其他各类表达困难群体也需要不同方式的支持与关心，把握造成沟通困难的心理或生理因素并在此基础上尝试多种手段与这些人群交流，提高自我的沟通能力则尤为重要。

2.3.4学习知识与技能

除了在工作场所通过日常实践进行学习与积累，心理咨询工作者更需要通过学会、研究会等方式不断地扩展专业技能，并为自身创造朋辈支持体系。



一位刚刚 30 岁出头的青年女性，却不幸罹患甲状腺癌，同时还被查出患有多种内分泌紊乱的相关疾病。她性格上一直追求完美，自我要求高。这些疾病的发生属于身心疾病吗？与她的高焦虑是否有关？患者急于生子，是要早做打算还是蕴藏危机？请看美国全科钟丽萍医生和精神科张道龙医生对这位患者的联合会诊。层层剖析复杂病情，抽丝剥茧地从生物-心理-社会各角度提出有针对性的治疗方案——

想生，更想活！我该如何选择？

——一例甲状腺癌术后患者的全科临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
责编 | 肖 茜 医生

患者 31 岁女性，已婚，硕士学历，职业为高校心理咨询师。

主诉：“月经不规律 13 年，甲状腺癌术后 6 个月，想了解如何全面治疗”来诊。

病史简介：患者于 2018 年 5 月（当时 31 岁）体检发现甲状腺左叶触及一 2x2cm 质硬肿物，边界不清，随吞咽上下活动。既往体型高大、偏胖。自 18 岁起经常出现月经紊乱，有时两三个月来一次月经。超声检查示：甲状腺左侧叶中部腹侧探及大小约 25*13*9 的稍低回声结节，纵横比 ≥ 1 ，边界欠清，形状欠规则，回声不均匀。边缘可见多发低回声钙化，前方紧贴包膜，局部外凸，余腺体回声均匀，CDFI 显示腺体内血流正常，双侧颈部扫查未见明显肿大淋巴结。超声诊断：甲状腺左侧叶结节考虑 TI-RADS-WM 4C 类。术前实验室检查：促甲状腺激素 3.89uIU/ml (TSH: 0.27-4.2)，游离甲状腺素：18.31Pmol/L (FT4:12-22)。血尿常规、肝肾功能、凝血功能未见明显异常。于 7 月 12 日行甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+喉返神经探查术。病理：（左叶及峡部）（右叶）甲状腺乳头状癌。肿瘤大小分别 2.2*1.2*1cm，0.1*0.05*0.05cm，前者癌组织侵及被膜。单送“中央区”淋巴结内见癌转移 5/10。

术后低碘饮食，3 周后复查 FT3:1.52 Pmol/L (3.1-6.8) ↓，FT4:2.38 Pmol/L (12-22) ↓，TSH: 100uIU/ml (0.27-4.2) ↑。术后 5 周，于 8 月 10 日入院拟行 I¹³¹ 治疗。入院检查，心电图示窦性心动过缓、T 波改变。实验室检查示：中性粒细胞百分比 79.21% (40-75) ↑。淋巴细胞百分比 11.82% (20-50) ↓。谷丙转氨酶 59.9U/L (0-49) ↑。予以左甲状腺素钠片 75μg/日，早空腹服用，该药长期服用。于 9 月 10 日、11 月 2 日复查甲功，结果如下：



检查项目	9.10 结果	11.02 结果	参考值
游离三碘甲状腺原氨酸 Pmol/L	3.81	4.58	3.1-6.8
游离甲状腺素 Pmol/L	13.57	15.72	12-22
血清促甲状腺激素 uIU/ml	100	30.85	0.27-4.2

11月11日入院进行碘131治疗。治疗4天后行全身前后位、后前位扫描，可见全身显示良好，颈部甲状腺床可见大量放射性摄取灶，余未见明显异常摄取灶。出院诊断“甲状腺癌术后；继发性甲减”，嘱患者定期复查，5个月后考虑进行第二次碘131治疗。本次出院后，调整左甲状腺素片175ug每日晨起服用一次。患者自第一次术后，精神状态一般，食欲尚可，体重增加近10kg。睡眠欠佳，入睡困难。甲状腺术后自觉记忆力明显进退。二便无明显异常。

既往史：10岁时因经常感冒，切除扁桃体。盆腔B超检查，双侧卵巢多囊性改变。2017年性激素检查提示，睾酮升高，2.29nmol/L（0.29-1.67），黄体生成素21.41mIU/ml（2.4-12.6，卵泡期）、促卵泡生成素5.45MIU/ml（3.5-12.5）。超声：双侧卵巢可探及多个小囊性无回声区，未探及优势卵泡回声。诊断多囊卵巢综合征。**个人史**：7岁时，父母离异，随母亲长大。青春期后开始变胖。15岁月经初潮，经期一般30天左右。读大学后，出现月经周期不规则，无痛经。结婚2年，两地分居，一月见一次面，未避孕，至今未孕。否认吸烟、饮酒史及毒品接触史。**家族史**：母亲性格固执，爱干净，从事会计工作。母亲年轻时，月经不规律，周期2-4个月，无法预计经期。身高：170cm，体重：77kg，BMI26.64。体查及神经系统检查未见明显异常。

【诊疗概念化】

患者母亲体弱，孕期免疫力低，月经周期不规律，有的时候一年来2-3次。母亲在整个孕期都好像处于感冒状态。患者出生后体弱，小学阶段经常感冒，10岁扁桃体切除，15岁初潮，经期一般持续3天，量少。青春期后，体型发育健壮，与一般男性相比自己体型显得比较壮，父亲及姑姑都比较高大。月经是否规律与环境变化有明显关系，比如外出上大学的前两年、工作地点在不同城市变换、出差时，内分泌失调，出现月经周期延长，痤疮等。婚后两年未避孕，夫妻两地分居，一直未孕。B超提示子宫、双侧卵巢多囊性改变、未发现优势卵泡。性腺激素检查提示睾酮升高、血清FSH偏低而LH升高，使LH/FSH>3，结合临床症状（经期延长、经量少、超重、不孕、面部皮脂



分泌过多、上唇汗毛多、打鼾等），符合**多囊卵巢综合征**的诊断。

健康体检发现甲状腺结节，甲状腺功能未见异常，除月经不规则、经常手脚发凉，出汗多外，无其他提示甲状腺功能异常的体征或症状。行“甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+喉返神经探查术”，病理诊断为**甲状腺乳头状癌**，有侵及甲状腺被膜、中央区淋巴结受累，属于T4N1M0。术后自觉记忆力减退、体重增加、TSH升高，符合**继发甲状腺功能减退**的诊断。

TSH抑制治疗的目标值既能降低癌症复发、转移，又能减少亚临床甲亢导致的副作用，提高生活质量。根据2012年《中国甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》，超过90%的甲状腺癌是分化型甲状腺癌（DTC），主要包括乳头状癌和滤泡状癌。DTC患者预后良好、死亡率较低，但是约30%会出现复发或转移，其中2/3发生于手术后的10年内，因此应重视术后随访和监测。

根据指南，评估患者肿瘤复发危险度分层，患者有甲状腺癌组织侵及被膜、有淋巴结转移，属于中危组。TSH抑制治疗的副作用风险分层属于低危组（中青年、无症状、无心律失常、无肾上腺素能受体激动症状或体征、无心血管疾病危险因素、无合并疾病、绝经前妇女、骨密度正常等）。基于上述两种风险的评估，该患者TSH抑制的目标值，术后1年0.5-1.0mIU/L，5-10年随访期为1.0-2.0 mIU/L，定期评估心血管和骨骼系统情况，预防和治疗相应病变。

患者需终身进行甲状腺激素替代治疗，以TSH水平达到正常范围为准，动态进行疗效观察，不同阶段（现阶段、孕期、围绝经期）治疗的目标值不同，因此患者应在调整剂量过程中重视随访，定期监测TG、TSH、FT4、颈部彩超。围绝经期还要进行钙、VD、骨密度的监测。长期抑制TSH可能导致亚临床甲亢，引发不适症状和一些不良反应，如心率增快、房颤、左心室增大等，绝经后骨密度降低的风险增大，因此，在服药过程中要动态进行监测。

【初步诊断】

- 1、甲状腺癌术后；
- 2、继发甲状腺功能减低；
- 3、多囊卵巢综合征；

【干预方案】：



生物层面：由家庭医生指导药物剂量调整、随访监测各项指标、生活方式指导等。

1、左甲状腺素钠需终生服用：

服药时间的建议：晨起空腹服用一天的剂量（目前为 3.5 片），与早餐的时间间隔最好是 1 小时。如果当天的药物漏服，可于晚餐后 3 小时后服用。如果服用钙剂或者铁剂，与药物的时间间隔最好为 3-4 小时。

剂量调整的建议：现每日剂量为 175 μ g，6-8 周后监测 TSH 水平，调整药物剂量，原则上每 4 周增加 20-50 μ g，以术后一年 TSH 水平达到 0.5-1.0mIU/L 为目标，一般维持剂量为每日 75-200 μ g。

2、监测：

继发甲减的症状可能需要数月或者数年才能稳定，长期随访有利于早期发现有无复发或转移，动态观察病情进展评估治疗效果，调整治疗方案，也可以对某些伴发疾病比如心脏疾病等进行动态观察。目前患者可 6-8 周监测 TSH 水平，调整治疗方案。术后 1 年内可 3-6 个月随访一次，达到治疗目标后可 6-12 个月随访一次。

3、预防骨质疏松

每天保证 1200mg 的钙的摄入。VitD400 ~ 800IU/天，进行必要的体育锻炼，如走路、瑜伽等。根据血钙、25 羟基维生素 D 的结果，评估是否需要额外补充钙剂和 VD。

4、生活方式指导

病人应该积极进行锻炼，减少高脂肪、高糖食物的摄取，降低体重。这样可以促使雄激素水平下降，对恢复排卵有利。目前饮食结果，优质蛋白较少，可增加白肉类、淡水鱼类的摄入。注意休息，预防感染。

心理层面：患者从事校内心理咨询工作，工作量大，责任重，需要看到自己追求完美，过度认真的行为模式，增加心理弹性，降低要求标准。

社会层面：减少工作压力和环境变化，尽量不熬夜和加班。将病情与丈夫沟通，碘 131 治疗后，至甲状腺功能稳定期间，尽量避免孕。



【本次会诊需要咨询的问题】

- 1、患病前，从事某高校心理咨询工作，就自己一个工作人员，上千学生。工作量大，工作认真负责，需要亲自处理有心理危机的学生。
- 2、夫妻两地分居，有生育需要，现在躯体情况，甲状腺和子宫卵巢都不理想，不知道该怎么办？

主诊医生：谢兴伟

【钟丽萍医生的会诊意见】

钟医生：1.关于甲状腺癌的问题。因为患者不是一个非常早期的癌症，已经有淋巴结转移，然后被膜也有一点点侵及，所以一定要随访，再进一步做碘 131 治疗。很多情况下，甲状腺癌的切除不是很完整，总会发现别的地方有一些甲状腺遗留的腺体，所以碘 131 的治疗非常重要。然后碘 131 治疗的时候，TSH、T3、T4 的水平也非常重要，一定要按照医嘱。比如在治疗之前，要把 TSH 值上调，目的就是让甲状腺组织吸取碘 131 达到最高的水平，因为 TSH 可以刺激它的吸收。那时会经历一些比如说低甲的情况，大概有三到四周。进一步结合碘 131 治疗，这个要看肿瘤科的医生是怎么规定的，比如到底要做几个疗程，以后做进一步扫描的时候，看看碘 131 的吸收率哪个地方还高，可以决定要做几个疗程。在这个期间是不宜怀孕的。患者一定要把癌症处理好了，碘 131 的治疗完成了，才能怀孕。有几个原因，如果一旦怀孕，对甲状腺的要求就非常高，然后如果还有一些残余癌细胞，需要进行碘 131 的治疗会影响到胎儿，这些就注定了这个期间最好不要怀孕。关于甲状腺癌复发的的问题，因为该患者不是一个非常早期的，所以一定要去随访，患者的复发率比早期的要稍微高一点。

2.谈谈患者不孕的问题。事实上患者已经结婚两年多了，每个月都会有夫妻生活，所以可能是有不孕症，这不孕症事实上有两个原因，一个就是有多囊卵巢，排卵肯定会受到影响。还有一个原因，是患者有甲状腺低下，在甲低的情况下，会影响到排卵，影响到月经，但是主要原因还是因为多囊卵巢所致，甲低是继发性的。多囊卵巢有较好的治疗方法，一般用二甲双胍，从低剂量开始，慢慢的增加剂量。突然使用高剂量容易导致腹泻、腹痛，影响患者依从性。服用二甲双胍后，很多人月经会恢复正常，并有排卵，就很有可能怀孕，所以这个期间一定要注意避孕。

3. 还有患者的痤疮，化验睾酮也升高。可以服用安体舒通，是一种利尿剂，可以降低睾酮水平，帮助改善痤疮和月经。基本上用这两种药就可以了。怀孕以后安体舒通是



不宜服用的，但二甲双胍即使怀孕了还是可以继续服用的。还有一点最重要的就是体重要减下来，患者体质指数是在超重或者肥胖的范畴，一定要达到正常的范围。因为有多囊卵巢综合征，如果减轻体重，可以避免发展成为代谢综合征，或者是造成 2 型糖尿病胰岛素耐药，所以体重控制非常重要。还有建议查一下催乳激素。如果催乳激素高，有时候也会影响到排卵。服用二甲双胍要注意补充一点维生素 B12，最好是含到舌下的，不要通过小肠吸收的，或者是注射也是可以的。

4.关于饮食方面。除了低碘饮食以外，一定要把碳水化合物的摄入降低，像甜食，比如饮料、果汁、大米饭、面包等少食。因为患者本身有胰岛素抵抗，碳水化合物会容易造成 2 型糖尿病，所以从现在开始一定要控制饮食。

5.关于随访的注意事项。如果 B 超显示有肿大，一定要去回访，还需判断是否要做活检，这个是很重要的，不能忽略。监测的指标，第一就是 TG（甲状腺球蛋白），这是一个非常重要的指标。另外，B 超如果现在已经发现有颈部淋巴结肿大，就不能等到下一次复查了，马上就要看医生，查看为何肿大，是否因为甲状腺癌转移的问题，有时要查哪个淋巴结肿大，甚至要做一下细针穿刺活检。做碘 131 治疗以后要扫描的，会看得出来哪个灶区吸收碘 131 会升高。比如甲状腺手术区肯定是升高比较高的，如果是别的地方发现吸收升高，那就进一步做影像检查。

6.避免骨质疏松。可进行有承重的锻炼，比如像举重，可以增加骨密度。维生素 D 要多补充，400 到 800 个国际单位不够，至少服用 1000 个国际单位/日，有时候甚至吃到 2000。在血液检查的时候，检查 25 羟基维生素 D。人一天钙的需求量大概 1200 个毫克，但是要注意钙也不能额外补充太多。因为如果饮食里钙的摄入比较多，比如吃很多的奶酪，就要考虑口服补钙是否减半。并不是每天都要额外补充，并非纯靠吃维生素或者是这些营养品来补充。有时候钙太多，对于心血管也是不利的，还有肾脏，需要注意平衡。饮食里摄入了多少，再补充多少，每个人的饮食不一样，可以根据常识计算。

【张道龙医生的会诊意见】

张医生：患者毫无疑问是甲状腺癌的问题。患者很多的病都跟神经内分泌有关，像甲状腺、扁桃腺很早就有问题了，然后现在又出现多囊卵巢，这些提示内分泌系统都很紊乱，也包括体重、体型等。实际上患者的妈妈喜欢干净，有一些强迫，一个强势的女人才能自己带一个小孩。患者本身工作还比较较真，精益求精，一个人对付一千多个学



生，所有的事情实际上都是看出患者家是比较追求完美、比较强迫，容易焦虑这类的性格，这是为什么这种人容易得身心疾病。

刚才钟医生讲了该怎么治疗，我这里只强调一点，先别把精力放到是否怀孕上。因为我观察患者的精神动力学，就是患者还在努力想抓紧塑身，通过服药立即将多囊卵巢治好等等，我觉得这都是次要的，“救命”是首要的，因为患者是甲状腺癌的术后，有30%以上的复发率。得了肿瘤以后都是每5年计算，因为每存活5年都是难得，10年就是奇迹，15年都是临床治愈了，是很不容易的，这个时候患者应该保命要紧，而不是去讨论怎么生小孩的事，根本不适合去讨论这件事，它本身容易引起焦虑。另外患者的整个免疫系统都是异常的，甲状腺素也不正常，直接跟小孩大脑的发育有关。所以现在要怀孕，有一系列身心疾病，甲状腺激素都不正常，尚在进行化疗、或者放疗，生出的小孩难以健康。所以现在尽量少往这方面想，先保命，配合治疗，控制怀孕，以后再去研究其他的事，至少两年之内都没有必要去讨论这事。这样就调整认知，把有效的精力放到重点的事情上。

【案例总结】

遇到这样的案例更能展现出为什么要持续的做医疗之家这样的服务。她的母亲跟她很明显有神经特质了，我怀疑她有强迫型人格特质，使她整个神经免疫系统都出现大规模异常，这时认知上还得学会调整，现在第一个就是保命要紧，第二个就是保健康。第三个才涉及到生小孩。先把前面的事情理清楚，否则后面的事情就没有意义。生一个不健康的小孩，或者没办法继续照顾他，这些都是我们不期望发生的。做事，要把主次调整清楚。钟医生谈及到了很多诊断治疗，如果我们没有这个案例，我们没办法去把这些讲清楚。从本案例能体会为什么要看全科医生？专科医生没有办法协调这么多事。你是甲状腺的医生，她问你多囊卵巢；你是个多囊卵巢的事，她问你怀孕。这个患者就涉及到不光是多囊卵巢的问题，她不光是生物学的问题，还有心理的问题，还有社会资源的问题。你能看到为什么80%到85%的患者要钟医生这样的全科医生或者医疗之家来管理。这是真实的病人，我们过去人为把它割裂了，分成内外妇儿神经。实际上患者的需求80%到85%都是这些多方面的，所以这是为什么要有全科医生。所以我认为，我们国家目前搞全科规范化培训是非常重要的，要把它深入的、规范化专业的进行下去，这很不容易。全科不代表不专业，它也是24个专科医学之一，等于是专门去训练全科医师掌握多方面知识的一个科。在西方的医疗系统里，不管英国、美国，还是亚洲的日



本，全科医生都非常重要，我国未来也将如此。

科普知识

甲状腺癌

甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤，约占全身恶性肿瘤的 1%，包括乳头状癌、滤泡状癌、未分化癌和髓样癌四种病理类型。以恶性度较低、预后较好的乳头状癌最常见，除髓样癌外，绝大部分甲状腺癌起源于滤泡上皮细胞。发病率与地区、种族、性别有一定关系。女性发病较多，男女发病比例约为 1 : 4。任何年龄均可发病，但以青壮年多见。绝大多数甲状腺癌发生于一侧甲状腺腺叶，常为单个肿瘤。

病因

1.碘与甲状腺癌

碘是人体必需的微量元素，碘缺乏导致甲状腺激素合成减少，促甲状腺激素（TSH）水平增高，刺激甲状腺滤泡增生肥大，发生甲状腺肿大，出现甲状腺激素，目前意见尚不一致。而高碘饮食可能增加甲状腺结节的发生率。

2.放射线与甲状腺癌

用 X 线照射实验鼠的甲状腺，能促使动物发生甲状腺癌，细胞核变形，甲状腺素的合成大为减少，导致癌变；另一方面使甲状腺破坏而不能产生内分泌激素，由此引起的 TSH 大量分泌也能诱发甲状腺细胞癌变。

3.促甲状腺激素（TSH）慢性刺激与甲状腺癌

血清 TSH 水平增高，诱导甲状腺出现结节，给予诱变剂和 TSH 刺激后可诱导出甲状腺滤泡状癌，而且临床研究表明，TSH 抑制治疗在分化型甲状腺癌手术后的治疗过程中发挥重要的作用，所以，甲癌术后最常用的抑制复发的方法就是 TSH 抑制疗法。但 TSH 刺激是否是甲状腺癌发生的致病因素仍有待证实。

4.性激素的作用与甲状腺癌



由于在分化良好甲状腺癌患者中，女性明显多于男性，因而性激素与甲状腺癌的关系受到重视，有人研究甲状腺癌组织中性激素受体，并发现甲状腺组织中存在性激素受体：雌激素受体（ER）和孕激素受体（PR），而且甲状腺癌组织中 ER，但性激素对甲状腺癌的影响至今尚无定论。

5.生甲状腺肿物质与甲状腺癌

凡能干扰甲状腺激素正常合成，而产生甲状腺的物质，就成为生甲状腺肿物质，包括木薯、萝卜、卷心菜、硫脲嘧啶、硫氰酸盐、对氨基水杨酸钠、保泰松、过氯酸钾、钴、锂盐等食物和药物，以及含硫碳氢化物、钙、氟过多的饮用水。

6.其他甲状腺疾病与甲状腺癌

在一些甲状腺良性疾病如结节性甲状腺肿、甲状腺增生、甲状腺功能亢进症的患者中，有少数合并甲状腺癌。甲状腺腺瘤也有发生癌变的可能。

7.家族因素与甲状腺癌

约 5%~10%的甲状腺髓样癌患者有明显家族史，呈常染色体显性遗传。临床上也可以见到一个家庭中两个以上成员同患乳头状癌者。

临床表现

早期多无明显症状和体征，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。典型的临床表现为甲状腺内发现肿块，质地硬而固定、表面不平是各型癌的共同表现。腺体在吞咽时上下移动性小。未分化癌可在短期内出现上述症状，除肿块增长明显外，还伴有侵犯周围组织的特性。

随着病情的进展，晚期压迫气管可产生呼吸困难，气管移位，并有不同程度的呼吸障碍症状，若肿瘤侵犯气管时可产生呼吸困难和咯血，当肿瘤压迫或浸润食管，可引起吞咽困难，当肿瘤侵犯喉返神经时可产生声音嘶哑，和交感神经受压引起 Horner 综合征及侵犯颈丛出现耳、枕、肩等处疼痛。局部淋巴结转移可出现颈淋巴结肿大，有的病人以颈淋巴结肿大为首要症状。颈淋巴结转移在未分化癌发生较早。髓样癌除了有颈部肿块外，由于肿瘤本身可产生降钙素和 5-羟色胺，前列腺素等物质，常有腹泻腹泻、心悸、面色潮红等症状。



检查

1.B 超

超声检查是诊断甲状腺肿物性质的首选检查，对于已知或怀疑有甲状腺结节，以及其他影像学检查偶然发现的甲状腺结节(如 CT、MRI 以及 18F-FDG PET/CT)都应进行甲状腺及颈部淋巴结的超声检查。且可以发现触诊难以发现的较小肿物。我们平日里体检报告所说的甲状腺结节分级标准如下所示

表 3 甲状腺影像报告和数据系统分级(TI-RADS)

Table 3 Grading of thyroid imaging-reporting and data system (TI-RADS)

分级	解释
0级	影像学评估不完全,需要进一步评估
1级	阴性发现
2级	良性发现
3级	可能良性发现(恶性可能<5%)
4级	
4a级	低度可疑恶性(恶性可能5%~45%)
4b级	中度可疑恶性(恶性可能45%~75%)
4c级	高度可疑恶性(恶性可能75%~95%)
5级	典型恶性征象(恶性可能≥95%)
6级	已行活检证实的恶性肿瘤

2.核素扫描

甲状腺结节核素显像可显示甲状腺结节的位置，大小，形态，也能提供甲状腺结节的功能和血供情况。结节的功能和血供状态与病变的良恶性有关，功能越低下血供越丰富，结节为恶性的几率越大。实体性甲状腺结节应常规行核素扫描检查，甲状腺癌显像多表现为冷结节。

3.CT 和磁共振成像

主要用于了解甲状腺癌侵犯范围和转移情况。



4.甲状腺穿刺活检 (FNAB)

FNA 是评估甲状腺结节良恶性最准确和最有效的方法，在超声引导下行针吸细胞学检查或穿刺组织学检查，用以判断肿物的良恶性。有关甲状腺结节的处理意见都是以 FNA 的结果为依据制定的。术前评估甲状腺结节良恶性时，FNA 是敏感度和特异度最高的方法。超声引导下 FNA 是甲状腺结节鉴别诊断的重要检查。甲状腺结节的首选检查是细针穿刺细胞学检查。

5.血液检查

甲状腺肿瘤治疗前后常需进行促甲状腺激素、甲状腺激素、甲状腺球蛋白、降钙素、甲状腺素结合力等项目的检查。检测血清降钙素水平和癌胚抗原有助于髓样癌的辅助诊断。甲状腺球蛋白持续升高常常提示复发。

诊断

对所有甲状腺的肿块，无论年龄大小、单发还是多发，包括质地如何，均应提高警惕。主要根据临床表现，若甲状腺肿块质硬、固定，颈淋巴结肿大，或有压迫症状者，或存在多年的甲状腺肿块，在短期内迅速增大者，均应怀疑为甲状腺癌。结合 B 超、核素扫描、针吸细胞学检查等，确定肿物性质。有的患者甲状腺肿块不明显，因发现转移灶而就医时，应想到甲状腺癌的可能。髓样癌患者应排除多发性内分泌腺瘤综合征的可能。对合并家族史和出现腹泻、颜面潮红、低血钙时应注意。

治疗

甲状腺癌的治疗原则为以手术为主的综合治疗。治疗方法主要取决于患者的年龄、肿瘤的病理类型、病变的程度以及全身状况等。以手术为首选，术后辅以内分泌治疗，必要时选用放、化疗在内的综合治疗。

1.手术治疗

甲状腺癌的手术治疗是其主要治疗方法，包括甲状腺本身的手术，以及颈淋巴结清扫。不论病理类型如何，只要有手术指证就应尽可能手术切除。对分化好的乳头状癌或



滤泡癌，即使是术后局部复发者也可再次手术治疗。甲状腺的切除范围与肿瘤的病理类型和分期有关，范围最小的为一侧腺叶加峡部切除，最大至甲状腺全切除。

2.内分泌治疗

甲状腺癌作次全或全切除者应终身服用甲状腺素片，以预防甲状腺功能减退及抑制TSH。乳头状腺癌和滤泡状腺癌均有TSH受体，TSH通过其受体能影响甲状腺癌的生长。国内一般选用干甲状腺片或左甲状腺素，要定期测定血浆FT3、FT4和TSH水平来调整用药剂量，使体内甲状腺激素维持在一个略高于正常但低于甲亢的水平之间。

3.放射性核素治疗

对乳头状腺癌、滤泡状腺癌，术后应用碘131放射治疗，适合于45岁以上患者、多发性癌灶、局部侵袭性肿瘤及存在远处转移者。碘131治疗注意事项：①患者在服碘131后头3~5天应住隔离病房，出院后尽量避免接触孕妇和儿童；②碘131治疗3~6个月后可进行复查；③有生育要求者，需在碘131治疗结束一年以后方可考虑怀孕；④治疗期间要停用甲状腺素制剂和限制含碘饮食。

4.放射外照射治疗

除未分化性甲状腺癌外，其余类型甲状腺癌对放疗敏感性较差，故外放射治疗是未分化癌的主要治疗方法。分化型癌无需常规放疗，如手术后有残留或有孤立性远处转移灶，应及时给予术后放疗，尽可能降低局部复发率。

5.其他治疗方法

一般用于未分化癌术后的辅助治疗或晚期姑息性治疗。对于不可手术的晚期患者或肿瘤累及重要血管、器官时，为延长患者生存时间，可试用介入治疗。对不能耐受手术治疗的患者还可考虑微波、激光、射频等物理消融方法。

预后

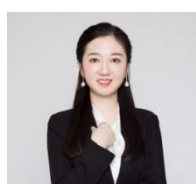
主要与病理类型、年龄、肿瘤大小等有关。乳头状癌和滤泡状癌预后较好，癌预后最差。年龄是影响乳头状癌和滤泡状癌预后的关键因素，复发率和病死率的增大而增高。



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
- 张心怡** • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 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

