

# 儿童心理行为发育问题缘起家长

家长既是始作俑者 又是解决问题的关键者

▲ 哈尔滨儿童医院青春期医学专科 马莹

一段孩子的独白：

“我爸爸太严厉了，如果我在饭桌上调皮地看看他，他就会在桌子下面踢我。父亲也有一个这样的爸爸，他爸爸也这样对他。”

——多尔，15岁

“我们可以看到父辈一代会把自己在成长过程中所存留在潜意识中的记忆无意识传递给子一代。孩子的一切心理行为发育问题都与父母、家庭有着不可分离的关系，甚至可以这样比喻：孩子是症状，而家长是病因。那么家长在孩子心理行为发育问题中都扮演了什么角色呢？”马莹用一段孩子的独白向我们提出了一个发人深省的问题。

家长带着孩子到医院想解决的问题就是如何“修理”孩子，而医生却要追

本溯源，要看到问题的起源地在哪里，也就是通过一些方式让情景再现，沿着路途把一个个扣子都解开。当家长像回放一样看到问题产生的真正原因时，在决定改变方向不再针对孩子时，就是问题解决的开始。所以如何呈现孩子与父母问题的根源就变得非常重要。为了能够生动的、无阻抗的、动态的回应家庭的状态，所以我们选择了房-树-人绘画心理分析。

19世纪末20世纪初，弗洛伊德指出，艺术

作品可以作为个体无意识表达的通道。随着家庭疗法的发展，Hanna Yaxa Kwiatkowska（1978）将绘画治疗引入家族评估和家庭治疗之中。他发现，全家共同参与艺术创作时，对于整个家庭关系和某些家庭部分的修复，可以产生正性作用。家庭绘画也可以显现出成员之间的连结关系。房-树-人绘画

可以直观的反应家庭成员关系、成长过程、自我认识等。

分析结果发现，单亲家庭或父亲长期在外，母亲易表现为过度保护，不能断奶，阻碍孩子成长。孩子易表现为女性化、敏感、胆小、情绪化。父亲由于没有过多保护，孩子易表现为压抑、退缩。寄养儿童如情感孤儿般渴望

父母关爱。父母不和的孩子的易表现为退缩，焦虑，压抑，行为上常咬手，擦腿（或手淫），抽动并厌食，家长的目的是反复纠正，孩子的反应常抵触、低落、反抗。实际效果使孩子真的成为了“标签”孩子。

父母由于工作忙而忽略孩子后，孩子缺少玩伴，自我陪伴，自我消化，下意识自我解决问题。当青春

期碰上更年期，孩子成为情绪宣泄的对象，家长的嘴就是刺伤孩子的“利剑”，孩子或者会用生命对抗，用鲜血证明生命的存在，从而发生一系列悲剧。

父母的角色应该为创造者，带动者，陪伴者，这既是问题发源地，又是解决问题的决定因素。能够成为孩子真正的陪伴者，是我们最终的希望。



中国医师协会青春期医学专业委员会社会工作组部分专家合影

## 儿童 Graves 病药物选择少 治疗时间长

▲ 重庆医科大学附属儿童医院内分泌科 熊丰



熊丰 教授

儿童甲状腺功能亢进症，是儿童甲状腺肿大的主要原因。主要病因为自身免疫性 Graves 病（GD）。对该病可选用的治疗方法有抗甲状腺药物治疗（ATD）、放射性<sup>131</sup>I治疗及手术治疗。而对儿童青少年 GD 的治疗方案的选择观点不同：美国内分泌医师协会主张大于 5 岁以上儿童 GD 首选<sup>131</sup>I治疗方案，而欧洲、亚洲小儿内分泌协会则推荐首选 ATD 疗法作为一线治疗方案。ATD 所具有的优点是：疗效较好；不会导致永久性甲减；长期缓解后保持甲状腺的完整性。但也有其固有的缺点：疗程长达

数年，患儿的依从性差，部分患者对治疗不敏感，并且停药后复发率较高；有药物副作用，可伴发肝损害或粒细胞减少症。儿科内分泌医师在决定治疗方案的时候，应对患儿临床状况及症状缓解的可能性进行充分评估，以便于选择有效的治疗方法。

常用的抗甲状腺药物分为硫脲类和咪唑类两类。硫脲类有甲基硫氧嘧啶及丙基硫氧嘧啶（PTU）；咪唑类有甲硫咪唑（MMI）和卡比马唑（甲亢平）。

对两类药物的选择，由于 PTU 可引起严重肝损害，2011 年美国甲状腺学会及内分泌医师协会的指南建议：除对 MMI 不耐受者，所有 ATD 治疗的 GD 患儿均应给予 MMI。建议使用低剂量，0.2~0.5 mg/（kg·d），范围为 0.1~1 mg/（kg·d），不同时服用 L-T4，并严密监测副作用。主张儿童青少年 GD 的治疗时间应长于成人。几项长期临床随访发现，2 年 ATD 治疗的缓解率约为 25%，每增

加 2 年治疗时间缓解率增加 25%。因此儿童 GD 患者需延长 ATD 疗程达到长期缓解。

发病时年龄小、甲状腺功能受损严重、发病时血清促甲状腺激素受体抗体（TRAb）水平高及治疗过程中下降缓慢为易复发因素，治疗疗程复发率低。性别、甲状腺大小、体质指数、甲亢家族史和自身免疫个人史对复发无影响。高危复发患儿应及调整治疗方案，给予放射性碘治疗，或手术治疗。



中国医师协会青春期医学专业委员会年会上，来自美国科罗拉多丹佛大学分校 Phil Leiter 教授作了青少年糖尿病管理进展精彩报告

## 青春期矮小治疗原则：注重生长成熟正平衡

▲ 浙江大学医学院附属第一医院儿科 梁黎

青春期矮小一般需满足三点：已开始性发育（女孩乳房≥B2，男孩睾丸≥G2）；身材矮小或身高≤-1SD，但按骨龄的身高标准差在-2SD 以下或预测成年终身高<-2SD；无特殊疾病。常见青春期矮小类型：特发性矮小（ISS）；小于孕龄儿（SGA）生后的持续矮小；特发性中枢性性早熟（ICPP）；原发性生长激素缺乏症（GHD）。

青春期矮小治疗的难点和困惑：如对青春期前矮小（ISS、SGA），rhGH 治疗呈剂量依赖，较大剂量可增加生长速率；但在青春期，大剂量重组人生长激素（rhGH）也可能会加快性发育进程，限制了成年身高的改善；另一方面，性发育启动后，因生长潜力变小，rhGH 改善身高作用受限。

迄今，青春期矮小治疗方法有：单用大剂量 rhGH；单用促性腺激素释放激素类似物（GnRHa）；单用芳香化

酶抑制剂（AI）；rhGH 联合 GnRHa；rhGH 联合 AI。单用大剂量 rhGH 是希望实现青春身高增长的“最后冲刺”；单用 GnRHa 主要为了抑制性腺轴，延缓性发育进程和骨龄增长，延长生长期；rhGH 联合 GnRHa 或 AI 是期望在延缓骨骼增长的同时，增加生长速率、延长生长时间，以促进生长/成熟的正平衡。

治疗过程中需要注意个体化治疗，疗效有个体差异和局限性（家族性矮小疗效差，国外报告两药联合治疗青春早期矮小 3 年平均增高 4.9cm）；GnRHa 不单独应用于 ISS 和 SGA（疗效差、可能影响骨盐沉积峰值）；要考虑各种药物潜在的副作用、巨大的经济代价、药物适应症和儿童用药风险，要有家长、孩子知情同意，必要时伦理委员会备案；治疗前告知联用事项并做好相应检查；不推荐广泛地用于改善身高。