

·综述·

变性手术及相关问题

Transsexualism and sex reassignment surgery

朱辉 综述, 蔡志明 审校

(北京大学深圳医院生殖外科 广东省深圳市 518036)

期望作为异性来生活和被人们接受,通常伴有对自己解剖性别的不适感和不恰当感,并希望通过外科手术和激素治疗使自己的身体尽可能和所偏爱的性别一致。这种现象称为易性症(Transsexualism)。本病最早由 Esquirol 报道(1838),由 Caldwell(1949)正式予以命名。易性症是一种罕见的性身份障碍(disorder of gender identity),国外有统计发病率为 1/(5~10 万),男女比例约为 3:1。在我国,易性症患者由于受到社会生活环境及伦理道德的约束,主动求医者很少,但这种状况随着社会的进步已有很大改变^[1-4]。

变性手术是针对易性症患者在心理、药物等手段治疗无效的情况下而实施的外科治疗手段,即通过整形外科手段(组织移植和器官再造)使易性症患者的生物学性别与心理性别相符。20 世纪 30 年代起,西方逐渐建立了一门新兴学科——性别重塑外科(SRS),并在 50 年代后得以迅速发展,到 70 年代中期,西半球建立的 SRS 中心就达到 40 个。在不少国家,变性术被认为是常规手术,并纳入医疗保险范畴。不少国家成立了由整形外科、心理学、泌尿外科学、妇科学、内分泌学、伦理学、社会学、法学等专业的专家组成的易性症治疗小组。我国第一例变性手术是在 1984 年完成的。对于真正的易性症患者,变性手术是最好的治疗手段,而药物和心理治疗并没有持久的帮助。国际性焦虑协会(Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGIDA)于 2001 年 2 月在其最新版的《性身份障碍诊疗标准,第六版》^[5](The Standards of Care for Gender Identity Disorders—Sixth version)中提出:"在任何意义上,性别重塑手术都不是一个‘实验性、研究性、选择性、美容性’的手术。它对易性症和严重的性身份障碍是一项非常有效和适当的治疗方法。"

1 病因学^[6]

正常的性别身份发展过程的研究仍处于初级阶段。目前,已经比较明确的是:儿童的性别身份确定是在一个很短的时期内完成的,这个时期大约在 2.5~3 岁。这个时段一结束,儿童就能体验到自己的性别身份,而不论他(她)的生理性别发展到什么程度。对于这种现象尚无理想的解释。易性症的病因学研究目前也同样尚无定论。推测其发生与以下因素有关:

1.1 遗传因素:从胚胎学的角度看,胎儿的性腺结构在发

生的初期是倾向于形成女性性器官——卵巢的,只是由于 Y 染色体的原因,才引起男性性腺——睾丸和雄激素的产生。胚胎 6 周时,在胎儿雄激素的作用下,女性生殖管道的前身——苗勒氏管退化,同时,外生殖器向男性发育,生殖结节伸长成为阴茎,两侧的尿生殖褶沿阴茎的腹侧面从后向前合并成管,形成尿道海绵体部,左右阴唇阴囊隆起移向尾侧,并相互靠拢,在中线处形成阴囊。在缺乏胎儿雄激素的情况下,胎儿的女性化倾向就保留下来,形成女性化表型。如果脑中通过激素而接受男性信息的部位发生障碍,不能接受这种信息,在男性的躯体内保留女性的成分。国外有学者用此观点解释性取向障碍和性别转换症的发生机制。

1.2 激素水平: Sipova 和 Starka 发现女性易性症患者的雄激素分泌过多,可能为宫内发育时激素异常而造成性身份障碍。在出生之后,雄激素改变不了正常成年女性的性取向,然而会使她们中许多人增加性欲或使躯体男性化。

1.3 家庭因素与社会环境:母子接触的持续,母亲的温柔,对儿童心理的健康发育是必不可少的。但是,如果母子接触过多,过于强烈,对男孩的心理发育是不利的;而如果患者在心理上缺乏母亲的关爱,接受过强的父女接触,过多的父女联系,导致女孩发生大幅度的男性化并否认自己的女性身份;此外,若女孩患者的家长偏爱男孩,从小将女孩以男孩打扮、抚养,从言谈举止到感情都倾向于男性,久而久之患者便习惯于扮演男性角色;反之,父母或家庭把男孩当女孩对待,也会使此男孩产生女性变的倾向。目前,很多学者都认为:模仿混乱和童年异性角色行为的长期强化,是多数易性症患者发病的主要因素。

1.4 其他:如患者的长相、性格、行为等方面自幼与异性相像,喜欢做异性做的事,周围的人往往称他/她为"娘娘腔"或"假小子",从而产生变性思想;患者经历了情感挫折,特别是长时间无夫妻生活而产生性别转换的逆反心理,这类患者一般年龄偏大,一旦产生变性念头都较为强烈;也有人认为,成年后由于严重的病理变化或外伤破坏了生殖器官、或造成性激素分泌的紊乱,也影响到"男子气"或"女子气",但不会使童年时已牢固建立的性别身份发生变化。

2 临床表现

2.1 生长发育过程中心理行为的异常表现

幼儿期:男性患者均不喜欢粗野、攻击性游戏,表现胆

性
器
官
整
形

小、温顺;女性患者则均喜爱男性的粗野、攻击性游戏。

儿童期(6~12岁):男女患者均不能进入正常的“同性阶段”,既不喜欢与同性玩耍,其后也不能进入“仿同阶段”,即不愿模仿同性的长者,如同性的父、兄或母、姐的性别角色,相反却模仿异性长者的行为,如男孩学母亲做饭、做家务等,女孩则学父、兄耕地种田等。患者的气质、形象向异性发展。

青春发育前:男女患者开始持续、强烈地为自己的性别所苦恼,希望自己成为异性,穿着异性服装,关注异性的生活及活动方式,呈现所谓的“儿童性身份障碍”。

青春发育期:患者多从14~15岁开始形成异性性心理,为自己的心理与解剖生理、性征的不一致而十分痛苦,厌恶自己的性器官及性征发育,性心理指向同性。患者开始以异性心理、角色爱慕同性,以明显的异性角色进行社交活动及生活。

2.2 同性恋行为:青春期后患者的性心理指向同性,爱慕同性,以致出现了同性恋行为。在同性恋行为中,患者均为异性角色。

2.3 情感障碍:由于患者对自己的性器官有持久而强烈的厌恶和不快感,导致焦虑和抑郁情绪。

2.4 性解剖生理特征:第二性征及内、外生殖器官均发育正常;男性有过遗精,女性月经来潮;除非服用激素,性激素检查也在正常范围。染色体均为正常46XY或46XX。

2.5 性格特征:明尼苏达多项人格(MMPI)调查:男女患者均有突出的性心理异性化的特点,男性更为强烈,这与易性症患者的性变态心理相一致。男女性患者的D、Pd、Pa、Pt、Si五个临床量表均比常模分值高,且差异有显著性,说明这些患者都存在多项心理问题及程度不同的人格偏离。

3 诊断

3.1 美国精神病学学会精神障碍诊断和统计手册第四版(DSM-IV)的诊断标准^[7]:

A. 强烈而持久的相反性别识别(不仅为了想从成为相反性别获得文化上可得到的利益)。

儿童至少有如下4项表现:①反复说想成为相反性别或坚持认为自己是相反性别;②男孩爱穿女性服装或模仿女性打扮;女孩爱穿男孩惯有的服装;③在假装游戏中强烈地坚持扮演相反性别的角色,或坚持幻想成为相反的性别;④强烈地希望参与相反性别惯有的游戏和娱乐,强烈喜爱相反性别的游戏伙伴。

少年或成人有如下表现:说自己希望成为相反性别,往往仿效相反性别排小便,希望象相反性别那样生活或他人将自己看作相反性别,或深信自己具有相反性别的典型感受和反应。

B. 持久地对自己的性别感到不舒服,或感到自己的性别角色不适当。

儿童有如下表现:男孩声称自己的阴茎或睾丸令人讨厌,它即将消失,或者声称最好没有阴茎,或者厌恶打闹的游戏并拒绝男孩惯有的玩具、游戏和活动;女孩拒绝蹲着小便,声称自己有阴茎或会长出一个阴茎,或者声称自己不想长乳房或来月经,或者厌恶规范的女性服装。

少年或成人有如下表现:全神贯注于去掉自己的第一及第二性征(例如,要求使用激素、手术或其他方法改变性征以模拟相反性别),或深信生错了性别。

C. 身体并不同时存在雌雄同体。

D. 障碍引起具有临床意义的苦恼或者社交、职业或其他重要功能的损害。

3.2 国际疾病分类第十版(ICD-10)的诊断标准:

A. 成人:①期望作为异性的一员生活并被别人接受,常常伴有想通过外科手术或激素治疗而使自己的身体尽可能与自己所偏爱的性别相一致的愿望;②转换性别的心理持续存在至少两年;③不是其它精神障碍,如精神分裂症的症状,也不伴有染色体异常。

B. 女孩:

(1)持久、强烈地为自己是女孩而痛苦,并宣称渴望是一个男孩(不仅仅是一种看到任何文化上的好处而成为男孩的愿望),或坚持她就是一个男孩。

(2)具备①或②:①固执地表明厌恶标准的女性服装,并坚持穿着常规男性服装,如男孩的内衣和其他附属用品;②固执地否定女性解剖结构,证据为下列至少一条:a)断言她有,或将长出阴茎;b)拒绝取蹲位排尿;c)断言她不想乳房发育或月经来潮。

(3)女孩还没到达青春期。

(4)此障碍必须至少持续存在6个月。

C. 男孩:

(1)持久、强烈地为自己是男孩而痛苦,并强烈渴望是一个女孩,或更为罕见地坚持他就是女孩。

(2)具备①或②:①专注于女性常规活动,表现为偏爱女性服装或模仿女性装饰,或表现为强烈渴望参加女孩的游戏和娱乐活动,而拒绝男孩的常规玩具、游戏和活动;②固执地否定男性解剖结构,必须重复主张下列的至少一条:a)他将长成为女人(不仅是角色方面);b)他的阴茎或睾丸令人厌恶或将要消失;c)最好没有阴茎或睾丸。

(3)该男孩还没到达青春期。

(4)此障碍必须至少持续存在6个月。

3.3 中国精神障碍分类与诊断标准第三版(CCMD-3)的诊断标准^[8]:

对自身性别的认定与解剖生理上的性别特征呈逆反心

理,持续存在厌恶和改变自身性别的解剖生理特征以达到转换性别的强烈愿望,并要求变换为异性的解剖生理特征(如使用手术或异性激素),其性爱倾向为纯粹同性恋。已排除其他精神病所致的类似表现,无生殖器解剖生理畸变与内分泌异常。

诊断标准:①期望成为异性并被别人接受,常希望通过外科手术或激素治疗而使自己的躯体尽可能与自己所偏爱的性别一致;②转换性别的认同至少已持续 2 年;③不是其他精神障碍(如精神分裂症)的症状,或与染色体异常有关的症状。

4 鉴别诊断

4.1 与同性恋的鉴别:①在衣着装束上,易性症虽喜作异性穿着打扮,但多穿戴如普通异性的日常便装;②在行为举止上,易性症患者不着异性装束时,若是男人,在行为举止上与正常男人一样;在公共场合,若不注意观察,很难发现他们会有性身份障碍;即使他们着异性服装,大多数人也不会改变自己的行为举止;③在性别感上,易性症患者存在与他们生物学性别不同的性别感,最大愿望是改变自己的性征,具备异性的性取向,但并不热衷于和同性的性交往;而同性恋的性兴趣集中在对同性的依恋、倾慕,不太关注自己的性器官;④在职业选择上,男易性症患者往往选择传统上由男性来做的工作,如工程师、机械工等,男同性恋者往往做理发师、美容师等;⑤女同性恋者会坚持上女厕所,也不厌恶每月的月经;而女易性症患者则将上女厕所和来月经视为“尴尬至极”。

4.2 与异性恋的异装症的鉴别:异装症患者主要是为了体验穿着异性服装所引起的强烈的性兴奋,其性意向仍为异性,也不要求手术变性。

5 诊断流程

5.1 会同精神科医生与患者及家属会谈,以了解患者发病以来的性别认同与性别角色扮演的情况,评估是否有其他精神疾病或重大压力引起性变态的可能,了解生活状态、交友状况等社会适应情况,以及父母家人的态度。

5.2 请妇产科和泌尿外科会诊,并检查性激素和染色体来筛选生理性别及性生理是否正常。

5.3 安排相关的问卷调查或心理测试来做更加审慎的分析、评估与诊断,以了解其智力状况、人格结构、性格特征等。填写问卷与量表,包括:性知识量表、性态度量表、性偏好问卷、性别形容词检核表、性认同量表、多向度性量表、中国人健康问卷,以广泛了解其性别认同、性别角色、性欲取向等是否特殊,性偏好、性知识与态度并筛选其精神健康状态。

5.4 精神科医生会诊以评估其精神状态,了解是否患有精神疾患。

5.5 以变性欲症为架构,进行多次个别会谈,广泛了解家庭背景、发展过程、性发展史与性别困扰的历程,并对其社会适应进行深入探讨。

5.6 分析评估会谈、问卷与检测结果,并与小组成员讨论,作出确切诊断。

5.7 与患者和家属一起会谈,以家属的观点来澄清患者的发病史,并了解家属对易性症和性别转换手术的看法。当家属同意变性手术时,和患者会谈,探讨其对变性手术的了解程度、期待程度以及可能发生的问题和解决途径,并进一步明确诊断。

6 变性手术的实施原则

易性症的治疗十分棘手,一般应治疗患者的变态心理,使其能发挥正常的生理功能,患者往往自己服用或在医生指导下已服用性激素治疗,但心理治疗与药物治疗往往难以产生满意的疗效。患者在接受激素治疗一段时间后,会出现不同程度的异性化表现,如:女性会出现闭经、声音变粗、阴蒂肥大、乳房萎缩、皮肤粗糙、性欲增强以及髋部脂肪减少等。男性则出现乳房发育、胡须及体毛消退、皮肤细嫩等。药物副作用包括:长期服用睾酮类激素会导致患者不孕、痤疮、情绪不稳定、性欲增强、心血管疾病增加、肝功能异常、肝肿瘤发病率上升等。一旦确诊为易性症,往往最后的转归是变性手术。Hage 对 200 名女性易性症患者进行问卷调查发现患者对男性性器官的需求期望值极高^[9]。Smith 等人通过对 20 位手术变性患者和 21 位通过药物治疗的易性症患者 1~7 年的随访,发现手术治疗的患者的性心境恶劣状况得以逆转,而且精神与社会功能良好;没有进行手术的患者仍存在强烈的变性要求^[10]。

性别转换手术是不可逆的,因而施行手术之前要做详尽的检查,并严格掌握手术适应证。

国际性焦虑协会(HBIGDA)推荐的手术适应证为^[11]:①法定年龄的成年患者;②曾经连续接受激素治疗一年以上;③对自己的解剖生理性别感到不适应,并连续以异性身份在社会上成功地生活了一年以上;④如果心理医生要求,患者可以接受由患者和心理医生共同参与的贯穿于整个真实社会生活的精神治疗,但这种精神治疗并不是手术的前提;⑤充分了解和认同手术的费用、住院时间、术后并发症、术后康复等诸多问题;⑥由多学科医生共同讨论并达成共识。

在我国,目前较为认可的手术适应证为:①必须提供证据表明其变性的欲望至少持续 2 年以上;②病人的易性症诊断必须有专门从事这一专业并经特殊训练的临床心理医生提供;③由心理学家对病人进行的临床心理分析治疗应不少于一年;④在考虑外科治疗前,病人必须以其渴望的性角色在社会上生活不少于 18 个月;⑤外科治疗前,在心理医生的指导下,病人必须进行至少 6 个月的异性性激素的治疗;⑥以上过程必须在严密监督下有效进行;⑦提供由

户籍及法律监护人开出的书面手术变性同意证明。

7 手术方法

7.1 男性变女性^[11-14]: 男性变女性手术包括三个主要步骤:

①睾丸、阴茎切除。②阴道成形: 方法包括应用肠袢或腹膜作腔壁; 皮片或羊膜植入作衬里; 皮瓣移植作衬里等。还有一种简易阴道成形术, 即利用外阴局部皮肤相对缝合构成阴道, 但宽度与深度均难以满足生理要求。③隆乳、喉结整形等: 隆乳目前采用的方法为胸大肌后硅胶假体置入, 切除过多的甲状软骨来求得颈部女性外观。

7.2 女性变男性^[15-26]: 女性变男性手术包括以下几个主要步骤: ①子宫及双侧卵巢切除术, 阴道切除术, 阴道闭合术: 由妇科医师协助完成; ②乳房过多组织切除术; 睾丸假体植入术; 阴囊成形; 嘴唇增厚术; 减少髋部、大腿、臀部脂肪等整形手术等; ③阴茎成形术: 阴茎成形是这一变性手术中最为复杂和关键的步骤。成形后的阴茎需应满足以下要求: A 外观上提供一个美的男性特征; B 阴茎内尿道的延续; C 为适应术后性生活所需的阴茎挺拔; D 感觉存在。

8 变性手术的预后

男性转变为女性的手术效果, 每个人都不太相同。虽然所有的人都能体会到性欲感, 某些人体验到的性乐高潮与过去差不多; 某些人感到的性乐高潮更为弥漫; 也有的人性乐高潮更差了, 影响了性的满足。女性转变为男性手术更复杂, 她们不可能完全隐瞒自己原先的性别, 尤其是术后不可能有一个良好功能的阴茎, 但随着阴茎再造技术的日趋完善和生物材料的进步, 如三件套阴茎植入体等, 已可给将来可能的婚姻生活带来希望。因国内变性手术起步较晚, 目前尚无大样本、较长时间的随访研究。国外有研究表明: 即使术后有很多问题, 易性症患者仍觉得新的生活给他(她)带来了欢乐, 有些新的家庭还相当幸福美满。

Zielinski 报道了位于 Lodz 的 SRS 中心 1983~1997 年 252 例女性易性症^[27], 其中 209 例进行手术治疗, 分别采用双蒂腹部皮管、单蒂脐下皮瓣、带蒂股薄肌肌皮瓣和带蒂腹股沟皮瓣四种皮瓣。从整体上看, 69.8% 的患者手术结果良好。Barrett 和 Kuipe 对 40 例已行变性手术的患者进行随访表明 97% 的患者对术后外观表示满意^[28]。Rakic 等人对 32 例性别转换术后患者随访 6 个月到 4 年, 分别从自己对生活的态度、与他人的关系、性生活情况和工作情况四个方面进行调查, 表明这些患者术后生活质量均得到明显改善^[29]。

9 变性手术的伦理学问题^[30-40]

9.1 变性术与医学目的

变性术作为对易性癖患者采取的一种特殊治疗手段, 常引发是否违背医学目的的争议。

9.1.1 积极方面: 变性术最大的益处就是能满足易性癖患者的心理需求, 符合医学伦理对病人有利的原则。随着医学模式从单纯生物医学模式到生物-心理-社会医学模式的转变和生命伦理学的发展, 医学的目的不仅仅是防治疾病, 延长人类寿命, 更注重病人生命质量的提高, 即不仅使病人拥有健全的躯体, 而且保持良好的心理和社会适应能力。易性症又称性身份转换症, 是性变态中的一种性心理障碍, 确切地说属于性身份认同障碍。正常人都有一个明确的性别, 心身一致地相信和认同自己是男或女。易性症患者的躯体上也有明确的性别, 而且发育正常, 却不认同躯体生就的性别, 并在此基础上萌发易性欲望。目前对其病因、发病机理尚无公论, 这类患者通常在其 5~6 岁时即萌发易性心理, 以后欲望逐渐强烈, 有的乔装打扮, 模仿异性行为方式; 患者自感痛苦万分, 不能自拔, 不仅影响求学、就业、成家, 甚至出现自残或自杀现象。虽然一般医学学者主张用心理治疗配合行为疗法, 但多无持久疗效, 有的虽经六七年的心理治疗, 易性症患者仍矢志不移。因此国外大多数专家认为, 对于真正的易性症患者, 变性术是目前最好的治疗手段。易性症患者术后常具有极大的满足感和喜悦, 感激地将手术医师视为再生父母, 对生活 and 未来也充满信心和希望。

9.1.2 消极方面: 变性术毕竟是一种创伤性而且不可逆的手术, 不仅病人身体上要受到可能不止一次的创伤, 而且变性后患者也不是真正意义上的异性, 由于没有产生相应异性性激素的性腺及输精管、子宫, 不可能有月经或遗精等现象; 再造的性器官也不可能拥有正常人的性感受; 除非使用克隆技术, 变性人也不可能拥有自己的遗传学后代; 另外, 变性后患者为了从外观上更接近其要求的性别, 必须长期使用外源性激素, 常引起恶心、头昏甚至血栓形成、乳房肿瘤等问题, 并将对内分泌产生影响。即使移植异性内生殖器官, 术后患者必须长时间使用免疫抑制剂, 而且, 此方法的远期效果尚未得到证实。

9.2 卫生资源问题

变性术因治疗周期长、需多次手术、医疗费用较高, 一般家庭难以承受。从患者角度考虑, 以这种昂贵的经济、躯体损伤甚至残缺为代价换取一种单纯的心理满足, 是否得不偿失? 从社会角色考虑, 在我国目前卫生资源普遍紧缺的情况下, 此手术是否合适?

10 变性术与社会

随着现代医学技术的进步, 医学不仅可攻克许多疑难损伤性病症, 对人类自身的生命控制也趋于随心所欲, 变性术对传统的生命、生活家庭、亲情观念、国家的人口法规造成了极大的冲击, 进而引发了许多社会伦理甚至法律问题, 使得变性人的社会适应不容乐观。

10.1 变性人的性别认定: 性别、容貌是重要的个人特征,

具有重要的社会意义。人类性别是由分别来自父母双亲的一对性染色体决定,XX 型为女性,XY 型为男性,胎儿期即分别具有女性、男性内外生殖器官,出生时一般按外生殖器确认性别,进入青春期后受性激素影响,逐渐长出女性、男性的第二性征,体态也有明显的性别差异,因此从外形、声音多可辨认性别。变性人虽可具有异性部分甚至全部外形,但遗传基因毕竟难以改变,那么变性人到底属于男性还是女性?或第三性?我国目前尚无法律承认变性手术后的性别。一些地方的公安部门只是根据实际情况,出于保护变性人的隐私权,尊重他们的个人意愿、方便他们今后的生活,对其必备的证件上的性别作了必要的修正,但周围亲友和社会各部门未必能适应他(她)们,以至变性者随时可陷入尴尬、受排斥和歧视的孤立困境。

10.2 变性人的法律权益: 目前尚无法律对变性人的法律权益作专门规定,如变性人术前术后从法律意义上讲是否同一人;变性手术受医学技术水平、医疗条件限制及患者自身生理状况、经济承受能力的影响,不能保障每例手术都能达到患者的要求,一旦产生分歧,是否算医疗事故?如果是,又如何补偿?从医学上讲,变性人可以异性身份寻找生活伴侣,但变性人组成家庭后,如有纠纷或离异等,将给法院等部门带来许多新的问题。

上述问题,必然使变性人肉体上、精神上衍生更多的不幸,最终可能完全失去变性术解除易性症患者精神痛苦的医学意义。所以变性手术并不单纯是一般医学整形手术,其社会学、伦理学、宗教学、法学意义和问题,远远超出医学家的设计和想象。诸多问题都有待各学科通力合作,深入进行探讨研究,那么,是否就让易性症患者继续忍受心灵的煎熬,而不进行有效的干预呢?临床学者确为此陷入尴尬的境地。

11 易性症的预防

因为易性症的病因不明,而且一经发现,即已进入青春期,对于如何预防,目前也只有以下几点可以认同:

人在婴儿阶段,便面临了一个重要的性问题:性别身份的确定。这个问题在人生的头两、三年里,同母子关系的性质密切相关。为了防止性身份障碍的发生,必须建立起恰当的母子关系,尤其是在这个关键性的成长阶段,以保证性心理的正常发展。

在与婴儿的接触过程中,既要避免接触过少,也要避免接触过分。"过犹不及"这个道理应当牢记。正如需要建立母子联系来完成孩子的性别认同一样,逐步地解除这种联系也十分必要。只有这样,才能使孩子能够顺利地脱离母亲的直接庇护,建立自己独立的人格。因此,孩子稍大一些,就应当适当地少抱一些,多让孩子自己活动一些,以便孩子独

立化和正常成长。

对男孩来说,这种与母亲相对脱离的状态可以为他提供对父亲进行认同的机会。如果男孩与母亲之间的"共生"关系延续过长,则会阻止这种认同过程。假如家庭中没有父亲,应当为男孩提供一个替代性男性进行接触,使男孩有一个性别认同的条件。

除了家庭,整个社会环境对儿童性身份的确定也有影响。但社会对儿童的影响基本上是通过父母对待孩子的态度及处理问题的一贯方法来实现的。孩子的健康成长要以双亲能提供健康的指导为前提。因此父母应该以一种始终如一的方式来保证孩子的行为与其性别相适应。孩子只有在和谐的家庭气氛中才能不断地调整自己的行为特征,以符合自己的性别身份。

古今中外,变性手术充满争议。这个手术早已不是"如何做"的问题,而是"做与不做"的问题。在社会日益进步,旧的医学模式受到巨大冲击的今天,怎样处理包括"易性症"在内的各种棘手病例,是临床上不得不面对的问题。作为将救死扶伤视为天职的医生,回避甚至拒绝这类问题显然是不可取的。本文试图提供尽可能多的信息,供有志于这项工作的同道参考。文中不少观点是一家之言,欢迎读者进一步讨论,为易性症的诊断和治疗提供更有效的手段。同时,也期待其他学科,包括法学家、社会学家,伦理学家等,和社会各界共同努力,为易性症患者提供宽松的生存环境和有效的法律保障。

〔参考文献〕

- [1]张福奎,侯守明.男性易性癖三例报告[J].中国心理卫生杂志,1990,4:226.
- [2]方明昭.易性癖 40 例临床分析[J].中华神经精神杂志,1994,27(3):166~168.
- [3]程志让,张志俊.女性易性癖七年追踪报告[J].临床精神医学杂志,1998,8:285.
- [4]崔玉华,任桂英,方明昭,等.易性癖 54 例 MMPI 测试结果分析[J].中国心理卫生杂志,1998,12:138.
- [5]Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders (6th version) [M/OL]. Dusseldorf: Symposion Publishing,2001:2.
- [6]薛兆英,许又新,马晓年.现代性医学[M].北京:人民军医出版社,1995:614~631.
- [7]American Psychiatric Association.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)[M].Washington DC: 1994.
- [8]中国精神障碍分类与诊断标准[M],第 3 版.济南:山东科学技术出版社.2001:135~136.
- [9]Hage JJ,Bloem JJ. Review of the literature on construction of a neourethra in female-to-male transsexuals[J].Ann Plast Surg,1993

- Mar,30(3):278~286.
- [10]Smith YL, Van Goozen SH, Cohen Kettenis PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001 Apr; 40(4):472~481.
- [11]Joris Hage J, Amber Y, Goedkoop Refaat B, et al. Secondary corrections of the vulva in male-to-female transsexuals[J]. Plast Reconstr Surg, 2000, 106:350~359.
- [12]Jamil Rehman, Arnold Melman. Formation of neoclitoris from glans penis by reduction glansplasty with preservation of neurovascular bundle in Male-to-female gender surgery: function and cosmetic outcome[J]. J Urol, 1999, 161:200.
- [13]Robert CJ, Kanhai J, Joris Hage, et al. Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals[J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 104: 542~549.
- [14]Robert CJ, Kanhai J, Joris Hage, et al. Castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men [J]. Am J Surg Pathol, 2000, 24~74.
- [15]Akoz T, Kargi E. Phalloplasty in a female-to-male transsexual using a double-pedicule composite groin flap[J]. Ann Plast Surg, 2002, Apr; 48(4):423~427.
- [16]Bogarz NA. Plastic restoration of the penis [J]. Sov Khir, 1936, (8): 303~307.
- [17]Biemer E. Penile Construction by the radial arm flap [J]. Clin Plast Surg, 1988, (15): 425~430.
- [18]Chang TS, Huang WY. Forearm flap one-stage reconstruction of the penis[J]. Plast Reconstr Surg, 1986(74): 251~288.
- [19]Foerster DW. Female to male transsexual conversion: a 15-year follow-up[J]. Plast Reconstr Surg, 1983 Aug, 72(2):237~240.
- [20]Hage JJ, Bouman FG, De Graaf FH, et al. Construction of the neophallus in female-to-male transsexuals: the Amsterdam experience[J]. J Urol, 1993 Jun, 149(6):1463~1468.
- [21]Hage JJ, Bouman FG. Silicone Genital prosthesis for female-to-male transsexuals[J]. Plast Reconstr Surg, 1992 Sep, 90(3):516~519.
- [22]Hage JJ, Bout CA, Bloem JJ, et al. Phalloplasty in female-to-male transsexuals: what do our patients ask for[J]? Ann Plast Surg, 1993 Apr, 30(4):323~326.
- [23]Meyer R, Daverio PJ. One stage phalloplasty without sensory deprivation in female transsexuals[J]. World J Urol, 1987(5): 9~13.
- [24]Sengezer M, Sadove RC. Scrotal construction by expansion of labia majora in biological female transsexuals [J]. Ann Plast Surg, 1993, Oct; 31(4): 372~376.
- [25]Van Borsel J, De Cuypere G, Rubens R, et al. Voice problems in female-to-male transsexuals [J]. Int J Lang Commun Disord, 2000 Jul~Sep; 35(3):427~442.
- [26]Hage JJ, Dekker JJ, Karim RB, et al. Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: report of two cases [J]. Gynecol Oncol, 2000 Mar, 76(3):413~415.
- [27]Zielinski T. Evaluation of surgical flaps used for creation of an artificial penis in female-to-male type transsexuals [J]. Pol Merkuriusz Lek, 2001 Jan; 10(55):27~30.
- [28]Barrett J. Psychological and social function before and after phalloplasty[J]. Int J Transgend, 1998, 1(3): 28.
- [29]Rakic Z, Starcevic V, Maric J, et al. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes[J]. Arch Sex Behav, 1996 Oct; 25(5): 515~525.
- [30]Chiland C. The psychoanalyst and the transsexual patient[J]. Int J Psychoanal, 2000 Feb, 81 (Pt 1):21~35.
- [31]Di Ceglie D. Gender identity disorders in children and adolescents[J]. Br J Hosp Med, 1995 Mar 15, Apr 4: 53(6): 251~256.
- [32]Gallarda T, Amado I, Coussinoux S. The transsexualism syndrome: Clinical aspects and therapeutic prospects [J]. Encephale. 1997, Sep~Oct; 23(5): 321~326.
- [33]Justine MS. Sexual behaviors, Sexual Orientation and Gender identity in adult intersexuals: A Pilot study[J]. J Urol, 2001, 165: 2350~2353.
- [34]Kuiper B, Cohen Kettenis P. Gender role reversal among postoperative transsexuals[J]. Int J Transgend, 1998, 2(3): 1~16.
- [35]Lawrence JM. Case Report of a Female-to-male transsexual homicide offender [J]. Aust NZ J Psychiatry, 1992 Dec; 26 (4): 661~665.
- [36]Mary M Moebius. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adults [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998, 37:337~338.
- [37]Meningaud JP, Descamps MA, Herve C. Sex Reassignment surgery in France: Analysis of the legal framework and current procedures and its consequences for transsexuals [J]. Med Law, 2000, 19(4):827~837.
- [38]Peggy T, Cohen-Kettenis PhD, Stephanie HM, et al. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study[J]. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997, 36:263~271.
- [39]Yolanda LS, Smith Stephanie HM, Vangozen Peggy T, et al. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001, 40:472~481.
- [40]舒玲华, 李文刚. 变性术的伦理学思考[J]. 中国医学伦理学, 2001, (5): 22.

[收稿日期]2003-09-10 [修回日期]2004-03-12

编辑 / 张惠娟