

躯体症状障碍多学科诊疗专家共识



背景

- 躯体症状障碍（somatic symptom disorder, SSD）指患者存在使其感到痛苦或导致日常生活部分功能受到显著损害的一个或多个躯体症状，同时伴有与躯体症状相关的过度或不相称的异常思维、感觉、认知或行为，或与健康相关的过度情感体验。
- SSD属于精神障碍诊断范畴，但患者常因多种非特异性躯体症状首诊于临床各科，被诊断为各类功能性躯体综合征，在综合医院门诊SSD的检出率达33.8%。

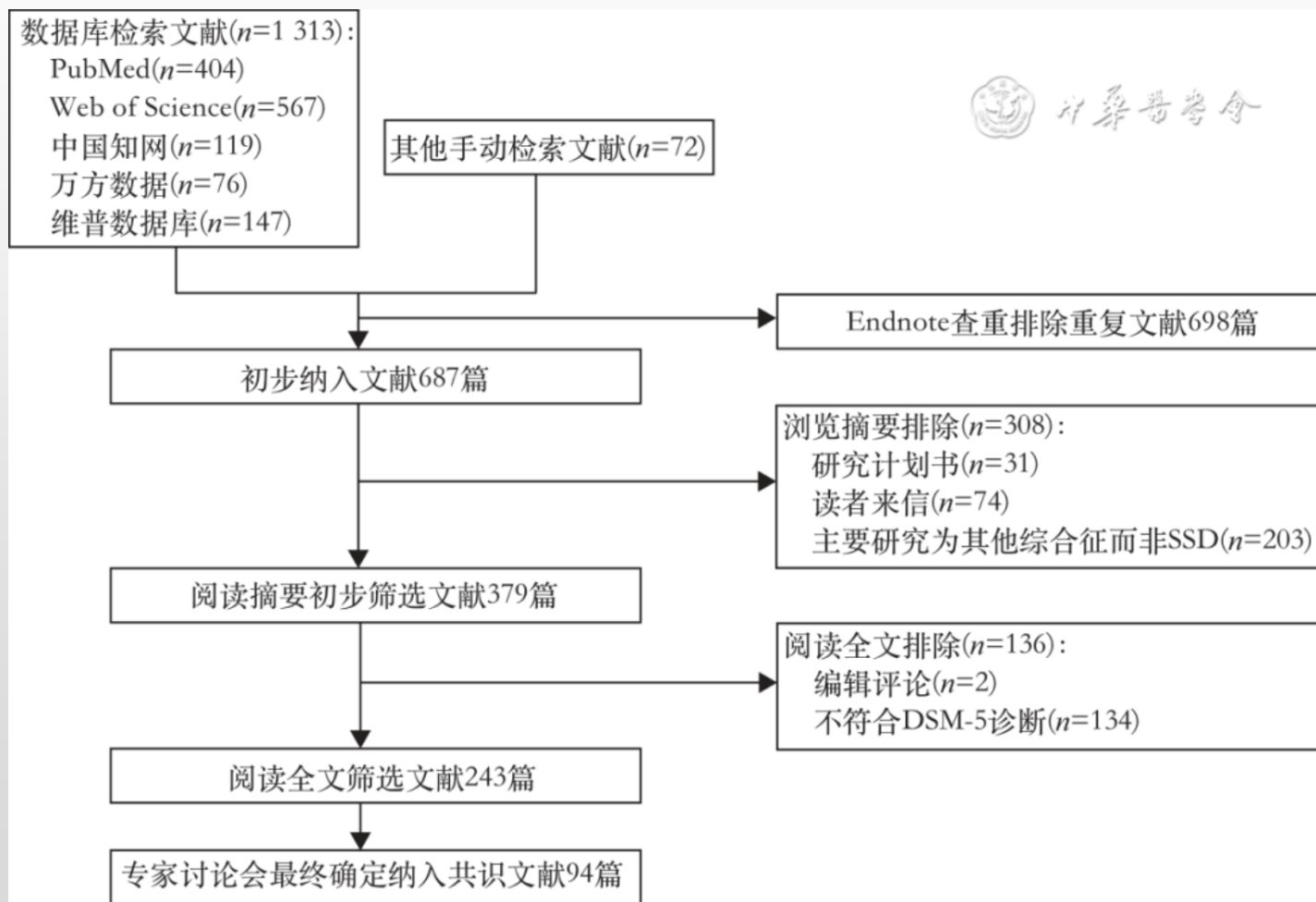
背景

- SSD患者过度关注自身躯体状况，而难以接受自己可能存在心理问题，反复求医、过度检查却无法得到满意的疗效，不仅影响个人及家庭的日常生活，也容易引发医师的负面体验，从而加剧医患矛盾，导致医疗资源浪费。
- 为提高广大医疗工作者对SSD的认识，从心身整合的角度理解SSD患者躯体症状背后的心理社会因素，中华医学会心身医学分会成立了躯体症状及相关障碍学组，联合上海市医学会心身医学专科分会，组织来自精神医学/心身医学科、消化科、心血管科、呼吸科、儿科、肿瘤科、中医科等领域的专家，经过系统的文献检索、文献分析、会议讨论，就SSD的诊断特征、临床特征以及多学科协作分级诊疗模式达成专家共识。

方法

- 检索国内外SSD相关临床研究、指南和共识，检索词条包括SSD、躯体形式障碍、功能性躯体综合征（如肠易激综合征等）、医学上无法解释的躯体症状等，检索时间为2013年1月1日至2022年5月23日。
- 本共识的制订以文献分析为基础，结合多学科临床经验，就SSD相关的重点问题制订条目，形成初稿，采用德尔菲法达成共识，由所有专家组成员对草拟的共识意见进行匿名投票，当意见得到70%的“同意”或“强烈同意”时将其纳入专家共识，不符合70%同意率的意见经过修改，重新提交下一轮，最多进行三轮投票，最终形成共识意见。

方法



诊断特征

（一）诊断理念的改变

- 对非器质性躯体症状的认识一直受器质性与功能性、躯体与精神等二分法的影响。无论是各类功能性躯体综合征（如肠易激综合征、纤维肌痛），还是精神障碍中的“躯体形式障碍”，均要求鉴别身体不适并非由躯体疾病造成，证明躯体症状是医学上难以解释的。
- 这一标准在临床实践中操作困难且一致性差。2013年DSM-5中采用新的诊断SSD标准，摈弃了器质性与功能性的二分法，不再排除躯体疾病，而是基于阳性的心理行为特征——对躯体症状的异常想法、感觉和行为（SSD诊断B标准）进行诊断。

诊断特征

- 2018年发布的ICD-11中关于躯体不适障碍（body distress disorder, BDD）的诊断也体现了心身整合的理念，重点关注痛苦的症状和心理行为特征。不同诊断系统中SSD相关诊断分类及亚型的比较见表1。
- 诊断B标准的提出，明确了从心理行为层面界定精神障碍，而非单纯依据排除生物学可定义的疾病。心理行为特征的纳入提高了诊断的有效性，增加了预测有效性和临床实用性，能更好地识别心理障碍、严重残疾和需要心身干预的患者。但另一方面，SSD诊断标准具有非特异性，更多基于主观和难以测量的认知，且未排除其他躯体疾病及精神疾病存在过度诊断的可能性，在临床实践中应注意避免。

表1 不同诊断系统中躯体症状障碍相关诊断及亚型的比较

诊断系统	诊断分类	分类亚型
DSM-IV TR	躯体形式障碍	<ul style="list-style-type: none"> · 躯体化障碍 · 未分化的躯体化障碍 · 转化障碍 · 疼痛障碍 · 疑病症 · 躯体变形障碍 · 未加标明的躯体形式障碍
DSM-5	躯体症状及相关障碍	<ul style="list-style-type: none"> · 躯体症状障碍 · 疾病焦虑障碍 · 转换障碍 · 做作性障碍 · 心理因素影响其他躯体疾病的情况 · 其他特定的躯体症状及相关障碍 · 其他非特定的躯体症状及相关障碍
ICD-10	躯体形式障碍	<ul style="list-style-type: none"> · 躯体化障碍 · 未分化的躯体化障碍 · 疑病障碍 · 躯体形式的自主神经功能紊乱 · 持续的躯体形式的疼痛障碍 · 其他躯体形式障碍
ICD-11	躯体不适或躯体体验障碍	<ul style="list-style-type: none"> · 躯体不适障碍 · 身体一致性烦恼 · 其他特指的躯体不适或躯体体验障碍 · 未特指的躯体不适或躯体体验障碍

诊断特征

(二) SSD诊断的信度和效度

- 在DSM-5现场试验中，SSD的诊断具有良好的信度、效度和临床效用。SSD的诊断一致性在成人患者群体中位居第3（ $Kappa=0.61$ ），仅次于神经认知障碍和创伤后应激障碍。
- 有研究显示，纳入心理症状评估后SSD的诊断有较好的结构效度和预测效度，对临床诊疗及研究均有重要作用。

诊断特征

（三）SSD与功能性综合征的关系

- 心身整合理念被越来越多的学科所重视，美国胸科医师协会指南中直接引入SSD诊断标准，提出“躯体咳嗽综合征”（somatic cough disorder），以替代“心因性咳嗽”诊断；德国肠易激综合征指南中增加了心理行为和社会功能标准，如求医行为/焦虑以及生活质量受损。功能性综合征的概念与SSD相似，Tavel认为各种类型的功能性躯体综合征存在共同的重叠的特征，最好能归于一种诊断分类，如SSD。
- Henningsen提出功能性躯体综合征的诊断是特异性的以主要症状为导向的，而SSD诊断是非特异性的以症状群为导向的，两者之间存在广泛的重叠。

诊断特征

- 然而另有研究显示，SSD不足以取代功能性躯体综合征，在纤维肌痛患者中只有25.6%符合SSD的诊断标准，在肠易激综合征患者中也仅为27.1%，且临床医生在应用SSD诊断标准方面缺乏经验，SSD诊断的应用受到限制。
- **共识意见1**：SSD在一定程度上弥补了既往诊断中过分强调精神-躯体二元论的不足，纳入阳性的心理行为标准，提高了诊断的信度、效度和临床实用性。心身整合的理念和医疗模式正逐渐占据重要位置，临床医生在检查躯体情况的同时需要有意识地评估心理社会因素，将心身整合的医疗理念贯穿于接诊及治疗全过程，尤其是精神心理科医生需要掌握不同的诊断系统进展，及时精准地诊治患者。

临床特征

（一）临床症状

- SSD患者的躯体症状复杂多样且不具特异性，严重程度可从轻微功能损害到严重致残状态。躯体症状多与情绪冲突或近期心理社会应激事件有密切关系，与体力劳动、饮食诱发等关联较小。通常很难查出与躯体症状相关的病理改变，或者病理改变不能解释躯体症状的严重程度，甚至针对潜在病理改变的治疗也不能缓解症状。
- SSD患者常伴随情绪问题，尤其是与躯体疾病/症状严重性不相称的“灾难性”想法和思维，以及随之产生的持续高水平焦虑。有研究表明，超过50%的SSD患者合并焦虑和抑郁症，23.9%存在自杀意念，17.6%试图自杀。尽管有明显的心理痛苦和行为异常，大多数患者仍然倾向于拒绝精神心理科就诊。而就诊于其他临床学科的SSD患者在躯体感觉放大、疑病、述情障碍、病耻感、残疾等方面更严重，生活质量更低，因而专科医师面临的挑战更为艰巨。

临床特征

- SSD患者的患病行为异常，常固执而持续的要求进行医学检查。患者的反复就医及长期病假导致了职业功能障碍，人际交往及社会功能也受到影响。非特异性躯体症状也是儿童青少年拒绝上学的重要原因，缺勤天数与症状严重程度呈正相关。此外，SSD患者过度关注自身躯体状况，反复求医、过度检查，也容易引发医师的负面体验，不仅加剧了医患矛盾，还导致医疗资源大量浪费。有调查显示，美国每年可归因于“躯体化”的医疗资源消耗占全部医疗保健支出的16%，超过其他心理疾患的2倍。
- 因此，临床各学科对SSD的早期识别和筛查及与精神心理科的会诊联络和转诊，对求医困难、减少医患矛盾以及节约医疗资源具有重要意义。

临床特征

(二) 患病率

- 关于SSD的患病率缺乏大样本的流行病学调查研究，目前已有研究者使用了基于DSM-5标准的半结构化临床访谈进行SSD诊断，而其他则是通过症状自评量表或临床评估报告检出率。
- 国内1项多中心横断面研究显示，综合医院门诊的SSD患病率为33.8%，其中在躯体专科、精神心理科和中医科的患病率分别为40.2%、42.1%和19.0%。德国1项研究表明精神心理科门诊的SSD患病率为54.6%。
- 日本1项研究报道，77.7%的精神心理科患者符合躯体症状及相关障碍诊断。SSD的检出率在普通人群中为4.5%~17.4%，在老年人群（>60岁）中为63.2%，在初级卫生服务机构中为22.8%~39.4%，在综合医院为3.5%~45.5%。在呼吸科、神经内科、心血管内科、消化科、肿瘤科、风湿科等其他临床专科SSD的检出率为5.8%~52.9%。

临床特征

- **共识意见2**：临床医生应当重视SSD的症状特点，包括非特异性、非器质性的持续躯体症状，与症状严重性不相称的想法和过度的健康焦虑，反复就诊、要求重复检查等不良就医行为，尽早进行SSD的筛查、评估和诊断。
- **共识意见3**：SSD的患病率目前尚无一致结论，现有文献表明SSD在各级医疗机构、临床各科均较为常见，我国综合医院门诊的SSD患病率为33.8%，SSD不仅影响个人和家庭的生活质量，造成医患关系紧张，还导致医疗资源大量浪费。临床医生需要具备对SSD的初步了解和判断并进行早期筛查，在制定诊疗计划过程中充分考虑SSD的影响。

临床特征

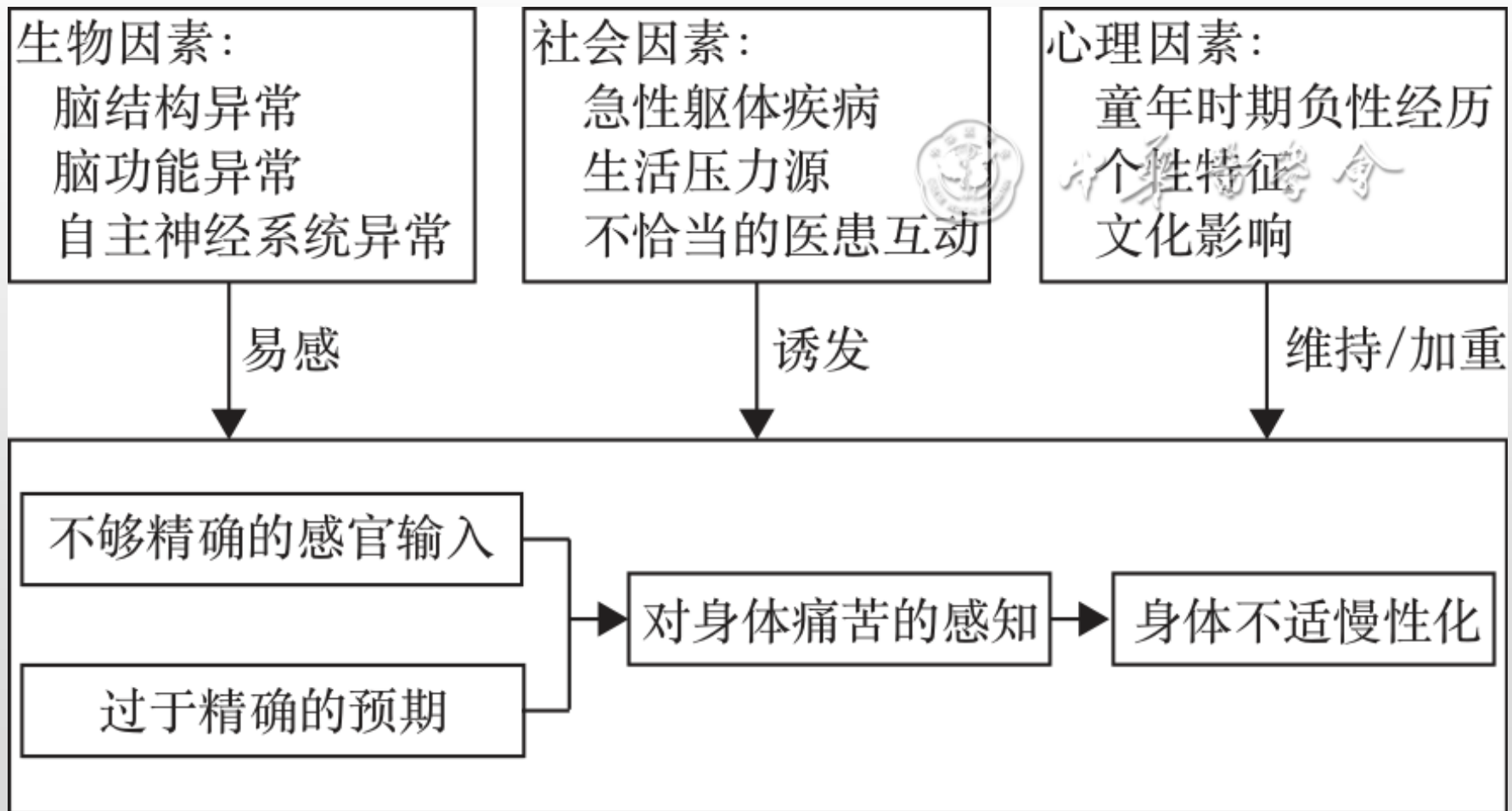
（三）病因

- 目前研究显示，SSD发病受生物、心理和社会多因素影响。多项研究显示SSD患者脑结构和脑功能的变化（如额叶皮质-纹状体环路功能失调）可能与其灾难化观念、情绪调节、自我感觉和身体知觉功能的异常相关。此外，心率变异性降低和肠道菌群改变也可能与SSD相关。童年时期的负性经历及个性特征（不良的人格基础、回避型或焦虑型依恋模式等）也是SSD发病的重要影响因素，躯体症状可能被用作心理防御或潜意识获益的手段。
- 受传统文化的影响，患者很难直面情绪问题，而更容易以躯体化的形式表现出来。心理社会应激，如急性躯体疾病、有压力的工作环境和负性生活事件是诱发躯体不适的重要因素。

临床特征

- 此外，临床医生对检查结果“过度强调不良后果的解读”（如浅表性胃炎过度解读为胃癌早期病变），或对生物学因素的坚持，会诱发或加重患者对其症状的痛苦体验和担心。
- 在各种因素影响下，患者的感知倾向于“不够精确的感官输入”和“过于精确的预期”这一模式，诱发对身体的痛苦感知，并进一步导致躯体症状的出现和慢性化，严重影响心身健康。SSD多因素疾病模型见图2。
- **共识意见4**：目前SSD的病因尚不明确，受患者自身认知和不良环境因素的影响，生物学机制主要涉及额叶皮质等脑区的结构和功能改变，建议从心身整合角度理解患者躯体症状背后的心理意义，关注生物-心理-社会等多因素对疾病发生发展的影响。

临床特征



多学科分级协作诊疗

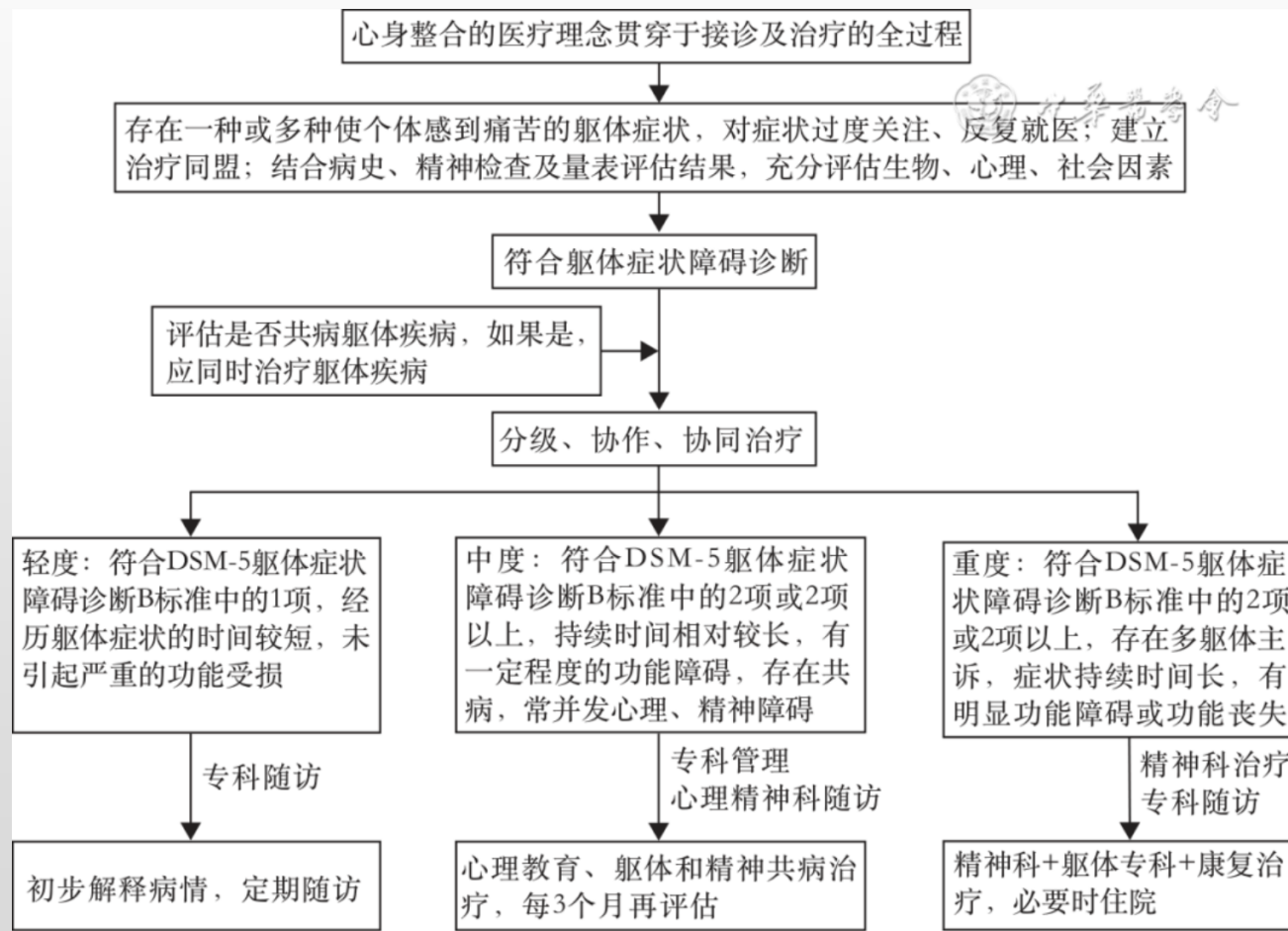
（一）多学科协作模式

- SSD的疾病管理需要临床各科密切合作，基于风险评估形成阶梯式、多学科协作模式。首诊医生需要警惕SSD的特征线索，了解SSD的诊断标准和常见共病，善用评估工具，掌握良好的沟通技巧，及时处理躯体不适，必要时转诊会诊。
- 精神心理科医生在SSD的疾病管理方面具有专业优势，包括对于疾病识别、医患关系、心理干预和药物治疗的指导。

多学科分级协作诊疗

- 在基于医疗资源消耗情况、功能缺损程度及医患关系等方面的风险评估分级后实施恰当的阶梯式诊治：
 - 轻度SSD患者由各科室首诊医生定期随访，避免过多的躯体检查和转诊，逐步减少不必要的用药；
 - 中度SSD患者由各科室首诊医生规范管理，同时精神心理科医生会诊，给予相应的心理治疗和（或）药物治疗，治疗过程中至少每3个月再评估1次症状、诊断、严重程度和治疗效果；
 - 重度SSD患者转至精神心理科进一步治疗，同时相关的临床专科定期随访；
见图3。

多学科分级协作诊疗



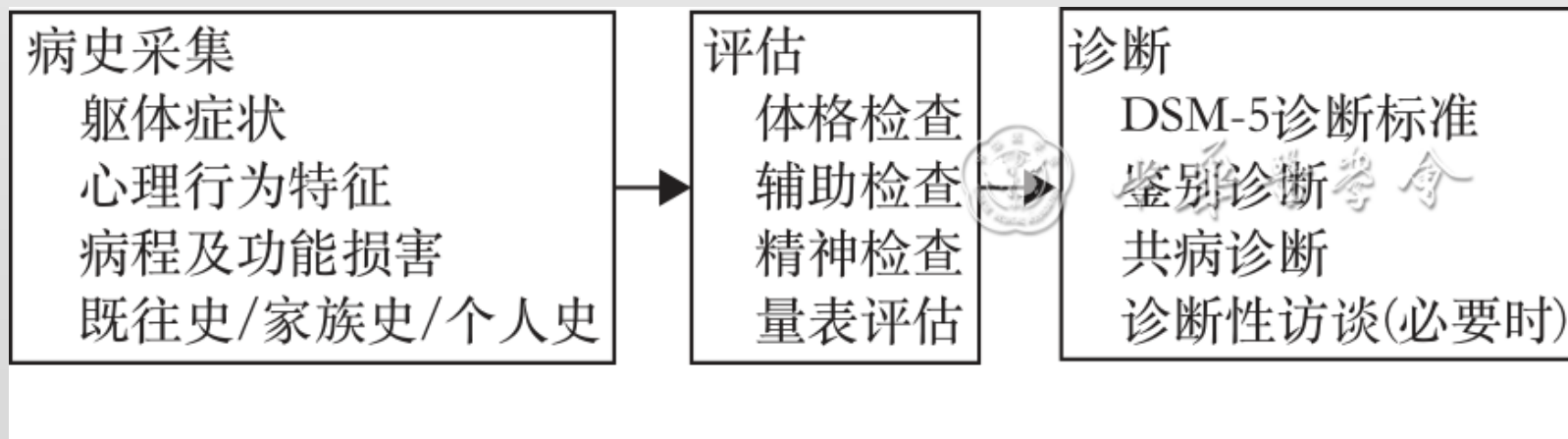
多学科分级协作诊疗

- 目前多学科协作模式的具体实施仍然需要探索，社区医联体的建设和多学科会诊的开展可能会起到重要作用。社区医联体可有效联动三级医院与二级医院、社区医院，推动分级诊疗。多学科会诊由多个临床专科的专家共同讨论，有助于全面评估最大限度减少误诊漏诊及制定最佳治疗方案。
- **共识意见5**：SSD的治疗应遵循多学科协作分级诊疗原则，基于风险评估、症状严重程度分级实施相匹配的阶梯式诊疗，发挥多学科各自的专业优势，为患者提供心身整合的医疗服务，最大限度地改善功能缺陷以提高生活质量。

多学科分级协作诊疗

(二) 诊断流程

- 关于SSD的诊断首先需要全面采集病史（包括症状演变规律、病程、既往就医记录等），并系统评估躯体症状及心理行为特征（疾病观念、症状归因、健康焦虑、患病行为等），将核心症状归纳为综合征，由综合征引出各种可能的假设诊断，经过鉴别后作出最终诊断；见图4。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/038025102025006053>