

综合医院“医学无法解释的躯体症状”患者 症状特点及相关因素分析

毛雪琴¹, 张蕊², 王梦欣¹

(山东大学齐鲁医院 1. 心理科; 2. 药理基地, 山东 济南 250012)

摘要:目的 探讨“医学无法解释的躯体症状(MUS)”患者症状特点及相关影响因素。方法 采用躯体化症状自评量表(SSS)、简易解释性访谈问卷(SEMI)和特质应对方式问卷(TCSQ)分别对MUS患者组50例和对照组30例进行评定。结果 与对照组比较,患者组90%的症状严重程度在重度范围;躯体化症状分和消极应对分(NC)平均数均高于对照组($P < 0.01$),而积极应对(PC)分平均数低于对照组($P < 0.01$);68%的患者表现为超过6个月(最长5年)的慢性病程,就诊次数超过6次以上,涉及的症状在5种以上;96%的患者表达明显的疾病焦虑,坚信躯体症状提示有较严重的躯体疾病,同时流露明显的情绪反应如害怕死亡及功能丧失等。躯体症状严重程度与应对方式、疾病理念及就诊次数相关。结论 MUS患者有特殊的躯体化症状特点及疾病理念,疾病理念和就诊次数是症状严重程度的重要预测因子。

关键词:医学无法解释的症状;躯体化症状;疾病理念

中图分类号:R395.6 文献标志码:A

Characteristics and relevant factors of somatization symptoms in patients with “medically unexplained symptoms” in general hospital

MAO Xueqin¹, ZHANG RUI², WANG Mengxin¹

(1. Department of Psychology; 2. Department of Pharmacology, Qilu Hospital of Shandong University, Jinan, 250012, Shandong, China)

Abstract: Objective To explore the characteristics of somatization symptoms and the relevant factors in patients with medically unexplained symptoms (MUS) in general hospitals. **Methods** A total of 50 patients with MUS and 30 healthy controls were assessed with the Somatic Self-rating Scale (SSS), Trait Coping Style Questionnaire (TCSQ) and Short Explanatory Model Interview (SEMI). **Results** Compared with the controls, 90% of the patients had severe degree of somatization symptoms, and all patients had significantly higher scores of somatization symptoms and negative coping (NC), but significantly lower scores of positive coping (PC) ($P < 0.01$); as many as 68% of the patients had been chronically ill for more than 6 months (ranging from 6 months to 5 years), with more than 5 symptoms and 6 or more doctor-visits over the past half a year. Up to 96% of the patients expressed significant illness worries, believing that their symptoms indicated serious diseases, and showing obvious fear for death or paralysis. There was significant relation among somatization symptoms, coping styles, illness perception model, and doctor-visits in patients with MUS. **Conclusion** The MUS patients present distinctive somatization symptoms and illness perception model. Illness perception model and doctor-visits are the important predicting factors for somatization symptoms.

Key words: Medically unexplained symptoms; Somatization symptoms; Illness perception model

医学无法(或不能)解释的躯体症状(medically unexplained physical-symptoms, MUPS; 或 medically unexplained symptoms, MUS)是指患者常以躯体不适症状就诊,但针对症状进行详细的体格检查或辅助检查结果却无异常或微小异常,无法或不足以解释症状及症状的严重程度^[1]。2008年《国际疾病分类(第十版)》(ICD-10)对MUS进行以下描述:反复呈现的躯体症状、坚决要求医学检查的主观行为(即使反复检查无阳性发现)、否认社会心理冲突、医患关系不良、症状体验的真实性等。涉及躯体化障碍、疑病症、持续疼痛障碍、分离转换障碍等,也包括部分功能性症候群,如纤维性肌痛和慢性疲劳综合征^[2]。其次,根据美国《精神障碍诊断和统计手册(第4版)》(DSM-IV),MUS被归入躯体形式障碍的诊断中,最新的DSM-V使用躯体症状障碍(somatic symptom disorder, SSD)取代了躯体形式障碍的诊断,指出现痛苦的或导致严重功能损害的躯体症状,并伴有过度的、与疾病症状不相符的担忧、感受和行为。所以,MUS是一个涉及范围较广的概念,可以出现在任何一个系统,甚至涉及多个系统^[3]。

MUS与心理因素有关,但多数患者首诊于综合医院非心理科室。常被贴上特定的躯体疾病诊断标签,但据此给以相应的治疗常常效果欠佳,致使相当比例的患者即使非常痛苦却得不到明确的治疗建议^[4],导致患者反复在综合医院各科室就诊,生活和社会功能严重受损。虽然越来越多的证据显示,心理疗法在治疗MUS方面的有效性,却很少有患者主动接受这种治疗^[5]。

本研究针对MUS患者就诊特点,分析其症状特点、就医行为及相关影响因素,以期为MUS患者提供更好的临床服务策略。

1 资料与方法

1.1 调查对象 入组患者来自山东某三甲医院心理科门诊,自2011年6月至2013年12月从其他临床科室转介心理科就诊者,共50例,18~65岁,其中男20例,女30例。来自神经内科19例(头痛头晕、顽固性失眠、颈背部疼痛、下肢抖动、肢体麻木、行走困难、面部肌肉僵硬等),心内科10例(心慌、心前区疼痛、胸背部游走性痛、发作性血压升高),消化内科7例(胃部不适、腹胀、食欲下降、口干、腹泻、便秘等),呼吸内科4例(胸闷憋气、气短、过度换气等),内分泌科3例(糖尿病后失眠、乏力、皮肤瘙痒,消瘦),耳鼻喉科2例(咽部肿痛不能进食、鼻塞、鼻炎性头痛等),泌尿内科1例(会阴部潮湿、尿

频、尿急),皮肤科2例(痤疮、皮肤瘙痒等),妇科2例(月经不规律、盆腔慢性不定位疼痛、气体游走感、外阴刺痒等)。住院患者9例,其余为门诊患者。入组标准:符合ICD-10对MUS的症状描述^[2],病程3个月以上,至少已有3次以上就诊经历,并具备以下三点:①患者的躯体症状无法用其他器质性疾病或重性精神障碍进行充分解释;②这些症状不是由人为性障碍或诈病造成的^[6];③症状给患者的生命活动或社会功能带来严重的损害^[7]。对照组:同期来我院体检中心查体的健康志愿者,共30例,年龄、性别、受教育程度等人口学资料与患者组相匹配。排除标准:痴呆、酒依赖、重性精神障碍者,自杀动机明显者以及最近接受精神科药物或物理治疗者。

1.2 工具

1.2.1 躯体化症状自评量表(the Somatic Self-rating Scale, SSS)^[8] 由上海交通大学医学院附属仁济医院心内科毛家亮编制,主要是针对综合医院心理障碍患者制定的筛查量表,具有较好的信度和效度。共20条目,包括躯体化症状、焦虑抑郁、焦虑和抑郁四部分,注重患者心理障碍的躯体化症状的表达,涉及几乎全身各系统:心血管症状(如心慌、胸闷等)、胃肠道症状(如胃肠胀气、腹痛、腹泻等)、神经肌肉症状(如头晕、头痛、颈背部疼痛、关节疼痛、乏力等)、呼吸系统症状(如气短、憋气)、泌尿系统症状(如尿频等)、睡眠障碍(如入睡困难、多梦、易醒)等。按症状严重程度,从“没有”到“重度”分1~4四级评分,各条目分值相加得出总分。总分 ≥ 42 分为存在重度心理情绪问题,需要心理学方面的干预; $38 \leq$ 总分 < 42 分之间为存在轻中度心理情绪问题; $30 \leq$ 总分 < 38 分为怀疑有心理情绪问题。

1.2.2 简易解释性访谈(the Short Explanatory Interview, SEMI)^[9] 采取开放式半结构访谈法获取患者的疾病理念——用简单的交流语言,引出患者对症状及其原因的假想、信念和想法,对未来的恐惧,日常功能的减少,功能失调行为的增加,患者对就诊的期望和满意度。可以根据试验的具体目的灵活掌握所要收集条目。平均时间为15 min。共7个问题[1. 你如何看待这些问题(症状)? 2. 你认为这些问题是怎么造成的呢? 3. 你的问题有多么严重? 4. 对于这些问题(症状)你最害怕的是什么? 5. 你认为这些问题会持续多长时间? 能治愈吗? 6. 你能对这些问题做什么? 你看了哪位医生? 医生怎么说? 7. 你希望从医生这里得到什么?]

1.2.3 特质应对方式问卷(the Trait Coping Style Questionnaire, TCSQ)^[10] 反映个体具有特质属

性、并与其身心健康有关的应对方式,评估个体在生活中对各种事件具有相对稳定的应对策略,分为积极应对(PC)和消极应对(NC)两个分量表,各包含10个条目,从“肯定不是”到“肯定是”采用1~5五级评分;其中PC由1、3、5、8、9、11、14、15、18、20各条目累积得分,NC由2、4、6、7、10、12、13、16、17、19各条目累积得分。健康人群的均值 $PC = 30.26 \pm 8.74$, $NC = 21.25 \pm 7.14$ 。

1.3 方法 所有课题组成员接受统一培训:包括入组标准、访谈及问卷指导方式;经接诊医生初步诊断后,再由另一位医生按入组标准筛查,进行相应的症状解释,获得患者的知情同意,由两位专业人员进行访谈和测试问卷的指导,问卷当场收回,检查问卷的有效性,然后用专业测试软件输出评估结果。对照组进行同样的访谈和问卷测试。

1.4 统计学处理 采用SPSS 17.0统计软件进行分析。分别采用描述性分析、独立样本 t 检验、Pearson相关分析及Stepwise多元线性回归分析。所得数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者组躯体化症状严重程度及分布特点 对照组躯体化症状总分均小于30分,为症状阴性;常见症状为一过性心慌、疲劳感、头部紧张感。MUS患者组50例躯体化症状总分最低35分,最高63分,均为症状阳性。症状总分分布情况显示,总分30~38的2例(4%),总分39~42的3例(6%),总分 ≥ 42 的45例(90%);症状严重程度95%在中度以上,90%在重度范围。同时发现患者组的症状均在5种及以上。

2.2 两组被试者之间应对方式和躯体化症状分数比较 两组比较,患者组躯体化症状分和消极应对分均明显高于对照组($P < 0.01$),而积极应对分显著低于健康对照组($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组被试者之间应对方式和躯体化症状分数的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	患者组 ($n = 50$)	对照组 ($n = 30$)	t	P
积极应对	24.63 ± 5.26	39.22 ± 4.88	-8.73	0.00**
消极应对	35.21 ± 5.63	20.89 ± 3.51	9.21	0.00**
躯体化症状	51.26 ± 7.60	23.50 ± 2.22	15.23	0.00**

** $P < 0.01$ vs 对照组。

2.3 两组被试疾病理念(SEMI)的比较 对照组表示有时会在有压力或劳累时短时间出现一些躯体不适症状,对症状不放心而首选综合科就诊的占95%,经相关医生检查解释后能够接受“有躯体症

状而无躯体病变”的解释,自己通过生理或心理方法进行调节和改善的占86%,会接受心理科诊治的占14%。患者组则表现为68%的患者有超过6个月(最长5年)的慢性病程,且在症状期间会到相同医院相同科室或不同医院的不同科室就诊次数超过6次及以上,涉及的症状达5种之多,涉及至少2个器官;大部分被解释为“没病”(84%)或“病变轻微不能解释症状”(86%),90%以上的相关科室仍给予了常规治疗;由于疗效欠佳,96%的患者流露出明显的健康焦虑,其中33%坚信躯体症状提示有较严重的躯体疾病,63%认为患有非常严重的疾病;同时反映出情绪现象:34%害怕死亡,22%害怕肢体瘫痪,15%恐惧发展为癌症,其余则忧虑自己的疾病是目前医学无法查明也无法治愈的。上述结果给患者造成痛苦,甚至有21%的患者因此影响社会功能(休学或辞职6个月~3年),而专门寻求医生帮助。所有患者对于到心理科会诊表示不能理解。

2.4 躯体化症状与应对方式、疾病理念及就诊次数的相关分析 Pearson相关分析表明,患者组躯体化症状得分与其病程、就诊次数、消极应对方式及健康焦虑的疾病理念呈正相关,相关性较高(分别为 $P < 0.05$, $P < 0.01$),与积极应对方式呈负相关,有较高的相关性($P < 0.01$)。

2.5 躯体化症状严重程度预测因子的多元线性回归分析 以躯体化症状得分为因变量,性别、年龄、病程、受教育程度、职业、应对方式、就诊次数及疾病理念为自变量,进行Stepwise回归分析,考察躯体化症状严重程度的预测因子。结果显示疾病理念首先进入回归方程($R^2 = 0.321$, $F = 8.053$),第二步进入回归方程的因子是就诊次数($R^2 = 0.472$, $F = 7.158$)。表明患者的疾病理念和就诊次数成为躯体化症状严重程度的重要预测因子。见表2。

表2 躯体化症状严重程度预测因子的Stepwise多元回归分析

变量名	B	SE	B	t	P
疾病理念	1.000	0.300	1.323	3.328	0.004
就诊次数	0.667	0.312	-0.850	-2.138	0.048

3 讨论

3.1 全球MUS患病率及疾病负担 普通人群中持续或反复发作MUS的时点患病率为20%。综合医院MUS非常普遍,在消化科、神经科及心血管科MUS占的比例分别是53%、42%、32%^[11]。在西方国家,综合医院的就诊人群中10%~35%患者存

在医学难以解释的症状^[12]。

国内综合医院住院患者中精神科会诊诊断为躯体形式障碍及医学不能解释的症状的随诊比例最高,达26.6%^[13]。MUS患者的重复就诊造成医疗费用明显增加^[14]。本研究中,患者组皆为其他科室多次诊治后无效而由本院医师多次建议、别无选择的情况下到心理科会诊的门诊及住院患者。

3.2 MUS患者症状特点、就诊特点及疾病理念
疾病理念是指当个体体验到躯体或心理症状时,对症状发生原因的自我解释,包括以下内容:患者的疾病理论,对医学领域的期望,疾病鉴定(疾病标签),病因解释,处置结果,情绪表达,求医期限及自我调控^[15]。患者的疾病理念将影响其是否决定会诊、症状存留时间及个人的伤残程度^[16]。

本研究结果表明,MUS患者具有其独特的症状特点及疾病理念:躯体化症状严重程度95%在中度以上;90%在重度范围。病程较漫长,68%的患者超过6个月(最长5年),且在症状期间会到不同医院、不同科室及不同医师重复就诊,在进行心理科会诊前平均就诊次数在6次及以上。症状分布涉及至少2个器官,存在5种以上的不同症状。但就诊结果大部分被解释为“没病”(84%)或“病变轻微不能解释症状”(86%)。尽管如此,90%以上的相关科室仍给予了常规治疗。

由于常规治疗不能消除症状,96%的患者流露出明显的健康焦虑,表现出其特有的疾病理念:坚信症状提示有较严重的躯体疾病者占33%,认为患有非常严重疾病者63%;同时,患者在主诉症状时表现出强烈的情绪体验:其中34%害怕死亡,22%害怕肢体瘫痪,15%恐惧发展为癌症,其余则忧虑自己的疾病是目前医学无法查明也无法治愈的。这给患者造成极度的痛苦,严重影响了其社会功能,有21%为了更好的专门寻求医生帮助而休学或辞职(6个月~3年)。以上发现与国内外学者的研究结论相一致^[2,3,17]。

3.3 MUS相关影响因素 目前关于MUS的病因及其发病机制尚不清楚,一般认为其影响因素包括:患者的性别、年龄、心理因素、健康观、情感状态、潜在的人格特征以及对外界刺激的感受能力等^[18]。

本研究结果显示,MUS患者躯体化症状严重程度与其病程、就诊次数、消极应对方式及健康焦虑的疾病理念呈正相关,而与积极应对方式呈负相关,相关性较高。与健康对照组比较也发现,患者组躯体化症状分和消极应对分均高于对照组,而积极应对分低于对照组。

应对方式是个体面对挫折或压力时所采用的认知和行为方式,作为应激与健康的中介机制之一,在个体面对应激时起调节作用,也是个体适应性发展的重要指标。特质应对能力则反映个体在心理应激过程中的认知水平、情绪状态、个性特点等,表示其相对稳定的行为倾向性。研究表明积极应对方式有利于个体缓解压力,减轻对生理的不良影响^[19]。本研究结果表明,MUS患者在面对生活中的应激事件时更多采用消极的应对策略,加之对健康的过分关注,使得诊疗不理想的躯体症状更被强化,甚至出现新的症状,从而形成了负性循环。

此外,本研究以躯体化症状得分为因变量,性别、年龄、病程、受教育程度、职业、应对方式、就诊次数及疾病理念为自变量,进行Stepwise回归分析,考察躯体化症状严重程度的预测因子,结果显示疾病理念首先进入回归方程,第二步进入回归方程的因子是就诊次数。表明患者的疾病理念和就诊次数成为躯体化症状严重程度的有效预测因子。由此可以发现,消极的疾病理念及反复就诊之间互为因果,增加了MUS患者躯体化症状的严重程度。

3.4 MUS处置策略及展望 基于近年来文献及本研究分析,虽然对MUS有了越来越多的了解,但相关研究仍处在初级阶段,因此对MUS患者的治疗策略和效果也是有限的。

本研究结果显示,MUS患者的就诊次数均在6次以上,既反映了患者急迫的求治欲望,也说明了相关科室尚缺乏明确有效的处置策略,从而加重了患者对症状的过度关注及对健康的过分恐惧。这就需要增加综合医院首诊医生的有效接诊技巧。因为患者反复就医的目的就是为了缓解症状,只有少数人愿意详细检查(8.8%)或诊断(8.8%),然而大部分接诊医生却可能会致力于鉴定而不是病因解释^[20]。这无疑增加了患者对于症状的更大疑虑。

综合我们的临床经验及文献介绍,针对MUS患者的就诊需求,治疗态度更显重要和有效^[5]。所以应增加综合医院各科医生基本的心身医学知识和技能,将心理冲突与相应的生理反应(躯体症状)相联系,有效解释、合理诊疗^[21],达到以下几点:①认真倾听,承认症状的真实性,使患者有被理解感;②病因解释,让患者接受体格检查和辅助检查的结果解释,理解躯体症状与心理因素间的关联;③重复归因,使患者接受导向性治疗计划,包括规律的药物治疗及寻求专业心理诊治,辅助性针灸、理疗等。

因此,了解MUS及其特点,为临床提供更合适的诊疗策略具有重要的临床意义和社会价值。

参考文献:

- [1] Christopher B. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS) [J]. *British Journal of General Practice*, 2003, 53:233-241.
- [2] Sumathipala A, Siribaddna S, Hewege S. Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study [J]. *BMC Psychiatry*, 2008, 8:54-64.
- [3] 孙夏媛, 魏镜. 医患对“医学难以解释的躯体症状”的观念和互动差异及影响因素 [J]. *中华医学杂志*, 2013, 93(23):1850-1852.
SUN Xiayuan, WEI Jing. Differences of perspective on “medically unexplained symptoms” between doctors and patients [J]. *Natl Med J China*, 2013, 93(23):1850-1852.
- [4] Baker M, Stallard J, Gibson S. A pilot project targeting frequent attenders at the emergency department with medically unexplained symptoms [J]. *Emerg Med J*, 2013, 30(10):866.
- [5] Gormley K. Medically unexplained symptoms: the need for effective communication and an integrated care strategy [J]. *Br J Community Nurs*, 2014, 19(2):86-90.
- [6] Robea C, Smith M D, Dwamena M D, et al. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms [J]. *Society of General Internal Medicine*, 2007, 22(1):685-691.
- [7] 刘峰海, 王爽, 于晓松. 医学无法解释的症状研究进展 [J]. *中国全科医学*, 2013, 16(4):1192-1194.
LIU Fenghai, WANG Shuang, YU Xiaosong. Progress in research of medically unexplained symptoms [J]. *Journal of Chinese General Practice*, 2013, 16(4):1192-1194.
- [8] 庄琦, 毛家亮, 李春波, 等. 躯体化症状自评量表的初步编制及信度和效度的研究 [J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2010, 19(9):847-849.
ZHANG Qi, MAO Jialiang, LI Chunbo, et al. Developing of somatic self-rating scale and its reliability and validity [J]. *Chin J Behav Med & Brain Sci*, 2010, 19(9):847-849.
- [9] Lloyd K R, Jacob K S, Patel V, et al. The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders [J]. *Psychol Med*, 1998, 28(5):1231-1237.
- [10] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册增订版 [J]. *中国心理卫生杂志*, 1999.
WANG Xiangdong, WANG Xilin, MA Hong. Rating Scales for Mental Health [J]. *Chin Ment Health J*, 1999.
- [11] 吴文源. 心身医学基本技能 (Asia-Link project, VN009) [M]. 上海: 同济大学出版社, 2009: 147-171.
- [12] Steinbrecher N, Koerber S, Ffieser D, et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care [J]. *Psychosomatics*, 2011, 52:263-271.
- [13] 赵晓晖, 洪霞, 史丽丽, 等. 某三级甲等综合医院住院患者精神科会诊3年资料分析 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(1):30-34.
ZHAO Xiaohui, HONG Xia, SHI Lili, et al. Analysis of data from consultation-liaison psychiatry service for the inpatients in a tertiary general hospital [J]. *Chin Ment Health J*, 2011, 25(1):30-34.
- [14] Burton C, McGorm K, Richardson G, et al. Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: a cost of illness study [J]. *J Psychosom Res*, 2012, 72(3):242-247.
- [15] Diefenbach M A, Leventhal E A. Illness Cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions [J]. *Cognitive Therapy and Research*, 1992, 16:143-163.
- [16] Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K J, et al. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) [J]. *Psychology and Health*, 2002, 17:1-16.
- [17] van Ravenzwaaij J, Olde Hartman T, van Ravesteijn H, et al. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature [J]. *Ment Health Fam Med*, 2010, 7(4):223-231.
- [18] 李昌俊, 郑涌, 刘新丰, 等. 影响躯体化症状的人格因素及其实践意义 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2010, 36(2):125-128.
LI Changjun, ZHEN Yong, LIU Xinfeng, et al. Personality factors and its contributions to somatization symptoms [J]. *Chin Nerv Ment Dis*, 2010, 36(2):125-128.
- [19] 陈力. 医学心理学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003.
- [20] Shattock L, Williamson H, Caldwell K, et al. They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms [J]. *Patient Educ Couns*, 2013, 91(2):249-254.
- [21] Howman M, Walters K, Rosenthal J, et al. Teaching about medically unexplained symptoms at medical schools in the United Kingdom [J]. *Med Teach*, 2012, 34(4):327-329.

(编辑:张彩凤)