

实用精神医学丛书

总主编 肖泽萍 江开达



躯体形式障碍

主编 吴文源



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

实用精神医学丛书

主编 周国治 副主编 王世明

“十一五”

躯体形式障碍

主编 周国治

中国医药出版社

——★ 实用精神医学丛书 ★——

躯体形式障碍

主 编 吴文源

编 者 (以姓氏笔画为序)

申 远 同济大学附属同济医院

李清伟 同济大学附属同济医院

吴文源 同济大学附属同济医院

张 旭 同济大学附属同济医院

骆艳丽 同济大学附属同济医院

秘 书 冯 威 同济大学附属同济医院



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

躯体形式障碍/吴文源主编. —北京: 人民卫生出版社, 2012. 5

(实用精神医学丛书)

ISBN 978-7-117-15667-7

I. ①躯… II. ①吴… III. ①运动障碍-诊疗
IV. ①R745. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 062890 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

躯体形式障碍

主 编: 吴文源

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 5 字数: 126 千字

版 次: 2012 年 5 月第 1 版 2012 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15667-7/R · 15668

定 价: 19.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编写说明

过去几十年,大多数国家的人民健康状况有了明显改善,主要表现在居民死亡率的下降、平均寿命的延长,但精神健康在过去的几十年中,并没有得到同步的改善。我国精神卫生方面的状况愈来愈令人忧虑,精神神经疾病在我国疾病负担中排名居首位。目前我国有精神疾病患者约 1600 万人,还有约 600 万癫痫患者。此外,受到情绪障碍和行为问题困扰的 17 岁以下儿童和青少年约 3000 万,妇女、老年人、受灾群体等人群特有的各类精神和行为问题,也都不容忽视。但公众对精神疾病的知晓率不足 5 成,就诊率低。

根据中国疾病预防控制中心统计,截至 2006 年底,全国精神卫生专业机构发展到 1124 家,其中精神病专科医院增至 645 家,有精神科的综合医院 479 家,注册精神科医师 16 383 人,共有精神科床位数 145 550 张。其中以精神专科医院床位为主,占总床位数 84.94%,综合医院精神科床位占总床位数的 15.06%。

精神卫生专业人员的继续教育问题,特别是精神卫生专业知识的普及和提高的问题,已引起有关部门的高度重视。《卫生部关于加强“十一五”期间卫生人才队伍建设的意见》提出要加强高层次卫生人才队伍建设,进一步完善卫生人才评价体系,加快推进卫生人才工作体制机制创新,为卫生人才队伍发展提供良好的政策环境。为了提高精神卫生专业人才的专业知识及技术,并与时俱进,有必要编写一套适合精神卫生专业人才的《实用精神医学丛书》。本丛书共设 25 个分册,以“主题”

的形式集成丛,覆盖了精神领域中临床常见及疑难疾病,丛书的各分册从精神疾病的评估、诊疗、预防到康复均做了详尽的描述。知识新颖、系统全面、内容实用,编者具有权威性。该书面向各级精神病医院或综合性医院的精神科专科医师,指导精神卫生临床实践工作,强化和提高精神医学专业中级、初级医生和基层从事精神卫生工作人员的专业知识和诊疗技能水平。同时,本丛书系一部大型系统的精神医学专业的工具书。

本丛书的编写以“实用”为中心指导思想。打破既往精神医学专业书籍大篇幅介绍基础知识和临床表现,而忽视诊疗部分的实用知识的介绍。本丛书着重强调诊断原则及规范化的治疗,引入循证医学内容,主张个体化治疗。内容具有先进性、科学性、实用性。

由于参加编写的人员较多,各章的体例不完全一致,某些观念也不免“见仁见智”,希望使用此丛书的各级医生谅解。最后,感谢各位编者在百忙中参与撰写;感谢上海交通大学医学院和上海市精神卫生中心的领导给予的支持;感谢张选红及左赛医师协助总主编承担了丛书的部分编辑工作。在编写过程中难免有疏漏之处,望各位读者不吝赐教,提出宝贵意见。

肖泽萍 江开达

2011年10月于沪

前 言

躯体形式障碍是一组复杂、致残性较高的精神障碍,临床治疗较为棘手。它的患病率并没有焦虑、抑郁那样高,但在综合性医院中不少见。我国四省市(山东、浙江、青海、甘肃)流行病学调查显示,各亚型患病率分别为躯体化障碍 28/10 万,持续疼痛障碍 182/10 万,未特定躯体形式障碍 56/10 万,疑病症 27/10 万。尽管各亚型临床症状不尽相同,但共同的特征是躯体症状缺乏相应的病理基础,患者体验真实,功能受损,症状常与心理冲突有关。这些患者因涉及躯体任何系统,就诊主诉多样化,首诊于综合医院临床各科中,他们均无视各种阴性检查结果,要求医生反复给予相应不适部位的不必要的检查。本着提高各科医生识别躯体形式障碍的临床特征,熟练诊断和鉴别诊断,避免大量医疗资源浪费的目的,我们撰写本书。我们的指导思想是:躯体形式障碍与其他精神障碍一样都是生物-心理-社会因素综合作用的结果,尤其强调本病基于个体遗传特质,在社会心理环境因素的作用下逐渐形成,与患者的疾病观念、情绪调节、行为模式、人格特征等有着密切的关系。合适的精神药物治疗对上述疾病有肯定的疗效,但心理治疗在躯体形式障碍中的作用和地位也不容忽视,本病的防治必须采用生物-心理-社会综合措施。

躯体形式障碍的分类在 ICD-10、DSM-IV 和 CCMD-3 诊断系统中不尽一致,我们在编写过程中兼顾了以上各个诊断系统的特点并综合我国 CCMD-3 的诊断系统。撰写包括以下几种亚型的内容:躯体化障碍、持续疼痛障碍、持续自主神经系统

障碍、疑病症、不能解释的躯体化障碍。本书的特点是各亚型均列举临床病例并进行解读,理论结合实际,以便专业人员理解和掌握。

参与本书撰写的作者均是综合医院一线临床工作的医学博士,她(他)们具有丰富的临床经验和扎实的专业理论知识,保障了本书内容的实用性。

本书的读者主要是工作在第一线服务的精神卫生工作者,包括专科住院医师、全科医师、综合医院心理科医师及临床各科医师。

由于撰写时间短促,难免内容有不全和欠缺之处。实践是检验真理的唯一标准,我们竭诚期望大家在临床实践过程中提出宝贵的批评及意见。

吴文源

2012年4月

目 录

第一章 概述	1
第二章 躯体化障碍	10
第一节 概述	10
第二节 病因和发病机制	12
第三节 临床特征	14
第四节 诊断和鉴别诊断	15
第五节 治疗	19
第六节 病例及病例解读	22
第三章 持续性躯体形式疼痛障碍	25
第一节 概述	25
第二节 病因和发病机制	27
第三节 临床特征	33
第四节 诊断与鉴别诊断	34
第五节 治疗	38
第六节 病例及病例解读	48
第四章 躯体形式自主神经功能紊乱	57
第一节 概述	57
第二节 病因和发病机制	58
第三节 临床特征	61

第四节	诊断和鉴别诊断	63
第五节	治疗	67
第六节	病例及病例解读	69
第五章	疑病症	72
第一节	概述	72
第二节	病因和发病机制	74
第三节	临床特征	78
第四节	诊断和鉴别诊断	80
第五节	治疗	87
第六节	病例及病例解读	92
第六章	医学难以解释的症状	100
第一节	概述	100
第二节	病因和发病机制	101
第三节	临床特征	102
第四节	诊断和鉴别诊断	103
第五节	治疗	105
第六节	病例及病例解读	107
参考文献		109
英中文名词对照表		121
附录		124
附录一	视觉模拟量表(Visual Analogue Pain Rating Scale, VAS)	124
附录二	生活事件量表	125
附录三	最近七天躯体形式症状量表(Screening	

	for Somatoform Symptoms-7, SOMS-7)	129
附录四	汉密尔顿抑郁量表(HAMD)	131
附录五	汉密尔顿焦虑量表(HAMA)	133
附录六	健康状况调查问卷(SF-36)	134
附录七	艾森克个性测验	137
附录八	Whiteley 指数	141
附录九	90 项症状清单(SCL-90)	142

第一章

概述

躯体形式障碍(somatoform disorder)的主要特征是患者反复陈述躯体症状,不断要求给予医学检查,无视反复检查的阴性结果。尽管医师反复说明症状并无躯体病变的基础,但仍不能减轻患者的忧虑和躯体症状。即使患者有时存在某种躯体障碍,其所患躯体障碍不能解释症状的性质和程度或患者的痛苦与先占观念。对患者来说,即使症状的出现和持续与不愉快的生活事件、困难或冲突密切相关,他们也拒绝承认心理问题。同时可伴有不同程度的抑郁和焦虑。患者往往以各个系统的躯体症状不适主诉在综合性医院各科就诊,并认为其疾病在本质上是躯体性的,需要进一步检测,常有一定程度寻求注意行为,若患者不能说服医生接受此观点,即会非常不满而加剧寻求注意行为。而医生往往不能识别躯体形式障碍特征而反复给患者做不必要的各种检查,浪费很多医疗资源。

躯体形式障碍在 1980 年美国精神病学会(American Psychiatric Association)DSM-Ⅲ(美国精神疾病诊断和分类第Ⅲ版)中首次作为一组精神障碍而被列出。目的是鉴别与“以躯体症状为主要表现的精神障碍”和潜在的躯体疾病(躯体形式一词来源)。自此略作修改后,该组精神障碍及其亚型在 DSM-Ⅲ-R(American Psychiatric Association,1987)中给予保留。经临床实践,又于 DSM-Ⅳ(American Psychiatric Association 1980,1994)及 DSM-Ⅳ-TR(American Psychiatric Association 1982,2000),继续保留了该组精神障碍的诊断。值得注意的是,DSM-Ⅳ中该组精

神障碍诊断标准和 DSM-IV-TR 的相应标准完全相同,但在描述性定义中提出了,其症状不能完全由公认的生理功能改变来解释,有别于生理障碍的一组精神障碍(已划归心理因素所致精神障碍)。另指出除体象障碍,躯体形式障碍症状中的信念均达不到妄想的程度,也不能由其他精神障碍解释,更明确了障碍的临床特征。在 DSM-IV-TR 中,躯体形式障碍章节包含了躯体化障碍、未分化型躯体形式障碍、转换障碍、疼痛障碍、疑病症、躯体变形障碍,以及残留的未定型躯体形式障碍。其分亚型依据基于公认的临床诊断分类法,并非基于病因或功能改变的假说。表 1-1 列出了 DSM-IV-TR 躯体形式障碍各亚型诊断标准。

表 1-1 DSM-IV-TR 躯体形式障碍亚型比较

DSM-IV-TR 躯体形式障碍	一般描述	病程及其他要求	排除其他精神障碍	排除其他
躯体化障碍	许多躯体不适主诉;至少存在四种不同部位的疼痛或功能障碍,两种非疼痛性胃肠道症状,一种性功能或生殖系统症状,一种假性神经症状(转换或分离)	30 岁以前发病,病程持续多年,就医行为或社会、职业或其他重要领域功能的明显损害	无特殊	不能完全由某种已知的一般医学情况或某种活性物质的直接影响所致
未分化型躯体形式障碍	一种或多种躯体不适主诉	症状持续至少 6 个月,具有临床意义的显著不适或社会、职业或其他重要领域功能的明显损害	不能用另一种精神障碍更好地解释	不能完全由某种已知的一般医学情况或病理生理(例如受伤、药物、毒品或酒)影响所致

续表

DSM-IV- TR 躯体 形式障碍	一般描述	病程及 其他要求	排除其他 精神障碍	排除其他
转换障碍	影响到自主运动或感觉功能的症状或缺陷,并提示存在某种神经病变或别的一般医学情况	与心理因素有关,具有临床意义的显著不适或社会、职业或其他重要领域功能的明显损害,或有必要进行医学检查	不仅有疼痛或性功能障碍,而且出现在躯体化障碍的病程中,用另一种精神障碍也不能更好地加以解释	不是有意或伪装的,不能完全由某种神经病变或别的一般医学情况,不是某种活性物质影响所致,或文化认可的行为或经验
疼痛障碍	疼痛是主要的临床表现,并足以引起医生注意	具有临床意义的显著不适或社会、职业或其他重要领域功能的明显损害,心理因素对发病有重要作用	用某种心境、焦虑或精神病性障碍也不能更好地加以解释	无特殊
疑病症	基于对躯体症状的误解,过分害怕罹患某种严重疾病,或对这想法过分关注。经过恰当的医学检查和医生再三保证后仍然持续存在	症状持续至少 6 个月,具有临床意义的显著不适或社会、职业或其他重要领域功能的明显损害	不仅出现在广泛性焦虑、强迫障碍、惊恐发作、抑郁障碍、分离性焦虑或别的躯体形式障碍的病程中	没有达到妄想的程度,不局限于对外形的关注

续表

DSM-IV- TR 躯体 形式障碍	一般描述	病程及 其他要求	排除其他 精神障碍	排除其他
躯体变形 障碍	对臆想的外形 缺陷过分关注 (可能会达到 妄想的程度) 或对轻微躯体 异常的过分 担忧	具有临床意 义的显著不 适或社会、 职业或其他 重要领域功 能的明显 损害	不能用别的 精神障碍更 好地解释 (神经性厌 食患者对体 形或消瘦不 满意)	无特殊
未定型躯 体形式 障碍	特定躯体形式 症状的障碍,包 括假孕、病程小 于6个月的疲 劳或虚弱、非精 神病性疑病症 状,或其他躯体 主诉	病程可以少 于6个月	没有达到任 何特定亚型 的躯体形式 障碍	无特殊

世界卫生组织(WHO)在制定国际疾病分类系统中一直没有纳入躯体形式障碍诊断标准。在 ICD-9 与 DSM-IV 中躯体形式障碍被划入“神经症”,直至 ICD-10 中被单独列出一类精神障碍(F45),在 ICD-10 中躯体形式障碍描述性定义类似美国 DSM-III 的定义,均强调不能完全由躯体疾病来解释的“躯体症状”特点,即症状“反复出现”、“不断要求接受医学检查”,及在多次阴性检查结果及医生再三保证缺乏躯体疾病前提下,患者仍拒绝接受“心理因素作为原因的解释”(World Health Organization 1992a 61 页)。在 ICD-10 躯体形式障碍亚型中,包含躯体化障碍、未分化型躯体形式障碍、疑病障碍、躯体形式自主神经功能紊乱(DSM-III 中无此诊断)、持续性躯体形式疼痛障碍、其他躯体形式障碍及未定型的躯体形式障碍。尽管美国 DSM-IV 中包

括转换障碍亚型,理由是转换障碍存在有一般医学情况的躯体症状,但缺乏相应临床和生理功能改变证据(Martiu,1995),而 ICD-10 是兼顾国际大多数国家的观点,转换障碍并不在躯体形式障碍章节内,而是划入混合分离性障碍中。同样躯体形式自主神经功能紊乱亚型在 DSM 中未出现,因为在 DSM I、DSM II 中没有“躯体形式”一词,但却有“心理生理”亚型。该型包括了带有自主神经功能紊乱的综合征。在 DSM I 中,只有“转换反应”被列入。DSM II 的“神经症”一节也包含了“症状性神经症,转换型”内容。另以临床现象学分组的症状为中心的 DSM-IV (American Psychiatric Association,1955)初级版本中,包含了“医学不能解释的症状”(medically unexplained symptoms,MUS),并作为其 10 条基本诊断法则之一。同样 ICD-10 初级版本(World Health Organization,1996)关于精神障碍的诊断和使用指南中也将“无法解释的躯体主诉”作为一类疾病诊断。但在以后 DSM-III 及 ICD 版本中均未出现此类障碍诊断。在 ICD-9 中,与 DSM-IV 躯体形式障碍对应的精神障碍被划入神经症,至 ICD-10 中躯体形式自主神经功能紊乱才被单独列出一亚型。因此,躯体形式障碍的诊断和命名亚型在 DSM 和 ICD 不同诊断分类系统中略有差别,及随着时代不同有所更改。表 1-2 列出了 DSM 和 ICD 相应的诊断标准。

《中国精神疾病分类方案和诊断标准》第 2 版(CCMD-2,1995)修订版原则是进一步向国际疾病分类法靠拢,多数疾病的命名、分型方法、描述、诊断标准尽量与 ICD-10 保持一致,此后 CCMD-2-R 和 CCMD-3 均与 ICD 版靠拢,也参考了 DSM-IV 草案的某些优点,但躯体形式障碍直至 CCMD-3(2001)才正式单独命名为一类障碍,并划入“神经症”(F43)中一类精神障碍(F43.4)。它并不同于 ICD-10 中是和神经症、应激相关的一大类精神障碍。在 CCMD-3 中躯体形式障碍描述性定义是“一种以持久的担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症,患者因这些症状反复就医,各种医学检查阴性和医生的解释

表 1-2 DSM 及 ICD 躯体形式障碍有关诊断分类

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	ICD-9 (1977)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	ICD-10 (1992)	DSM-IV (1994)/ DSM-IV-TR (2000)
-	-	-	躯体形式障碍	躯体形式障碍	躯体形式障碍, 也称为分离(转换)障碍	躯体形式障碍
-	-	其他神经症: 躯体化障碍, Briquet 障碍	躯体化障碍	躯体化障碍	躯体化障碍	躯体化障碍
-	-	-	不典型躯体形式障碍	未分化型躯体形式障碍	未分化型躯体形式障碍	未分化型躯体形式障碍
转换反应	癔症性神经症, 转换型	转换障碍	转换障碍	转换障碍	分离(转换)障碍	转换障碍
-	癔症性神经症, 转换型	精神性疼痛, 心因性疼痛	心因性疼痛障碍	躯体形式疼痛障碍	持续性疼痛障碍	疼痛障碍
精神神经症 性反应: 其他	疑病性神经症	疑病症	疑病症	疑病症	疑病症	疑病症
-	-	-	不典型躯体形式障碍: 畸形恐怖	躯体变形障碍	包含在疑病障碍	躯体变形障碍
-	-	-	不典型躯体形式障碍	未定型躯体形式障碍	其他躯体形式障碍	未定型躯体形式障碍