

躯体形式障碍与躯体化障碍

(Somatoform and Somatization Disorders)

季建林

复旦大学附属中山医院心理医学科

临床现象

- 这些病人往往重复诉述各种躯体不适，反复要求医疗检查，但躯体和实验室检查却查不出相应的器质性基础；即使存在某些躯体疾患也不能解释病人症状的性质或病人的痛苦

病例-1

- 女性，52岁，近20余年来长期腰背疼痛、头痛和失眠，反复就医诊治。
- 糖尿病史5年，室性早博3年，药物控制基本良好。
- 近8个月来上述体诉症状加重，伴食欲下降、体重减轻，时常彻夜不眠和疼痛难忍。
- 消极自杀观念1月，跳楼自杀未遂。

临床定义

- **Katon等**：躯体化是一种以躯体症状表达心理痛苦的现象，是表达与应付社会和个人烦恼的手段
- **Kleinman**：躯体化描述的是一种疾病行为方式和以躯体症状来表达痛苦的一种风格。在这个基础上，病人具有对心理症状的感受，但是仅选择心理症状的躯体成分来寻求帮助
- **Lipowski**：将躯体化定义为个体在心理应激反应下，一种体验和表达躯体不适和症状的倾向，这些躯体不适或症状是医学无法解释的，并常被归咎为躯体疾病而寻求医学帮助

基本特点

- 1) 躯体化必然有躯体不适或症状的感知，并以此作为求医原因
- 2) 躯体症状的感受、表达受心理社会文化因素的影响
- 3) 躯体症状不能以躯体疾病来解释

躯体化可分为三种形式

医学不能解释的症状（**medically unexplained symptoms**）：通过必要的检查仍不能解释的躯体症状。

疑病性的躯体化（**hypochondriacal somatization**）：身体不适并过分担忧可能患了严重躯体疾病或病患。

精神障碍的躯体表现（**somatic presentation of psychiatric disorder**）：原发疾病为精神障碍，而非躯体形势障碍，但临床表现却以躯体症状为主（如抑郁症、惊恐障碍）。

患病率

- WHO以躯体症状指数（Somatic Symptom Index, SSI）为标准，在15个不同国家地区研究发现，躯体形式障碍在基层医疗保健病人中的总的患病率为19.7%（7.6%~36.8%）
- 以ICD-10为标准，躯体形式障碍的患病率为22.3%（14%~36%）
- 中国上海：应用SSI对综合性医院的门诊病人调查发现躯体形式障碍患病率为18.3%
- 北京、天津、哈尔滨应用ICD-10发现躯体形式障碍约占门诊病人的18.2%

性别

- 女性的躯体化症状主诉仍较男性多，性别差异最显著的症状有头痛、呼吸困难、头昏、疲劳、背痛和胃肠功能紊乱
- 国内的研究也发现躯体化症状以女性居多，约为所有患者的2/3
- 女性（24.9%） VS 男性（18.4%）
- 女性情绪障碍较多见，且常以躯体不适等症状为主诉，更易表达和夸大躯体症状，寻求医疗保健的阈值较低

医疗费用支出

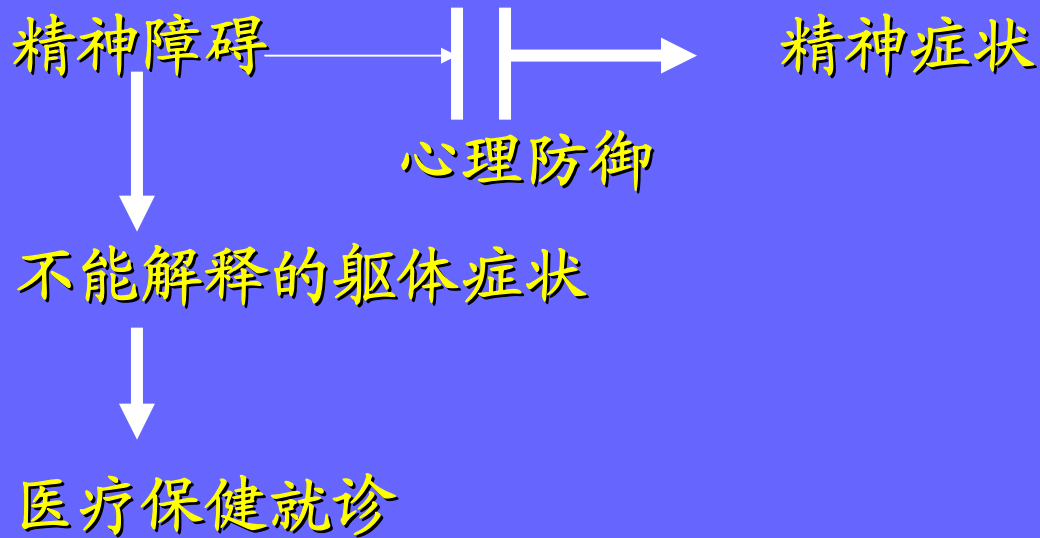
- 躯体形式障碍病人一年的就诊次数几乎是其它病人的两倍
- Kroenke等针对14种常见躯体症状，回顾性分析了1000名内科门诊病人资料，结果显示：
- 仅16%找到了器质性病因，10%与心理病因相关；而74%的躯体主诉原因不明，且多数被认为可能与心理社会因素有关
- 最终诊断为器质性疾病的病人仅占16%，但有超过2/3的病人接受了详细的医学诊断检查。

经济负担

- 常见于躯体形式障碍病人的某一症状年费用约为：头痛诊治7778美元/例，背痛7263美元/例，胸痛4354美元/例，头昏2532美元/例
- Katon的研究报告显示，基层医疗保健中的高医疗资源利用病人，有20%符合躯体形式障碍诊断
- 躯体形式障碍病人工作能力明显受损，造成间接的经济损失
- 国内亦有研究报告，躯体形式障碍病人在过去的12个月中，平均工作时限大约只有7.5个月，即约有至少4个月不能工作

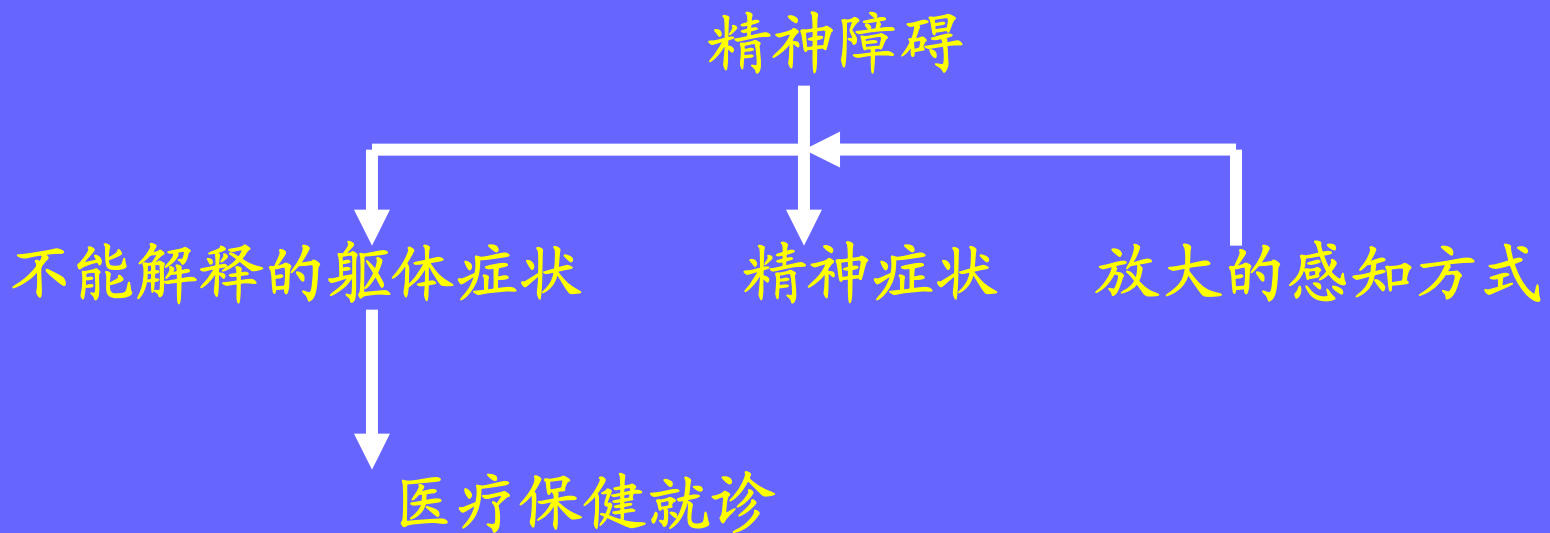
躯体化的4种假设(1)

躯体化作为精神疾患的一种隐匿性主诉



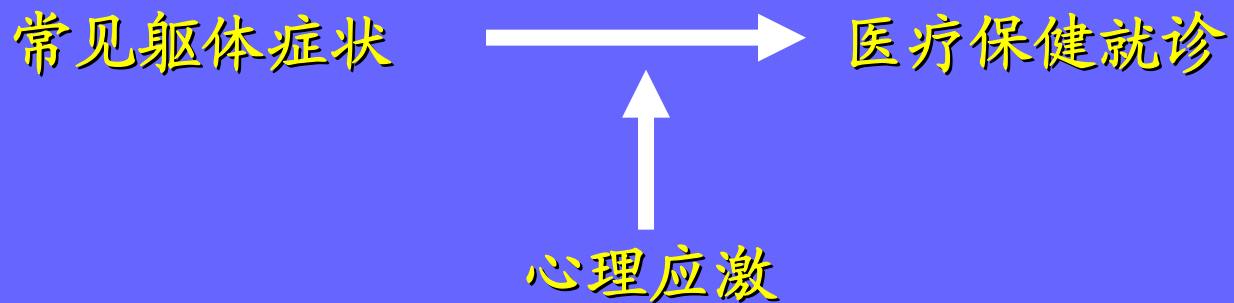
躯体化的4种假设(2)

躯体化作为一种放大的感知方式



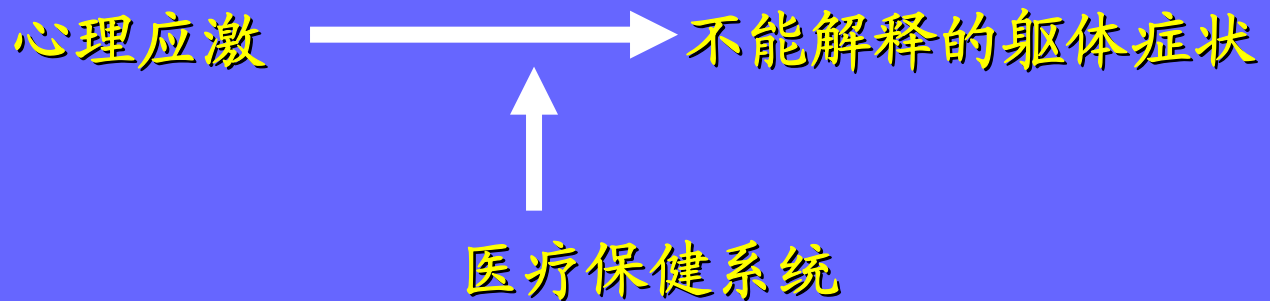
躯体化的4种假设(3)

躯体化作为术后的常见症状



躯体化的4种假设(4)

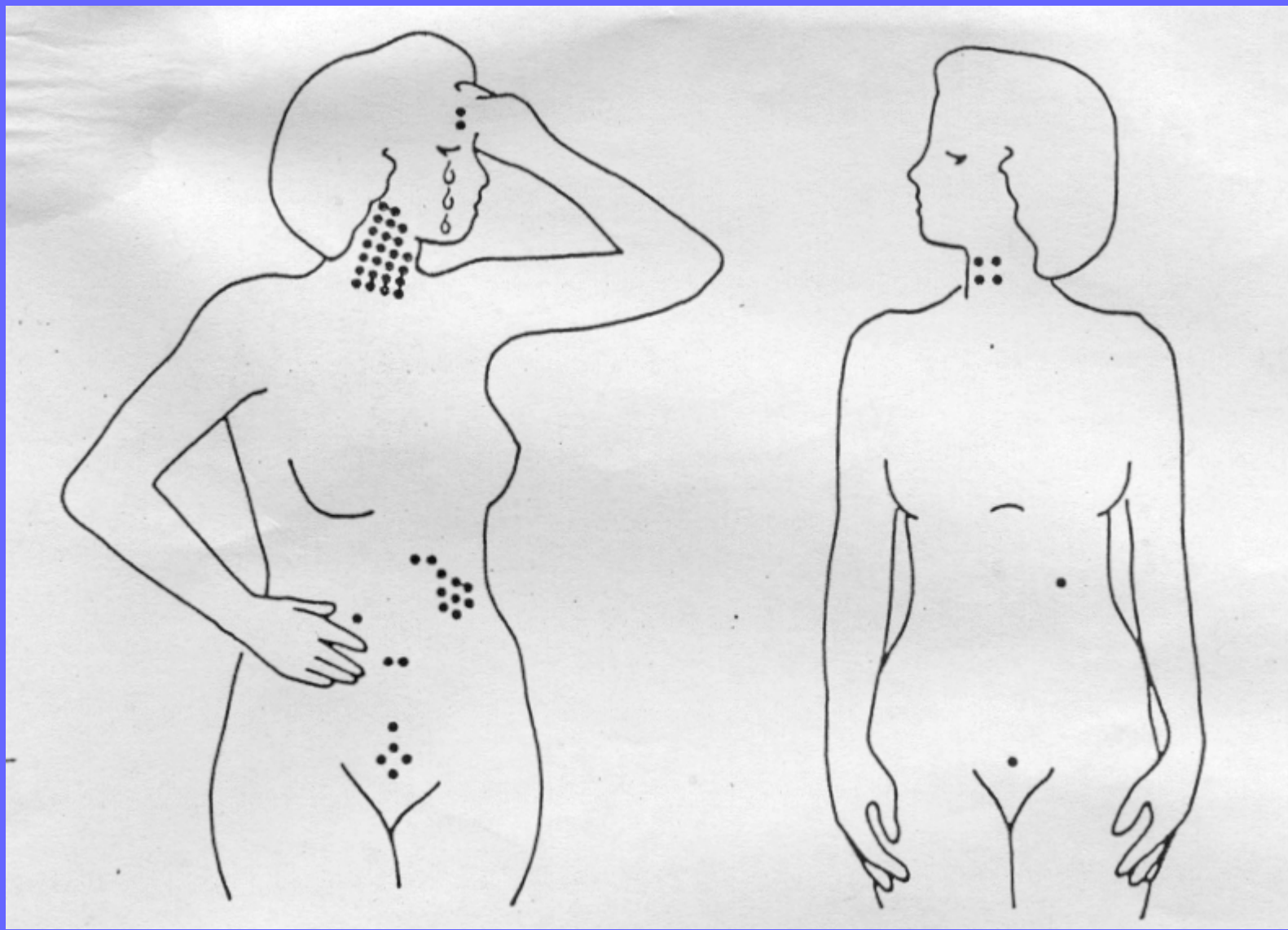
躯体化作为医疗保健系统激励动机的一种反应



临床分类

- 躯体化障碍（Somatization Disorder）
- 未分化躯体形式障碍（Undifferentiated Somatoform Disorder）
- 疑病症（Hypochondriasis）
- 躯体形式的植物功能障碍
- 持续的躯体形式疼痛障碍
- 其它（如体像障碍，Body Dysmorphic Disorder, BDD）

临床常见慢性内科病人的主诉



躯体化障碍

- 至少4个多部位的疼痛不适
- 至少2个胃肠道症状
- 至少1个泌尿生殖或性症状
- 至少1个假性神经系统症状
- 30岁前起病，病程多年
- 医学检查不能证实或解释

未分化躯体化障碍

- 只有1项或数项躯体症状主诉
- 病程至少6个月

疑病 --- 健康焦虑

(Hypochondriasis)

在综合性医院就诊者中，反复就医，往返各科之间，对自己健康过分关注，根据自己一知半解的知识，作出灾难性解释，以致惶惶不可终日。



疑病症

- 对严重疾病或健康的害怕，存在对躯体症状的先占（Preoccupation）
- 医学检查或保证不能消除病人的先占
- 将症状来代替疾病（厌食、体重下降=消化道肿瘤；咳嗽=肺癌、胸痛=心肌梗死）
- 病程至少6个月

病例-2

- 男性，54岁，胸闷气急伴胸痛7月，近1周来症状明显加重，被怀疑患冠心病入院。
- BP140/90mmHg，24h/HOT基本正常，
- EKG窦性心律不齐，HR86/S，ST段轻度压低
- 父亲58岁因急性心肌梗死病故，长兄56岁也因急性心肌梗死2年前病故。

慢性疼痛的临床特征

- “The disease of the Ds”

- 能力丧失 (Disability)
- 功能退缩 (Disuse and degeneration of functional capacity secondary to pain)
- 药物不恰当使用 (Drug misuse)
- 逛医生商场 (Doctor shopping)
- 依赖 (Dependency/ emotional)
- 道德感减退 (Demoralization)
- 抑郁症 (Depression)
- 过多的体诉不适 (Dramatic accounts of illness)

病例-3

- 男性，32岁，发作性腹痛伴腹泻、便秘3年余，近3周来症状加重急诊入院。各项体检和实验室检查（GI、结肠镜、胃肠血管造影、腹部CT）等皆正常。
- 病前诱因单位工作岗位分配不满意
- 病前性格不和谐、敏感、多疑、孤傲
- 住院期间主任查房时疼痛主诉强烈，曾有1次院长来查房当面用便盆大便不起，表情痛苦不堪；但其他同室病人告之，该病人其他时间如常，和女友同出同进。
- 诊断：IBS；但病人扬言欲上告是误诊。
- 随访：2月后原单位辞职经商，以后3年未再来医院因此类问题就诊

欧洲专家的一般共识

- 慢性疼痛与抑郁症密切相关。与会学者中，25%的认为疼痛是抑郁症患者的一种表达方式，21%的认为疼痛是抑郁症的躯体症状之一
- 近期有多项研究证实，约47%的慢性疼痛与抑郁症有关，尤其是合并内科疾病的疼痛患者比例更高（54%）；而且抑郁症状表现与疼痛呈正相关，即症状越多、越严重，疼痛的发生率就越高
- 合并有慢性疼痛的抑郁症患者误工天数是普通人群的5倍，是不伴疼痛抑郁症患者的2倍，严重影响患者的生活质量

原发性头痛

——流行病学的启示

- 原发性头痛门诊患者调查发现27%的患者有中-重度抑郁，其中偏头痛人群为17.1%、转化型偏头痛为36.1%、紧张型头痛（TTH）为28.3%；
- 偏头痛患者终身的抑郁障碍患病率约为30%~80%，是普通人群的3-4倍。同时，易有惊恐和强迫等焦虑障碍；
- 有先兆的偏头痛和转化型偏头痛者的伴发率更高。频发型和慢性TTH者抑郁焦虑障碍的伴发率可达2/3；
- 青少年慢性头痛者调查，有抑郁障碍30%（抑郁症21%）、焦虑障碍36%、高度自杀危险者20%

慢性疼痛综合征的特征

行为	人际关系	情感特征
<p>躯体表现为最严重的残疾</p> <p>强调痛苦（言语性）</p> <p>戏剧性的痛苦表现（非言语性）</p> <p>因回避和依从性差而使残疾慢性化</p>	<p>“无助”</p> <p>强调主诉的真实性</p> <p>表达或否认高度的焦虑</p> <p>“只有你能帮我；我什么都做不了”</p>	<p>嫉妒，愤怒地憎恨他人</p> <p>可爱的，容忍的，否认的，被动的</p> <p>强烈的心境，心境恶劣，易激惹</p> <p>虚弱，自卑，内向</p>

疼痛的认识

- 慢性疼痛，如抑郁性疼痛、焦虑性疼痛、躯体化疼痛等众多的慢性疼痛综合征，则相当一部分是因为外周局部的分子变化、神经递质的敏感刺激改变等刺激外周感觉神经原，再通过感觉传导通路作用最终作用于感觉中枢，产生疼痛
- 若减轻外周相关症状或神经原的敏感性，即可达到止痛的效果。实际上，倘若将慢性疼痛简单地归之于是脑部中枢神经系统（CNS）病变，则许多患者和学者是不会认同的。

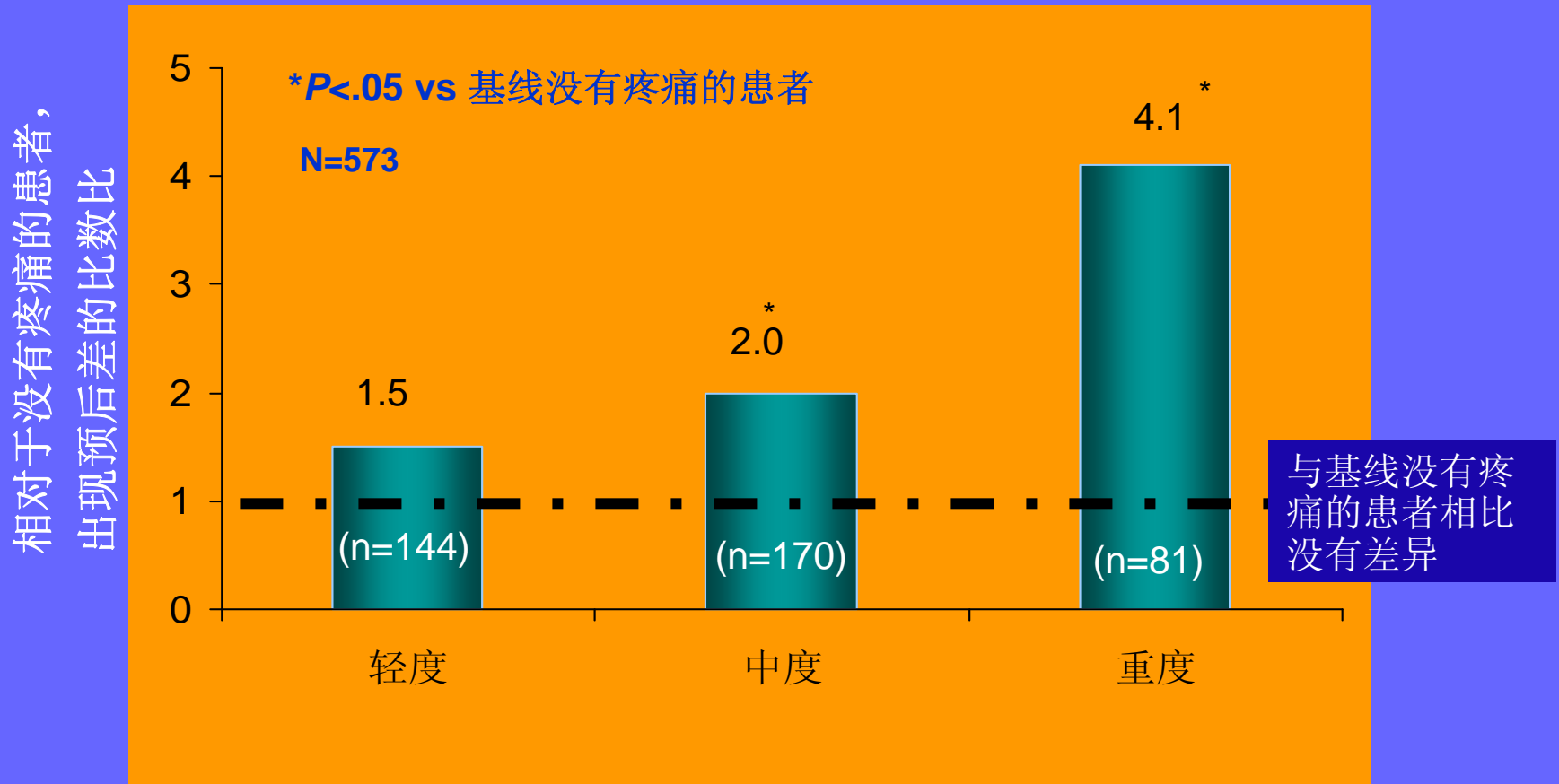
慢性疼痛和抑郁症之间有何关系?

系统文献研究检索了46篇文

前提假说 3/13 in support	抑郁 → 疼痛
结果假说 15/15 in support	疼痛 → 抑郁
单元假说 9/12 in support	抑郁 ↓ 疼痛 → 抑郁
认知行为假说 5/6 in support	认知因子 ↓ 疼痛 → 抑郁
共同的致病机制	共同的致病机制 → 疼痛 → 抑郁

疼痛严重度与抑郁症预后差相关

基线疼痛的严重程



ARTIST=A Randomized Trial Investigating SSRI Treatment.

**Poor depression treatment response defined as Symptom Checklist-20 >1.3. Pain severity was measured by the SF-36 pain severity item

Bair MJ, et al. *Psychosom Med.* 2004;66(1):17-22.

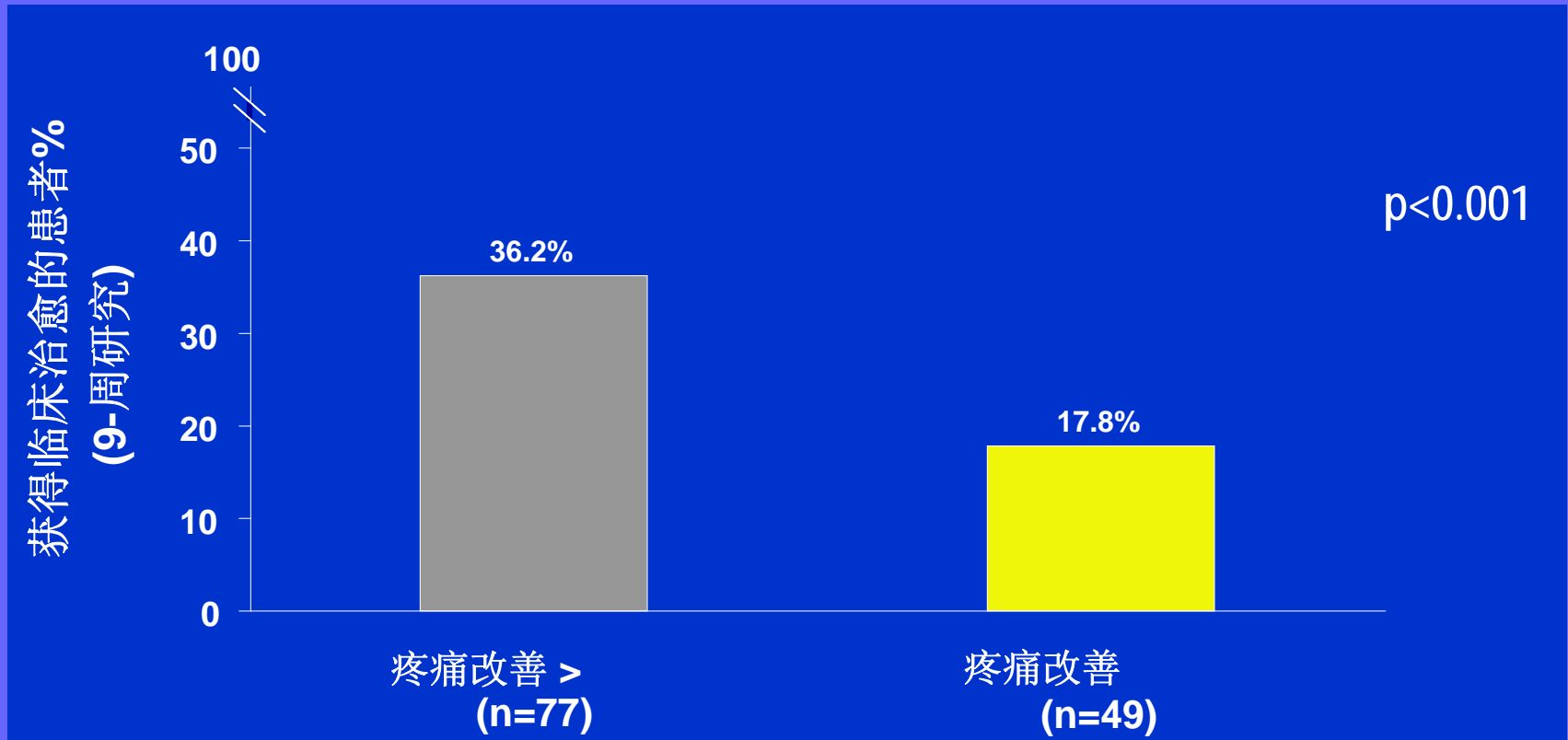
疼痛的过程



止痛的认识

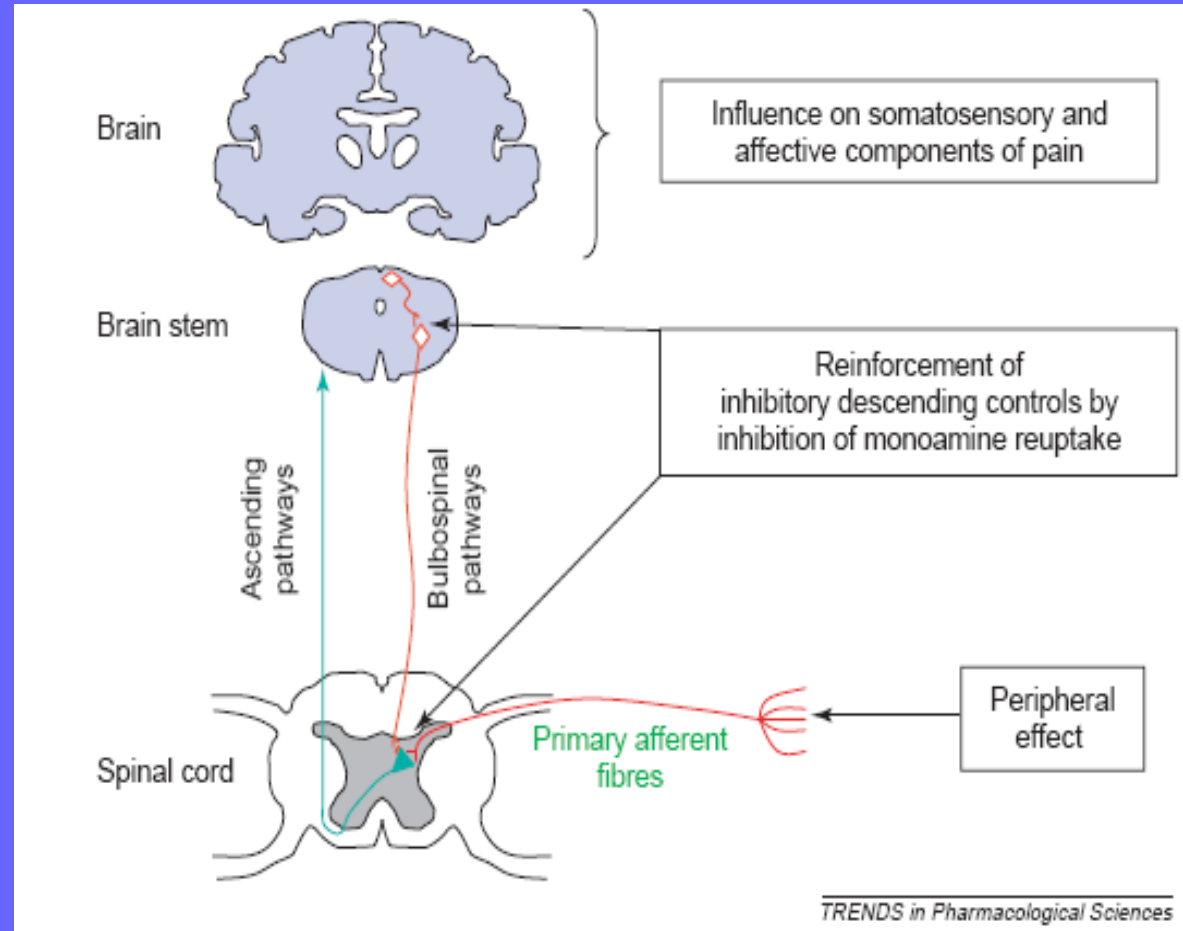
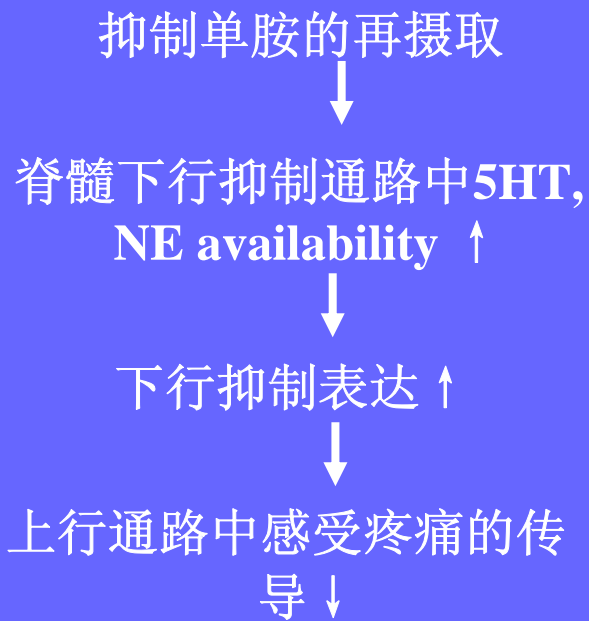
- 对脊髓中的5-羟色胺（5-HT）和去甲肾上腺素（NE）通路研究发现，单胺类神经原也参与调节或抑制痛的传递，即对5-HT/NE转运体有阻断作用的药物可以调节止痛。
- 三环类抗抑郁药（TCAs）与5-HT和NE双递质再摄取抑制剂（SNRIs）均有阻断NE/5-HT转运体的作用，因此具有一定的止痛效果，尤其是NE的功能
- 有研究提示，SNRIs类抗抑郁药能有效治疗抑郁症患者的疼痛等，并且能明显缓解与抑郁情绪密切相关的躯体症状。

疼痛性躯体症状的改善带来 更高的临床治愈率



- 临床治愈定义为HAM-D₁₇ 总分 ≤ 7
- 疼痛性躯体症状的改善通过整体痛感VAS量表评估

抗抑郁药物的镇痛效果： 作用机理的假说



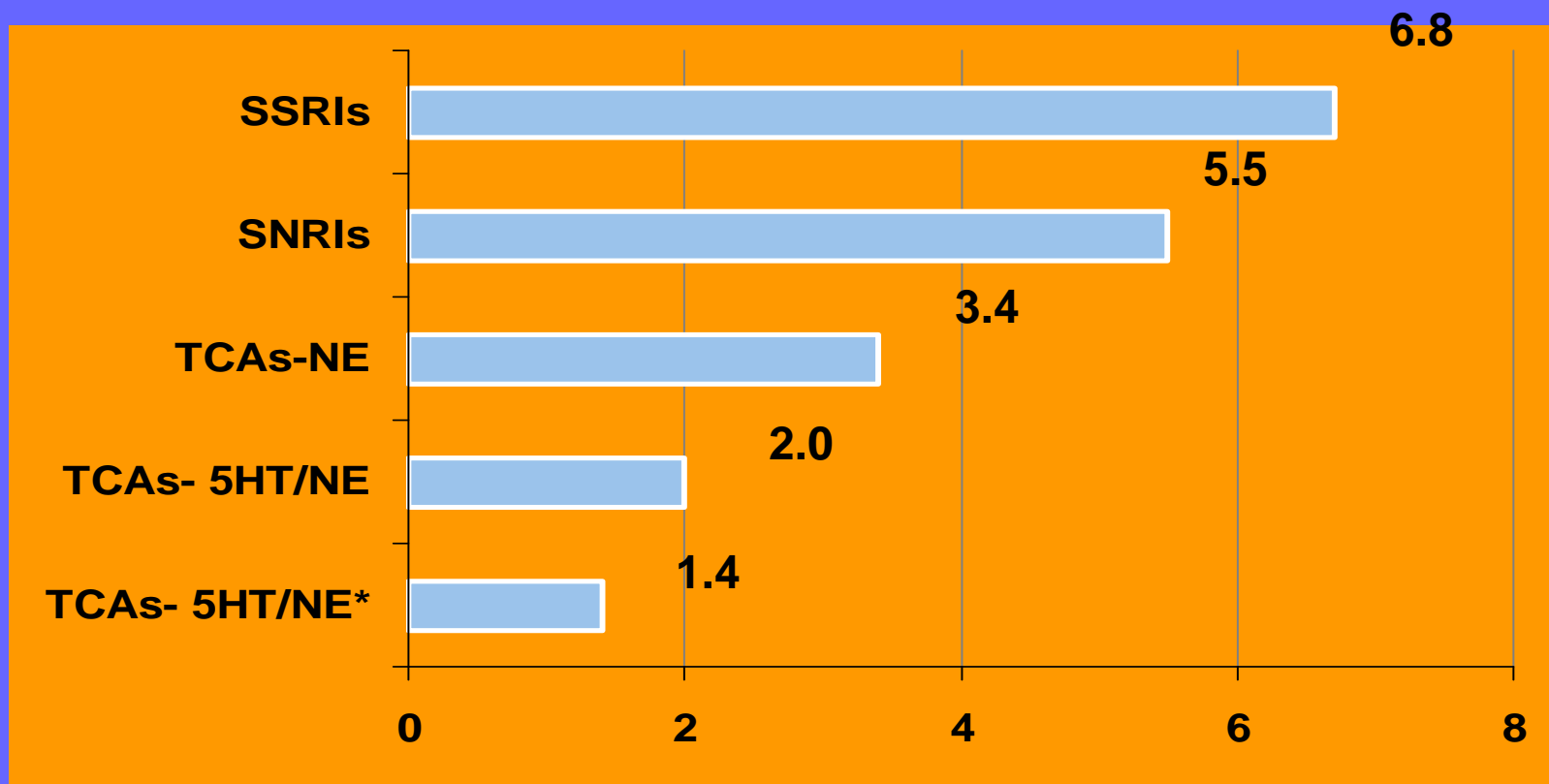
美国神经病学会

-----偏头痛预防性治疗推荐

- **A:中等-明显疗效,证据强度高,有一定频率和程度的不良反应:**
 - 阿米替林,丙戊酸钠,普奈洛尔,
- **B:疗效不及A,证据强度低,有一定的不良反应**
 - 阿司匹林,美托洛尔,尼莫地平,加巴喷丁,氟西汀,镁,维生素B2
- **C:来自于专家共识或经验,**
 - 文拉法辛,多塞平,帕罗西汀,舍曲林,米氮平等
- **D:中等-明显疗效,证据强度高,不良反应值得重视:**
 - 美西麦角,氟桂利嗪,苯噻啶等
- **E:证据证明无效:**
 - 卡马西平,氯硝西泮,拉莫三嗪,硝苯地平,尼卡地平等

抗抑郁药物的镇痛效果

需要治疗的患者数 (疼痛减轻 < 50%)



*optimal dose achieved

TCA-5HT/NE: imipramine, amitriptyline, clomipramine; TCA-NE: desipramine, maprotiline

对伴有躯体症状病人的精神检查要点

- 异常疾病行为的特征/体征
- 病人描述其症状的性质
- 与症状发生有关的想法、行为和情绪
- 情绪反应的“度”（广度/范围、强度/严重程度）
- 病人对其躯体症状的解释，以及对检查结果阴性的含义
- 对内科医师的不正常敌意表现

躯体化及其躯体形式障碍的处理原则

- 重视解释
- 安排定期随访
- 治疗情绪抑郁和焦虑障碍
- 减少多药合用
- 必要时给予特殊治疗
- 改变社会环境
- 重新认识和控制负性反应和反移情