

"医学难以解释的症状"临床实践 中国专家共识

中国医师协会精神科医师分会综合医院工作委员会

"医学难以解释的症状"临床实践中国专家共识组

通信作者：魏镜，中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院心理医学科，Email:weijing@pumch.cn

出处：中华内科杂志, 2017,56(02): 150-156.

“医学难以解释的症状” (medically unexplained symptoms, MUS) 是临床各学科最常遇见的问题之一，常被医生们称为非特异症状、功能性症状、神经官能症等。其中既包括各种功能性疾病，又包括精神障碍中的躯体形式障碍。对临床医生而言，这样一组患者究竟该下什么诊断、进行何种评估、怎样规范干预、如何有效防治、是否应该转诊、如何成功转诊，在理论上缺乏为各临床学科所接受的共识，在实践上缺乏操作性流程和培训。

近年来，国外学者陆续推出了功能性胃肠病、纤维肌痛综合征、慢性疲劳综合征、慢性疼痛的诊断标准和治疗指南。有的国家出版了“医学难以解释的症状”临床实践指南，指导临床医生的诊疗行为。

中国医师协会精神科医师分会综合医院工作

委员会组织了全国 25 位来自精神卫生及内科、外科、妇产科、耳鼻喉科、中医科等领域的专家，在参考国内外临床指南和相关研究进展基础上，编写我国第一个 MUS 临床实践专家共识。

本共识立足于临床实践，面向临床各科医务人员。从概念及其演变、疾病的心理生理机制、常见临床特征、各专业识别的重点、诊断和鉴别诊断思路、临床处理策略、综合干预方法等方面分别加以阐述。致力于帮助临床医生更好地理解这一组疾病，并在实践中给予患者合宜的检查、诊断、病情解释和治疗建议，提升临床服务水平，改善患者就医体验，防范医患纠纷。

一、概况

1. 基本概念的演变与比较：各科医生均会遇到这样的患者，他们有一种或多种躯体症状，客观

检查却未发现相应的病理改变。这类问题常被医生称为“神经官能症”、“植物神经功能紊乱”等，这样的概念在精神科医生看来更接近“神经症”，而非“没有病”。

MUS 这一用语可追溯到 1985 年，Slavney 和 Teitelbaum 在描述临床上请精神科会诊的原因时使用这一描述。30 年来已成为世界范围内对此现象最普遍的描述性用语。长期以来 MUS 在生物医学和精神心理医学领域中沿着两道轨迹发展。在生物医学领域出现以肠易激综合征、纤维肌痛、慢性疲劳综合征为典型代表的“功能性疾病”术语，在精神心理医学领域描述为“疑病症”“躯体形式障碍”（ICD-10、DSM-5）；“躯体症状障碍”“疾病焦虑障碍”（DSM-5）。随着整体医学的发展，各科医生均发现单一学科、单一手段的治疗对这类患者难以获得

令人满意的疗效。他们生活质量下降，医疗资源被大量占用。改善他们的症状与预后具有重要的公共卫生意义。

MUS 的含义是未能用生物医学的病理结构改变和病理生理异常给予合理解释的躯体症状。这一名称是指一组现象而非一个疾病。出现症状的原因可以是躯体为主的，也可以是精神心理为主的，或者两者兼有。症状不一定是长期的、持续性的。根据这个含义，患者可以没有躯体疾病，罹患 MUS；也可以既有已经证实的躯体疾病，又存在 MUS。这一概念可以被各科医生使用，将症状放在整个“人”的框架下理解，也强调了诊断和治疗需要多学科的协作。

尽管术语的使用仍然在讨论和优化中，本共识目前推荐使用 MUS 作为临床实践的通用术语，便

于临床各科医生参照这个概念和共识指导临床工作，而不限于精神科医生使用。

2. 流行病学：国外资料显示，普通人群中 MUS 的患病率为 4%~10%；在初级医疗机构就诊的患者中有 10%~30%存在 MUS；某些特殊躯体疾病专科门诊中这一比例高达 50%；女性所占比例更高。当 MUS 与情感障碍或其他精神科疾病共存时，会增加其躯体症状的严重程度。

中国尚缺乏本定义疾病的流行病学资料。已有的调查为普通人群符合躯体形式障碍诊断者约 6.92%；综合医院内科和神经科门诊约占 18.2%；综合医院住院患者中为 4.15%。

卫生经济学研究提示，MUS 所造成的医疗过度支出与抑郁或焦虑等精神卫生问题类似。

二、发生机制

1. 病理生理学：MUS 的病理生理学改变并无定论。目前国内外学者对 MUS 的机制模型主要集中在两个焦点：外周变化(例如免疫、内分泌、肌肉、心脏、胃肠道)及中枢变化。认为中枢神经系统功能调节,特别是中枢神经系统某些过度敏感化(如焦虑和抑郁放大了对外周刺激的感受性,降低症状阈值;对既往症状的记忆强化了对刺激的躯体反应;对症状的认知和行为加工使得症状固化等)是 MUS 发生和维持的一个重要因素。

2. 影响因素及交互作用：一般认为 MUS 是多因素影响的,可以分为易感因素、诱发因素、维持因素。

易感因素方面,目前未发现明确的基因,遗传因素似乎较小。童年时期有过功能性的症状、父母健康状况差、父母对躯体症状过度关注等因素与成

年后出现 MUS 相关。其次是人格因素，例如认知模式和依恋模式可能影响患者的不良患病行为；在严重的案例中，人格障碍共病率较高。

诱发因素包括器质性疾病、意外、生活事件及压力、甚至广泛的心理社会应激，例如周围人出现或者媒体报道某种疾病。

维持因素包括有器质性疾病共病、精神科疾病共病，患者持续的器质性疾病归因，其他背景因素（如继发性获益）等。另外，医生的行为也可能成为 MUS 维持和加重的因素，例如医生在已经初步判断不是器质性疾病的情况下，仍继续进行更多躯体检查而忽视了心理社会线索，也就是“躯体化”地对待患者症状，表 1 列出了不当医源性因素。

Henningsen 等将各类生理及心理社会因素在 MUS 发生发展过程中作用和关系总结见图 1。

表 1 医生在不同接诊环节可能成为 MUS 维持或加重的因素



接诊阶段	不当医源性因素
看法	对 MUS 单一的心理机制解释 缺少对患者症状痛苦的理解和接受 以“心理阻抗”来看待患者表达躯体症状
诊断	过早给出诊断 忽略患者的社会因素,继发性获益
沟通	激活了患者的耻感(“症状是感觉出来的,没有疾病”) 缺少对躯体症状与精神心理关系的适当解释 忽略了患者对疾病的病因和治疗目标的想法 过度强调和依赖排除性检查
制定治疗方案	未与患者共同制定治疗方案、目标
治疗方式	过于单一而非多模式 不同专业医生之间缺乏沟通 忽略心理社会因素的干预
药物	忽视用药史 忽视患者自身健康信念 单纯药物治疗

注:MUS 为医学难以解释的症状

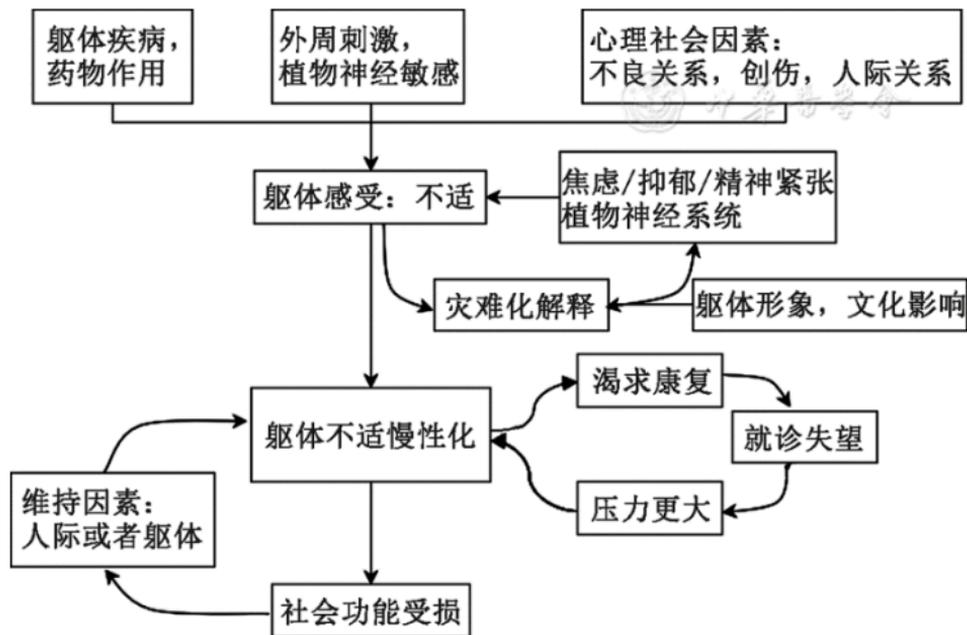


图 1 躯体症状的产生及演化

三、识别、诊断与评估

1. MUS 基本特征：MUS 往往是慢性、波动的身体不适感，体格检查及必要的实验室检查难以找到器质性病因；或者即使有一定的器质性因素或病理改变，但不足以解释这些症状。这并不意味着这些

症状是患者“想象”出来的或者伪装出来的，它们真实存在，并且影响患者正常生活、工作的能力，影响生活质量。无法找到相应的病因令患者更加痛苦，不知如何应对这样的症状，反复就医，重复检查，浪费大量医疗资源。

MUS 可以涉及身体的任何系统，如疲劳、疼痛、心悸、气促、头晕和恶心等。有的症状轻微，有的会导致严重的功能障碍或功能丧失。

病史中常可发现患者最近受到感染或罹患过身体疾病，或者目睹、听闻别人患重病或死亡，或病前已有焦虑抑郁情绪，症状有时因不良情绪诱发。持久的身体不适感也会导致抑郁等负性情绪，后者再次加重身体不适，并可能引发其他的症状，从而形成恶性循环。

虽然医生反复向 MUS 患者告知所有临床证据

均表明身体问题并不严重,但患者描述病情时仍然常常刻意忽略心理上的痛苦,而着重描述甚至放大身体的不适感。为了获得对疾病的解释和支持,一些患者会对医生的诊治能力提出质疑,从而频繁地更换医生、医院。还有的患者会要求医生为其增加额外的诊治时间,或者要求开具某些疾病证明。这些情况都容易令医生失去耐心并影响医患关系。

2. 各临床专科常见 MUS 的特点: 见表 2。

表 2 部分专科的常见医学难以解释的症状表现

专科	常见症状
心内科	心慌、胸闷、胸痛、心动过速、心脏停跳感、心前区不适、血压不稳等
神经内科	头痛、头晕、头部昏沉感、耳鸣、颈部疼痛、腰背部疼痛、手部震颤等
消化科	<ul style="list-style-type: none"> • 口咽部: 口干、口苦、有异味、咽部咽下异物感等 • 胸部: 胸闷、憋气、胸痛、烧心等 • 上腹部: 嗝气、呃逆、食欲不振、饱胀、烧灼感、疼痛、上腹不适等 • 腹部: 腹胀、腹痛、腹鸣、腹泻、便秘等 • 肛门部: 缺乏便意、排便不畅、排便费力、排便不尽感、肛门坠胀感、肛门灼热感、肛门疼痛等
耳鼻喉科	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性眩晕: 持续性头晕、非旋转性头晕、视觉性眩晕、共济失调等 • 咽部: 咽部异物感、烧灼感、咽痒感、梗咽感、呼吸不畅等
妇产科	<ul style="list-style-type: none"> • 盆腔痛: 盆腔、前腹壁、腰骶部或臀部疼痛 • 更年期症状: 月经紊乱、面色潮红、心悸、失眠、乏力、情绪不稳、易激动、注意力难以集中等 • 经前期症状: 偏头痛、腹胀、腹泻、手足肿胀、易激动、坐立不安、注意力不集中、抑郁、焦虑、紧张、睡眠紊乱等
男男科	<ul style="list-style-type: none"> • 前列腺: 前列腺区域不适或疼痛、排尿异常、尿道异常分泌物等 • 更年期症状: 生理体能症状; 血管舒缩症状; 精神心理症状; 性症状等
中医科	失眠多梦、头晕头痛、神疲乏力、脘腹胀满、恶心纳呆、胸闷气短、胸背疼痛、四肢酸痛、尿屎便秘、烦闷等, 常有情志致病因素
精神科	<ul style="list-style-type: none"> • 对健康担心、高水平焦虑、投入过多时间和精力关注症状 • 反复出现关于躯体症状或疾病的侵入性观念 • 可有相关的强迫行为(如寻求反复确认)

3. 评估与分级：由于 MUS 是一组症状，其评估需要从各专科的生理方面和患者的心理社会方面全方位进行，评估中需注意识别潜在的躯体疾病，对于复杂案例常需要多学科、多角度评估。本共识主要介绍生物-心理-社会的评估方法，各专科的症状评估请参照相关临床指南或共识。

(1) 评估：目前缺乏单一有效方法识别哪些 MUS 患者需要接受治疗。

病史信息主要来自患者，但当躯体症状严重、持续时间较长时，还需从患者家属处获取信息。应复习既往就诊记录及检查结果，以明确目前的症状是否在之前就已存在，症状有无变化。

临床评估时需详细了解下列情况：①目前主要的躯体症状；②其他相关的躯体症状；③精神状态和情绪问题；④最近的应激性生活事件、不良处境，

或其他的外部因素(如家庭、工作、人际关系等问题)；⑤既往有无相似的症状或问题；⑥患者对其症状的归因；⑦患者对症状和疾病担忧的程度，家庭成员对患者情况的紧张、关切程度；⑧患者功能受损的程度(躯体功能、家庭功能和社会功能)，以及在相关人际系统中产生的影响；⑨患者及家属对治疗和检查的期望程度，以及对既往求助、求医经历的看法。

目前常用的筛查工具有患者健康问卷躯体症状群量表(PHQ-15)和健康焦虑量表(whiteley index)。量表分别测量躯体症状的数量和健康焦虑的程度，是评估 MUS 严重程度两个重要的维度。

(2)分级：分级的主要目的是识别躯体症状的风险性和根据分级进行相应处理。首先，是否会转为慢性、严重的功能受损和导致反复就诊行为；其

次是症状的复杂性，如共病、应激及疾病行为。

①低风险，病情轻：患者经历躯体症状(尤其在压力较大的环境中)的时间较短，症状的严重程度低，未引起严重的功能受损，愿意和医生讨论社会心理因素。复杂水平最低，预后良好。

②中等风险，病情较重：患者的躯体症状持续时间相对较长，有一定程度的功能障碍。症状有一定的复杂性，存在共病，常合并心理/精神障碍。这使得治疗的选择复杂，容易将关注点放在明显的躯体或精神障碍某一个方向上，而忽略其他因素。如果在评估时忽略这种复杂性，可能影响治疗，导致预后不佳。

③高风险，病情严重：患者有持久的躯体症状，有明显功能障碍或功能丧失。医患关系可能存在严重的问题，患者频繁在医院间转诊的情况较明显，

并可能住院治疗甚至接受手术。患者可能执着于争取与实际情况不符的残疾补贴或有其他的法律诉求。

四、治疗

1. 治疗目标：(1)减少或减轻症状；(2)减少心理社会应激；(3)减少或减轻日常功能损害；(4)减少不合理医疗资源使用。

2. 治疗原则：治疗过程中对躯体疾病和精神心理诊断和治疗保持谨慎的判断和处置。对共病给予适当的治疗。治疗任务分阶段制定。

(1)治疗初期：建立相互信任的医患关系。①接受患者对症状的关注、担忧和相应的行为；②对患者痛苦的共情和理解、包容；③积极解释症状：功能性、无害性、躯体压力；④协商合理的治疗目标。

(2) 治疗中期：建立对症状心身联系的理解。

①了解患者对躯体疾病的担心，一起回顾躯体检查，纠正患者对疾病的错误认知；②心理教育：解释症状的功能性，可借助肌肉紧张、高通气等生理现象帮助其理解躯体症状；③引入心理生理反应的概念，使患者了解在心理社会因素应激下的躯体反应；④逐渐引入心理社会话题，由患者建立心理社会因素与躯体的联系；⑤关注存在的维持因素，提升患者的自我效能；⑥关注症状，提供可能的应对策略(例如放松治疗、锻炼、认知行为治疗、药物)；⑦减少患者的不良疾病行为：饮酒、不必要的检查、治疗等；⑧关注患者的心理社会特质，包括成长史和人格因素。

(3) 治疗后期：建立回归日常生活的信心。①鼓励和支持回归日常生活；②讨论如何应对波动与

复发。

3. 治疗策略：(1)建立良好的治疗关系：创造并维持一个包容、共情的、以患者为中心的医患关系，制定合理的治疗目标是 MUS 治疗成功的基础。

在与 MUS 患者的接触中，医生需要具备的基本态度和沟通技能包括：①倾听与接纳：认可症状的真实性，认可症状带来的痛苦；②共情：对患者的情绪状态以及心理社会因素表达共情；③包容：以患者为中心的方式关注患者认为重要的问题；④专业的医学态度：如“目前没有发现 XX 科的器质性疾病”等交谈向患者解释，建议和推荐合理的治疗目标；⑤避免不当的处置：如过度检查和治疗。

(2)心身并重的基本处置：持续的动机激励，逐步进行躯体活动(例如从轻度到中度强度的有氧运动和力量训练；缓慢增加强度，交替休息)，鼓

励社交活动。鼓励心理治疗，例如针对心理社会压力或者抑郁等问题。

(3) 药物治疗：目前尚无针对 MUS 治疗的特异性药物。但针对躯体症状用药是许多患者容易接受的治疗方式。临床上同时应用治疗躯体症状的药物、传统中医药和精神心理科药物进行治疗的情形是常见的。

躯体症状治疗的相关用药：按照各专科疾病的基本方法对症治疗，改善功能（如功能性胃肠病可选择调节胃肠平滑肌收缩力或调节内脏敏感性药物）。因 MUS 的异质性，不同症状和专业的躯体对症药物选择请参照相关指南或共识。

精神科药物治疗：常用药物包括抗抑郁药、抗精神病药物及植物制剂等。虽然治疗 MUS 尚未被写入这些药物的适应证中（极个别的药物除外），但

在临床上已被医生经验性地广泛使用。其有效性仍有待于研究进一步证实。

从临床疗效来评价,最新的关于 MUS 药物治疗的 Meta 分析得出如下结论:以减轻症状严重程度为评价指标,与安慰剂相比,三环类抗抑郁药物药物(TCA)并未体现出更好的疗效;以 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)、5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)为代表的新一代的抗抑郁药物和植物制剂(以圣约翰草提取物为代表)显示有效;横向比较 TCA 与新型抗抑郁剂,或比较 SSRIs 与 SNRIs 之间的疗效时,未能证实某一种药物疗效优于其他药物;单一药物治疗(如 SSRIs)与联合用药(如 SSRIs+非典型抗精神病药物)相比,后者疗效优于前者。遗憾的是这些研究之间的异质性和小样本量使得结论存在较高的偏倚风险。

综上所述，目前对 MUS 进行药物治疗应权衡利弊之后使用。目前各国的指南中并不推荐单纯使用药物来进行治疗，而更推荐药物联合社会心理干预的治疗策略。

上述药物治疗应从小剂量开始，逐渐滴定增加到有效剂量，并注意监测药物的不良反应及药物之间相互作用。

(4) 中医相关治疗：根据 MUS 的临床表现和症候特点多归属于中医“郁病”范畴，其他散见在惊悸、不寐、痞满、嘈杂、脏躁、百合病、梅核气等疾病中。肝气郁结，脏腑功能失调是本病的基本病理机制。参照国家中医药管理局“郁病中医诊疗方案”，MUS 基本证候为肝郁化火证、痰浊内阻证、心肾不交证、心胆气虚证、心脾两虚证及瘀血阻络证。中医治疗以辨证施治为主导，灵活多样为特点。针对

MUS，既可以单纯中医治疗，也可以联合西药或心理治疗。

中药治疗在辨证的基础上选择中成药或中药汤剂。

肝郁化火证：急躁易怒、失眠、不易入睡、多梦易惊醒、胸胁胀闷、善太息、口苦咽干、头晕头胀、目赤耳鸣、便秘溲赤、舌质红苔黄、脉弦数。丹栀逍遥散加减、柴胡加龙骨牡蛎汤加减。中成药为丹栀逍遥丸。

痰浊内阻证：头目昏沉、脘腹痞闷、失眠时作、噩梦纷纭、易惊易醒、口苦心烦、饮食少思、口黏痰多、舌质红苔黄腻或滑腻、脉滑数。疏肝涤痰汤加减。中成药为同仁牛黄清心丸。

心肾不交证：头晕耳鸣、潮热盗汗、夜难入寐、甚则彻夜不眠、心中烦乱、男子梦遗阳痿、女子月

经不调、健忘、口舌生疮、大便干结、舌尖红少苔、脉细。黄连阿胶汤、百合地黄汤加减。中成药为乌灵胶囊。

心胆气虚证：心悸胆怯、不易入睡、遇事易惊、气短倦怠、自汗乏力、舌质淡苔白、脉弦细。安神定志汤加减。中成药为安神温胆丸。

心脾两虚证：善思多虑不解、胸闷心悸、神疲、失眠、健忘、面色萎黄、头晕、神疲倦怠、易自汗、纳谷不化、便溏、舌质淡苔白、脉细。归脾汤加减。中成药为柏子养心丸。

大量临床实践证明，电针、体针、耳针、腹针等多种针灸疗法及走罐、埋线、浮针疗法、八段锦等辅助疗法配合药物治疗对 MUS 症状改善具有良好疗效。

4. 分级处理：根据病情严重程度，对患者进

行分级处理，有针对性地提供处理方式。

(1)病情较轻：轻度的 MUS 患者由各科室医生进行治疗，必要时将患者转诊到精神心理科。由于病耻感等因素的影响，成功转诊需要医生具有一定的准备和技能：①对精神心理问题保持中立的态度；②与精神/心理科合作管理疾病，避免给患者带来被“拒绝”或“摆脱”的感受；③促进患者的求助动机，让患者“为找出病因尝试不同的思路”，尊重自主权，参与决策；④转诊困难时，进一步强化医患关系。

(2)病情较重：病情较重的 MUS，需要以各躯体专科医生作为管理的中心，团队中加入精神/心理专科医生。制定清晰的治疗计划。

心理治疗是治疗的一个重要部分。治疗初期就要处理患者对心理治疗的被动和负面态度。具有循证证据的心理治疗有：认知行为治疗、精神动力学

治疗、催眠治疗、放松、操作行为治疗。对 MUS 的心理治疗应是障碍导向的、考虑到背景(共病、社会状况、工作能力)以及躯体和资源导向。心理治疗对 MUS 的症状、功能状态和情绪有低至中等效用。效用比抑郁的心理治疗要低，高于外用药物、注射及手术。

躯体导向的治疗元素和放松治疗可以作为总体治疗计划的额外措施；但不推荐作为单一治疗(例如生物反馈、渐进性肌肉放松、太极、气功、瑜伽等)。

药物治疗：包括对症处理的药物和 TCA、选择性 SSRI、SNRI 为代表的新一代抗抑郁药、植物制剂等。

治疗过程中的再评估：为预防加重和慢性化，至少每 3 个月再评估 1 次症状、诊断、严重程度和

治疗效果。6 个月门诊治疗无效可考虑住院治疗。

(3) 病情严重：应考虑住院治疗，需要多模式治疗(至少两个专科以上的科室合作，其中一个为精神/心理科)。康复治疗也是非常重要的一个部分。

五、病程与预后

对于 MUS 的结局目前重点关注两个方面。

第一，是否这些症状最终能被器质性疾病解释。一系列的随访研究表明，MUS 患者即便接受了大量的重复检查，也只有极少数(0.4%)最终发现器质性病因。

第二，症状持续的时间。普通人群和基层医疗机构中，大多数 MUS 只是短暂出现，并能够逐渐缓解。一半以上的患者症状会在 1 年内得到有效控制。这些症状常常不需要医学干预而仅仅需要医生清楚解释减少其疑虑。一项挪威的长期研究表明，

普通人群伴有 MUS 的患者中，仅有 8% 症状会持续数年，且其中大多是女性。仅少部分 MUS 是慢性疾患，可以多模式地临床处理与治疗，但并不是“治愈”。进入专科医疗机构的患者，症状相对持久，症状导致的临床结局也更严重。一项进行 1 年以上随访结果显示，虽然约 2/3 的患者症状得以改善，但 40% 的患者因持续的症状导致了不良的健康状况，这个比例在神经科更高。

关于 MUS 的预后，一般认为预后好坏与病程相关，较短的病程往往决定了好的预后。症状持续时间小于 4 个月，症状数目不超过 2 个，伴有相应器质性疾病是预后良好的 3 个因素。伴有一定器质性疾病基础的患者当疾病得到缓解以后 MUS 也会随之好转。

共识组成员名单(按姓氏汉语拼音排序): 白文佩(首都医科大学附属北京世纪坛医院妇产科); 陈胜良(上海交通大学医学院附属仁济医院消化科); 何燕玲(上海市精神卫生中心); 季建林(复旦大学附属中山医院医学心理科); 贾福军(广东省人民医院精神卫生研究所); 姜荣环(解放军总医院医学心理科); 李宏军(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院泌尿外科); 李焰生(上海交通大学医学院附属仁济医院神经科); 李占江(首都医科大学附属北京安定医院); 刘哲宁(中南大学湘雅二医院精神科); 陆峥(同济大学附属同济医院精神医学科); 潘小平(广州市第一人民医院脑系科); 胜利(北京和睦家医院精神科); 史丽丽(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院心理医学科); 王高华(武汉大学人民医院精神科); 王向群(北京大

学第六医院);王旭梅(中国医科大学附属盛京医院心理科);魏镜(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院心理医学科);吴文源(同济大学附属同济医院精神医学科);吴子明(解放军总医院耳鼻喉科);许秀峰(昆明医学院第一附属医院精神科);于欣(北京大学第六医院);张捷(首都医科大学附属北京中医医院心身医学科);赵旭东(同济大学附属上海东方医院临床心理科);朱丽明(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院消化科)

执笔: 魏镜、史丽丽

参考文献 (略)