



門診常見身體型疾患之診斷與治療

陳偉莉¹ 陳昭源² 林忠順³

前言

身體型疾患(somatoform disorder)，是指無法完全以醫學狀況解釋之非特異性身體症狀，通常又因為憂鬱，焦慮或是人際衝突而發生或是加重，但又無法完全以精神疾患完全解釋；同時身體型疾患亦可能是潛意識中一種獲得病人角色的慾望表現。美國衛生研究院指出，在基層醫療中常見的身體型疾患，導致尋求醫療資源增加，不但是公共衛生的重大議題，亦常為病患及基層醫師帶來診斷與治療上的挫折感。

定義

目前對於身體型疾患的診斷標準尚在進行研究中，鑑別診斷須排除器質性疾病所引起之症狀，並排除一般精神疾患如憂鬱症、焦慮症、恐慌發作、精神病性疾患等引起的身體症狀，以及物質

濫用或詐病。

以下分三大項說明目前常見之定義：

一、基層醫療門診常見身體型疾患，目前研究以症候群分類可歸類為三大症狀群：

(一)腸激躁症候群(irritable bowel syndrome)

(二)慢性疲勞症候群(chronic fatigue syndrome)

(三)肌纖維痛症候群(fibromyalgia syndrome)

目前研究指出有一共同因子造成此數類症候群，為神經質性人格特質(personality trait of Neuroticism)。

二、依據美國精神科醫學會診斷手冊DSM IV-TR指出，一般大眾認知之身體型疾患大類，又可細分為7小類：

以下皆需符合非人為或詐病，並且並非一般器質性疾病，一般精神疾患(情感性，焦慮性或精神病性疾患)或物質濫用所致，並造成社會職業上功能損害：

(一)身體化疾患(somatization disorder)

1. 無法以一般醫學狀況解釋的身體症狀，發生於30歲之前；且症狀持續數年。

1 林口長庚紀念醫院 家庭醫學科 住院醫師

2 林口長庚紀念醫院 家庭醫學科 主治醫師

3 林口長庚紀念醫院 家庭醫學科 主任

關鍵詞: somatoform disorder, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, medically unexplained physical symptoms, hypochondriasis



表1 身體型疾患之分類診斷準則

疾患	特徵
1.身體化疾患	無法一般醫學解釋的身體症狀、發生於30歲之前、症狀持續數年、症狀包含兩種腸胃道症狀，四種疼痛，一種偽神經症狀，一種生殖系統症狀(表2)
2.未分化之身體型疾患	超過6個月以上病史、一種以上一般醫學無法解釋之症狀
3.轉化性疾患	一種關於感覺或運動功能的一般醫學無法解釋症狀
4.疼痛疾患	表現疼痛為主、心理因素為疼痛症狀發生，嚴重度，持續時間及加重的因子
5.慮病症	恐懼本身患有生命威脅性疾病的堅定信念
6.身體畸形性疾患	具有對於真實或想像的身體缺陷的過度擔憂
7.其他未特定性身體型疾患	未符合任何以上的身體型疾患，對於本身身體症狀有誤解或過度放大其感受

資料來源：參考資料1

2. 症狀包含兩種腸胃道症狀，四種疼痛，一種偽神經症狀，一種生殖系統症狀(見表2)。

(二)未分化身體型疾患(undifferentiated somatoform disorder)：

超過6個月以上病史，有一種以上醫學無法解釋之症狀(如易疲累、無胃口、腸胃道或泌尿道之抱怨)。

(三)轉化性疾患(conversion disorder)：

一種以上關於感覺或運動功能的症狀或功能缺失，且在此功能缺失發生時有相關聯的心理因素(如壓力或人際衝突)。

(四)疼痛疾患(pain disorder)：

6個月以上病史，發生一或多個解剖位置的疼痛，且心理因素在此疼痛初發，嚴重度，惡化或持續扮演重要角色。

表2 DSM-IV-TR身體化疾患認定症狀列表

腸胃道(2種)	偽神經症狀(1種)	疼痛症狀(4種)	生殖系統(1種)
脹氣 腹瀉 食慾不振 噁心 嘔吐	失憶 失聰 失明 吞嚥困難 複視 運動失調 失去意識 偏癱 感覺異常 尿滯留	腹部 背部 胸部 痛經 排尿疼痛 四肢 頭痛 關節 直腸	射精困難 勃起障礙 整個懷孕期孕吐 月經不規則 經血過多 性冷感

資料來源：參考資料1



(五)慮病症(hypochondriasis)：

1. 6個月以上病史，基於對自己身體症狀個人的錯誤解釋，而專注於害怕正在罹患或相信已經罹患某一重大疾病。
2. 縱使已經過適當醫療評估及再保證，此專注想法仍持續，但未達妄想程度。

(六)身體畸形性疾患(body dysmorphic disorder)：

專注於自己外觀有些實屬想像的缺陷之想法，且過度擔憂造成社會職業功能上損害。

(七)其他未特定性身體型疾患(somatiform disorder not otherwise specified)：

具有身體型症狀(表2)，但不符合以上診斷準則，且總時期少於6個月。

三、在基層醫療中使用美國精神醫學會診斷準則DSM-IV-TR來診斷身體型疾患較為困難且不便，以下是英美兩國一般家庭醫學學會建議之診斷準則：

英國方面，根據2003年British Journal of General Medicine對於家醫科常見之身體型疾患的臨床定義為(1)經由身體症狀表現精神性的疾患，又稱為身體化憂鬱(somatized depression)；(2)對於非器質性症狀不斷尋求醫療上的協助。

美國方面，美國家庭醫學會期刊於2007年發表，身體型疾患必須是一種身體症狀，符合以下定義：(1)不能完全以一般醫學狀況，一般精神疾患或是物質濫

用下的效應來解釋；(2)並非DSM-IV-TR診斷準則中定義之人為疾患(factitious disorder)或詐病(malingering)；(3)在社會，職業功能有顯著重大之影響。

流行病學

大多數病患只有少於0.5%完全符合DSM-IV-TR的臨床診斷準則，大約16—22%的病患符合部分診斷準則；通常好發於30歲之前。與身體症狀出現數目的關聯性，研究顯示：只出現一種身體症狀的病患，約20%有精神相關疾患之診斷；出現4種身體症狀，則有超過30%具有精神相關疾患；若出現超過10種以上身體症狀，則有超過80%具有精神相關疾患。一項系統性回顧研究指出，身體型疾患病人盛行率約佔全美國人口之4%，佔基層醫療病患之17%。

致病因子

目前並未指出有顯著的遺傳性。其餘研究指出童年遭受性侵害，或是目前遭受身體或性方面的暴力；童年時曾有慢性疾病或是家人目前有慢性重大疾病者皆為身體型疾患之危險因子。其它關於心理方面的人格特質，包含不穩定的依附情感，對於健康信念的過度或是非現實的解讀，過度評估放大身體感覺，誤解身體上出現疾病的徵象，以及對於資訊解讀的困難。

鑑別診斷



診斷身體型疾患為一種排除性診斷，必須先詳細病史詢問，身體以及實驗室檢查無法由一般醫學狀況解釋時，再由以下方式幫助診斷：

- 一、美國家庭醫學會建議，基層醫療門診可使用病患健康問卷(Patient Health Questionnaire, PHQ)(表3)作為身體型疾患之篩檢量表，若連續4週以上出現超過3個選項為”時常會”，且無足夠證據可解釋為一般醫學狀況所致，則可能為身體型病患。
- 二、美國家庭醫學會列舉出一般常見之身體型疾患症狀或症候群如下：
 - (一)腸胃系統症狀：嘔吐、腹

痛、噁心、脹氣感、腹瀉、無法進食。

須鑑別診斷：急性腸胃炎、潰瘍性疾病、慢性器質性腹瀉、發炎性大腸疾病、器質性吞嚥困難。

- (二)疼痛症狀：全身性疼痛、背痛、四肢痛、頭痛、關節痛、排尿疼痛。

須鑑別診斷：肌肉骨骼外傷、椎間盤突出症候群、骨關節炎、風濕免疫性肌肉骨骼疾病，尿道炎。

- (三)心肺系統症狀：喘、心悸、胸

表3 病患健康問卷

病患健康問卷：篩檢身體型疾患			
在過去四週內，你曾經被以下問題所困擾嗎？			
	並不	有時會	時常會
胃痛			
背痛			
四肢或關節痛			
經痛，或其他經期不適			
性交疼痛或性交障礙			
頭痛			
胸痛			
頭暈			
快要昏厥			
心跳加速或心悸			
呼吸困難			
便秘或腹瀉			
噁心脹氣或消化不良			

註：如果病患回答大於三個以上”時常會”，且沒有足夠的醫學狀況解釋，則可能為身體型疾患。
資料來源：參考資料1



痛、頭暈。

須鑑別診斷：心律不整、心衰竭、冠狀動脈症候群、高血壓、氣喘、慢性肺病。

- (四) 偽神經系統症狀：失憶、吞嚥困難、失聲、耳聾、視力模糊或眼盲、無法行走、昏厥、肌肉無力、無法排尿、假性癲癇。

須鑑別診斷：眼耳鼻喉器質性疾病、腦血管疾病、失智症、癲癇、周邊神經肌肉疾病、膀胱器質性疾病。

- (五) 生殖系統症狀：生殖器燒灼感、性交疼痛、痛經、月經不規則、經血過多、整個懷孕期的孕吐。

須鑑別診斷：生殖系統感染症、子宮內膜異位、子宮肌瘤、子宮肌腺症、懷孕期造成之器質性問題。

- (六) 症候群：模糊陳述之食物過敏或是維生素缺乏、非典型胸痛、顛顎關節症候群、慢性疲勞症候群、肌纖維痛、經前症候群、自覺低血糖、多重化學物質敏感。

須鑑別診斷全身系統性疾病、內分泌系統疾病、維生素及微量元素缺乏症。

三、身體型疾患之診斷特質：

- (一) 多重症狀，且發生在不同器官

系統。

- (二) 症狀模糊或超過客觀觀察所見。
(三) 慢性病程。
(四) 同時出現精神性疾患症狀。
(五) 有過度尋求醫學診斷或協助之病史。
(六) 拒絕或否認之前的醫師建議。

治療

美國家庭醫學會期刊指出，成功的治療關鍵，是理解病患現正遭受之痛苦以及表現出關懷的態度，以可接受的解釋模式向病人解釋症狀發生的原因，並建立合理的治療目標，以及定期返診。如此可減少病患不必要之尋求其他醫療資源或是發展新的身體症狀。以下分項詳述：

1. 與病患討論身體型疾患之診斷

第一個適合建立身體型疾患診斷的時機，在於完成初步檢查並且結果顯示沒有身體疾病時。要以能肯定病患正在承受經驗身體上之痛苦的描述，包含同理心以及避免拒絕的語氣，並主動提供恢復其社會職業功能的協助。舉例如下：「身體檢查以及實驗室結果顯示，您目前並沒有重大威脅生命之疾病。但您現在的確有身體上之不適，是門診常見但目前仍無法完全理解的情形，雖然無法完全治癒，可是有數種治療方法可以讓您改善您的症狀。」

病患通常會尋求一個保證性的病名來描述身體狀況，如慢性疲勞症候群、肌



纖維痛、腸躁症；如此是可免於病患被認為醫師指責自己的症狀心理因素或是精神疾病所致，亦可增進醫病關係，並幫助病患努力將焦點放在改進自身功能障礙上。

2. 建立規律的返診

返診頻率通常為3-4週，每次約15分鐘。規律的返診可使病患減少至急診或尋求其他醫療幫助的次數，並且避免病患以新的症狀來得到醫師的注意。

對於醫師的好處在於可以密切追蹤病患，並確保沒有新的威脅生命的症狀發生。醫師在返診中必須聆聽是否出現新的症狀，以及將關注焦點由身體症狀導向心理社會層面的問題。建議談話方式多使用開放式問句，並以BATHE技巧來建立探討病患的心理社會壓力因子：

B(Background)背景：

“最近你的生活中有發生什麼事情嗎？”

A(Affect)情緒：

“你對這件事情的感覺是什麼？”

T(Trouble)困擾：

“這件事困擾你最多的地方是？”

H(Handle)處理：

“你如何處理這種情況？”

E(Empathy)同理心：

“這是一個很艱難的狀況，任何人都可能出現像你這樣沮喪或憂鬱的情緒。我可以理解你的反應。”

3. 藥物治療

(1) 抗憂鬱劑

焦慮與憂鬱通常與身體型疾患共同出現，建議以抗憂鬱劑或抗焦慮劑以低的起始劑量治療，並鼓勵病人不可任意停藥。研究顯示抗憂鬱劑對於69%病患有相當的療效，但無法針對“獲得病人角色”及“放大身體症狀”等機制做治療。

(2) 其他特定症候群治療有效藥物

(A) 腸激躁症：Tegaserod(便秘型)、Alosetron(腹瀉型)。

(B) 肌纖維痛：三環抗憂鬱劑；Cyclobanzaprine。

(C) 慢性疲勞症候群：抗憂鬱劑只有部分療效，不如認知行為治療或是有氧運動有效。

(D) 非潰瘍性消化不良：氫離子阻斷劑；H2接受器作用劑。

(E) 張力性頭痛：三環抗憂鬱劑，與行為治療相同效果。

(F) 經前症候群：性促素作用劑(GnRH agonist)；選擇性血清素回收抑制劑(SSRI)。

(G) 慢性下背痛：非類固醇抗發炎藥物(NSAID)；三環抗憂鬱劑，與行為治療相同效果。

4. 心理教育及心理治療

研究指出，認知行為心理治療(Cognitive behavior therapy)可以有效降低71%身體型疾患病人身體症狀的強度以及出現頻率，減少38%病人的精神壓力，並可幫助43%病人改善社會職業功能。應鼓勵病患參與單獨或是個別心理治療，但必須避免轉診精神科之污名化誤解，應以”



慢性身體症狀之壓力管理”名稱為宜。

5.生活型態建議

針對病患之壓力源給予協助，如婚姻諮商、親子關係、家庭溝通等教育。建議每週至少三次約20分鐘的運動，可提供病患自信，避免病患身體機能惡化，以及釋放壓力的機會。其他如瑜珈、冥想、戶外健走都是可同時提供之生活型態治療。

美國精神科醫學會指出，良好的身體型疾患治療方式如下：

1.必須：

- (1) 專屬的固定醫師。
- (2) 定期短暫規律的返診，避免關注新的症狀。
- (3) 准許”病人角色”的渴望，針對功能的改善，並非改善症狀。
- (4) 探索心理社會層面的議題。

2.避免：

- (1) 認為完全是病患心理因素所致。
- (2) 沒有明確適應症下建議進行侵入性檢查或是外科治療。
- (3) 過度轉診專科醫師。
- (4) 專注在病患症狀面。

結論

身體型疾患在家醫科門診或是基層診所並不少見，身為全人照護的家庭醫師

，應適時探索患者背後的心理及社會層面問題，以便能即時診斷出身體型疾患，給予患者最佳之治療。必要時，需轉介精神專科醫師安排後續治療。

參考資料

1. Oyama O, Paltoo C, Greengold J: Somatoform Disorders. *Am Fam Physician* 2007; 76:1333-8.
2. Burton C: Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Brit J General Practice*. 2003; 53:233-41.
3. Creed F, Barsky A :A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56:391.
4. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A.: Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1668.
5. Roelofs K, Spinhoven P.: Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:798.
6. Noyes R Jr, Stuart SP, Watson DB. :A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49:14.
7. Rief W, Broadbent E.: Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:821.
8. Schreiber DS, Kolb NR, Tabas G: Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis. Part II. Practical Management *Am Fam Physician*.2000; 61:1073-8.
9. D Schreiber DS, Tabas G, Kolb NR: Somatizing Patients:. *Am Fam Physician* 2000; 61:1073-8.
10. 孔繁鐘：DSM-IV-TR精神疾病診斷準則手冊。台北市：合記出版社，2007：230-6。