



团 体 标 准

T/CACM 1373.17—2023

神志病中西医结合诊疗指南 第 17 部分：躯体形式障碍

Guidelines for diagnosis and treatment of mental diseases with integrated traditional Chinese and western medicine—Part 17: Somatoform disorders

2023-04-17 发布

2023-04-17 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目次

前言	II
引言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断与鉴别诊断	1
4.1 西医诊断与鉴别诊断	1
4.2 中医诊断与鉴别诊断	4
5 治疗	5
5.1 治疗原则	5
5.2 西医治疗	6
5.3 中医治疗	6
5.4 心理治疗	8
5.5 认知行为治疗	8
5.6 放松疗法	9
5.7 物理治疗	9
6 预防与调护	9
7 转归和预后	9
8 注意事项	10
参考文献	11

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是 T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》的第 17 部分。T/CACM 1373 已经发布了以下部分：

- 第 1 部分：精神分裂症；
- 第 2 部分：疑病症；
- 第 3 部分：非器质性失眠症；
- 第 4 部分：躁狂症；
- 第 5 部分：强迫症；
- 第 6 部分：抽动障碍；
- 第 7 部分：癫痫所致精神障碍；
- 第 8 部分：急性应激障碍；
- 第 9 部分：惊恐障碍；
- 第 10 部分：酒精中毒性精神障碍；
- 第 11 部分：癔病；
- 第 12 部分：中风后精神障碍；
- 第 13 部分：恶劣心境；
- 第 14 部分：发作性睡病；
- 第 15 部分：焦虑障碍；
- 第 17 部分：躯体形式障碍；
- 第 18 部分：神经衰弱；
- 第 19 部分：围绝经期精神障碍；
- 第 20 部分：心理性勃起障碍；
- 第 21 部分：抑郁障碍；
- 第 22 部分：注意缺陷多动障碍。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：新疆维吾尔自治区中医药研究院、北京中医药大学、浙江省立同德医院、复旦大学附属中山医院、沈阳精神卫生中心、首都医科大学附属北京安定医院、北京中医药大学附属深圳医院、长春中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学。

本文件主要起草人：肖春霞。

本文件参与起草人：陈俊逾、钟雯雯、金武勇、李岩、王秦豫、李志刚、白冰、李卡、都弘、贾
竑晓、毕焕洲、王健、夏永刚、阿依努尔·木合买提巴克、努尔比亚·买买提明、马源源、胡颖。

全国团体标准信息平台
CACM

引 言

本文件以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标。结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导临床诊疗躯体形式障碍的中西医结合临床实践指南。

目前国内外仍缺乏躯体形式障碍中西医结合诊疗的标准和指南，使得中医治疗躯体形式障碍的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本文件在郁病中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医及中西医结合治疗躯体形式障碍的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对躯体形式障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治躯体形式障碍的临床实践指南，对于规范使用中医方法、提高躯体形式障碍的临床疗效具有重要作用。

本文件的制定采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈和会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制定工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用德尔菲法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

本文件描述了有循证医学证据的躯体形式障碍现代医学和中医药诊断治疗的方法，提供了躯体形式障碍中西医结合为主要内容的诊断、治疗建议。

T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》拟由以下部分组成。

——第 1 部分：精神分裂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供精神分裂症中西医结合诊疗指导。

——第 2 部分：疑病症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供疑病症中西医结合诊疗指导。

——第 3 部分：非器质性失眠症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供非器质性失眠症中西医结合诊疗指导。

——第 4 部分：躁狂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躁狂症中西医结合诊疗指导。

——第 5 部分：强迫症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供强迫症中西医结合诊疗指导。

——第 6 部分：抽动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抽动障碍中西医结合诊疗指导。

——第 7 部分：癫痫所致精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 8 部分：急性应激障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供急性应激障碍中西医结合诊疗指导。

——第 9 部分：惊恐障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供惊恐障碍中西医结合诊疗指导。

——第 10 部分：酒精中毒性精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 11 部分：癔病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癔病中西医结合诊疗指导。

——第 12 部分：中风后精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供中风后精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 13 部分：恶劣心境。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供恶劣心境中西医结合诊疗指导。

——第 14 部分：发作性睡病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供发作性睡病中西医结合诊疗指导。

——第 15 部分：焦虑障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供焦虑障碍中西医结合诊疗指导。

——第 16 部分：进食障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供进食障碍中西医结合诊疗指导。

——第 17 部分：躯体形式障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躯体形式障碍中西医结合诊疗指导。

——第 18 部分：神经衰弱。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供神经衰弱中西医结合诊疗指导。

——第 19 部分：围绝经期精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供围绝经期精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 20 部分：心理性勃起障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供心理性勃起障碍中西医结合诊疗指导。

——第 21 部分：抑郁障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抑郁障碍中西医结合诊疗指导。

——第 22 部分：注意缺陷多动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗指导。

神志病中西医结合诊疗指南 第17部分：躯体形式障碍

1 范围

本文件界定了躯体形式障碍的术语和定义，给出了躯体形式障碍的诊断与鉴别诊断、治疗、预防与调护、转归和预后、注意事项等内容。

本文件适用于躯体形式障碍的中西医结合诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021 和 GB/T 16751.3—2023 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

躯体形式障碍 somatoform disorder; SFD

一种以持久地担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症^[1-2]。

注：可分为躯体化障碍、未分化躯体形式障碍、疑病症、躯体形式自主神经紊乱、躯体形式疼痛障碍。

4 诊断与鉴别诊断

4.1 西医诊断与鉴别诊断

4.1.1 临床表现

4.1.1.1 躯体化障碍

躯体化障碍主要表现多种多样、经常变化的神经症。症状可涉及身体的任何系统或器官，最常见的是胃肠道不适（如疼痛、打嗝、反酸、呕吐、恶心等）、异常的皮肤感觉（如瘙痒、烧灼感、刺痛、麻木感、酸痛等）、皮肤斑点，性及月经方面的主诉也很常见，常存在明显的抑郁和焦虑。可有多种症状同时存在。患者为此进行过许多检查，均没有阳性发现，甚至手术探查却一无所获。

常为慢性波动性病程，并伴有社会、人际及家庭行为方面长期存在的严重障碍，女性远多于男性，多在成年早期发病。

因经常接受治疗可致药物依赖或滥用（多为镇静剂和止痛剂）。

4.1.1.2 未分化的躯体形式障碍

如果躯体主诉具有多样性、变异性、持续性，但又不足以构成躯体化障碍的诊断，则应考虑本诊断。

4.1.1.3 疑病障碍

疑病障碍是指患者以担心或相信患严重躯体疾病的持久性先占观念为主（疑病观念）。患者因此反复就医，各种医学检查阴性和医生的解释均不能打消其疑虑。即使患者有时存在某种躯体障碍，但不能解释所诉症状的性质、程度，或患者的痛苦与优势观念，常伴有焦虑或抑郁。对身体畸形（虽然根据不足）的疑虑或优势观念也属本症。本障碍男女均有，无明显家庭特点（与躯体化障碍不同），常为慢性波动性病程。

具体表现如下：

- a) 常在躯体疾病或精神刺激诱因作用下发病，表现对身体健康或疾病过分担心，其严重程度与实际健康状况很不相称。患者为自己认为罹患的某种疾病感到苦恼，而非对疾病的后果或继发性社会效应感到苦恼；
- b) 常有敏感多疑、对健康过分关切并要求较高的个性特征，对日常出现的某些生理现象和异常感觉（如心跳、腹胀等）作出疑病性解释；
- c) 患者的疑病观念很牢固，缺乏充分根据，但不是妄想，因为患者知道自己的疾病证据不充分，才迫切要求检查和治疗；
- d) 患者的上述表现不尽相同。如疑病性躯体不适明显，伴有焦虑或抑郁者称为感觉性疑病症。疑病观念明显，但躯体不适，心境变化不明显的为称观念性疑病症。身体变形疑病症主要见于青少年，患者坚信自己身体外表，如鼻子、嘴唇等部位。存在严重缺陷，要求施行矫形手术，但实际情况远非如此。如果这类观念不为解释所动摇，带有明显情绪色彩，就患者文化背景而言并不荒谬，可以认为是一种病理性超价观念。患者对有关疾病的各种读物十分注意，阅读后往往对号入座，加强疑病观念；
- e) 虽经反复就医或医学检查，但阴性结果和医生的合理解释不能打消其疑虑；
- f) 起病大多缓慢，病程持续，症状时轻时重，常导致社会功能缺损。

较好的预后往往与下列因素有关：

- a) 急性起病；
- b) 与某一躯体疾病相伴出现；
- c) 病程在3年以内，无严重人格缺陷者；
- d) 不存在继发性获益等。

4.1.1.4 躯体形式的植物功能紊乱

该紊乱主要表现为受自主神经支配的器官系统（如心血管、胃肠道、呼吸系统）发生躯体障碍所致的神经症样综合征。患者在自主神经兴奋症状（如心悸、出汗、脸红、震颤）基础上，又发生了非

特异的，但更有个体特征和主观性的症状，如部位不定的疼痛、烧灼感、沉重感、紧束感、肿胀感，经检查这些症状都不能证明有关器官和系统发生了躯体障碍。因此本障碍的特征在于明显的自主神经受累，非特异性的症状附加了主观的主诉，以及坚持将症状归咎于某一特定的器官或系统。具体临床特点如下。

- a) 症状是主要或完全受自主神经支配与控制的器官系统的功能障碍所致。
- b) 最常见最突出的是累及心血管等系统（心脏神经症）、呼吸系统（心因性过度换气和咳嗽）和胃肠系统（胃神经症和神经性腹泻）。
- c) 症状通常为两种类型：
 - 1) 第一种类型的特点是，以自主神经兴奋的客观体征为基础，如心悸、出汗、脸红、震颤；
 - 2) 第二种类型的特点是，更具个体特异性和主观性，而症状本身是非特异的，如部位不定的疼痛、烧灼感、沉重感、紧束感、肿胀感等。
- d) 患者把症状归于特定的器官或系统（与自主神经症状相同的系统）。但任何一种类型症状，都无法找到有关器官和系统存在器质性病变的证据。
- e) 本病的特征临床相在于以下三方面的结合：
 - 1) 明确的自主神经受累；
 - 2) 非特异性的主观主诉；
 - 3) 患者坚持将之归咎于某一特定的器官或系统。
- f) 许多患者存在的心理应激或困难和问题。
- g) 有时可有生理功能的轻度紊乱，如呃逆、胃肠胀气、过度换气，但这些本身并不影响相应器官或系统的基本生理功能。

4.1.1.5 持续的躯体形式的疼痛障碍

该障碍主要表现是一种不能用生理过程或躯体障碍予以合理解释的持续、严重的疼痛。情绪冲突或心理社会问题直接导致了疼痛的发生，经过检查未发现相应主诉的躯体病变。病程迁延，常持续 6 个月以上，并使社会功能受损。

4.1.2 西医诊断标准

4.1.2.1 总则

西医诊断标准参照了国际疾病分类第十版（ICD-10）中躯体形式障碍的诊断标准，具体内容见 4.1.2.1~4.1.2.6。

4.1.2.2 躯体化障碍

确诊需满足以下要求：

- a) 存在各式各样，变化多端的躯体症状至少两年，且未发现任何恰当的躯体解释；
- b) 不断拒绝多名医生关于其症状没有躯体解释的忠告与保证；
- c) 症状及其所致行为造成一定程度的社会和家庭功能损害。

4.1.2.3 未分化的躯体形式障碍

如果躯体主诉具有多样性、变异性、持续性，但又不足以构成躯体化障碍的典型临床相，则应考虑本诊断。

4.1.2.4 疑病障碍

确诊需满足以下要求：

- a) 长期相信表现的症状隐含着至少一种严重躯体疾病，尽管反复的检查不能找到充分的躯体解释；或存在持续性的先占观念，认为有畸形或变形；
- a) 总是拒绝接受多位不同医生关于其症状并不意味着躯体疾病或异常的忠告和保证。

4.1.2.5 躯体形式的植物功能紊乱

确诊需满足以下要求：

- a) 持续存在植物神经兴奋症状，如心悸、出汗、颤抖、脸红，这些症状令人烦恼；
- b) 涉及特定器官或系统的主观主诉；
- c) 存在上述器官可能患严重(但常为非特异的)障碍的先占观念和由此而生的痛苦，医生的反复保证和解释无济于事；
- d) 所述器官的结构和功能并无明显紊乱的证据。

4.1.2.6 持续的躯体形式的疼痛障碍

突出的主诉是持续、严重、令人痛苦的疼痛，不能用生理过程或躯体障碍完全加以解释。情绪冲突或心理社会问题与疼痛的发生有关，且足以得出它们为主要致病原因的结论。结果通常是对病人人际或医疗方面注意和支持明显增加。

4.1.3 西医鉴别诊断

4.1.3.1 情感(抑郁)障碍

躯体化障碍通常伴以程度不等的抑郁和焦虑，如果抑郁和焦虑本身在严重度和持续时间上不足以诊断，则不需分开诊断，40岁以后发病的多种躯体症状可能是原发抑郁障碍的早期表现。

4.1.3.2 妄想障碍

妄想障碍最典型的表现是信念具有怪异性质，躯体症状较少，较为恒定。

4.1.3.3 焦虑和惊恐障碍

焦虑时的躯体症状有时被病人解释为严重躯体疾病的征象，但在这些障碍，病人通常能因给出生理学解释而放心，不发生认为患有躯体疾病的确信。

4.2 中医诊断与鉴别诊断

4.2.1 中医诊断标准

4.2.1.1 基本原则

中医并没有明确提出躯体形式障碍的病名，但根据其特点可归属于中医“惊悸”“痞满”“嘈杂”“梅核气”“奔豚”“汗证”“痹症”“呃逆”“吐酸”等范畴。躯体形式障碍的中医证候诊断，主

要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.2.1.2 中医辨证分型^[11-13]

4.2.1.2.1 肝郁气滞证

胁肋胀痛，或气体走窜感，顶胀感，舌质淡红或舌尖红、苔薄白，脉弦或弦数。

4.2.1.2.2 肝郁化火证

胁肋胀痛，胸膈胀满，胸中烦热，急躁易怒，心烦心悸，难以入睡，口苦纳呆，便秘尿赤，舌质红、苔黄，脉滑数。

4.2.1.2.3 脾虚痰湿证

肢体困重，酸胀乏力，麻木不仁，头晕头重，汗出粘腻，大便不爽，舌质淡或淡红、苔白或白腻，脉沉细或沉细滑。

4.2.1.2.4 肝气犯胃证

吞酸嗳气，胃脘胀满或隐痛，或呕吐不止，或呃逆频作，胸闷胁胀，舌质淡或淡红、苔薄或薄白，脉弦。

4.2.1.2.5 肝肾阴虚证

腰酸腰困，烘热汗出，坐立不安，烦躁不宁，情绪不稳，易激动激惹，形容消瘦，夜热早凉，舌红、苔少，脉细数。

4.2.2 中医鉴别诊断

4.2.2.1 脏躁

以精神恍惚、心神不宁、悲伤欲哭、时时欠伸等为主要症状的一种精神神志性疾病。

4.2.2.2 百合病

以精神恍惚、饮食失调、行动失常、心神不宁、寝食难安，感到身体有多种不舒服的症状的一种精神神志性疾病。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治病秉承“急则治其标，缓则治其本”的原则，按泻实补虚、调和脏腑、平衡阴阳的基本原则进行辨证论治。根据不同证候，分别予以疏肝理气、清肝泻火、滋补肝肾、扶土抑木等治法。同时，还可以配合中成药、针刺疗法等治疗。总以疏肝解郁，调补脏腑为治疗原则。配以针灸施治。可根据起病原因，给以心理疏导。达到标本兼治的结果^[7]。

5.1.2 西医治疗以心理暗示和药物对症治疗为主，应采取综合性治疗。具体应用原则为^[14]：在具体治

疗手段上,如果能够和患者建立治疗关系,可以采用认知行为治疗,帮助患者处理起患病过程中的“灾难化”“以偏概全”等导致不良应对的认知模式,并指导患者用积极的行动,改善应对及精神生活品质,从而争取改变症状。这方面已经有专门的总结。

5.1.3 精神科药物应用往往是辅助的。特别注意适应证要明确。如有些症状,如失眠,疼痛敏感,某些抗抑郁药物有效;伴有紧张焦虑的时段,抗焦虑治疗有帮助;易激惹、反复思虑,有时可以试用小剂量强镇静剂。这些都是对症的,不是针对整个障碍的。

5.2 西医治疗

5.2.1 概述

目前针对躯体形式障碍的药物治疗,主要包括抗抑郁药、抗焦虑药、抗精神病药三类。

5.2.2 抗抑郁药

选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRI)、5-HT和NE再摄取抑制剂(SNRI)、三环类等,主要用于伴有抑郁、焦虑状态的患者,其中,SSRI、SNRI对于改善患者躯体疼痛症状有一定作用。

5.2.3 抗焦虑药

常用苯二氮草类抗焦虑药。

苯二氮草类药物,如劳拉西泮、地西泮等,起效快,用于治疗患者紧张、害怕、焦虑等状态,可尽快减少患者的焦虑,增强信心,不良反应常见为嗜睡、头晕、视物模糊等,在疗效稳定后需缓慢减量至停用,避免形成药物依赖。

其他类抗焦虑药物,如丁螺环酮、坦度螺酮,不良反应小,耐受性好,不产生药物依赖,需要时可长时间服用。

5.2.4 抗精神病药

适用于有偏执观念的患者或疑病观念的患者,优先考虑使用第二代抗精神病药,可以适当从最小剂量开始维持在最小剂量给药。

5.3 中医治疗

5.3.1 分证论治

5.3.1.1 肝郁气滞证

治法:疏肝理气,行气止痛。

方药:柴胡疏肝散加减^[15-18](《景岳全书》)。(中级证据,强推荐)

常用药:柴胡12g、白芍10g、川芎10g、枳壳10g、陈皮10g、香附10g、炙甘草10g

加减:胸胁胀痛者,可与越鞠丸合用;头痛较甚者,加郁金、白芷;多疑少寐者,加远志、酸枣仁。

5.3.1.2 肝郁化火证

治法:清肝泻火,疏肝健脾。

方药:丹栀逍遥散^[19-20](《太平惠民合剂局方》)加减。(中级证据,强推荐)龙胆泻肝汤^[6,8](《医

方集解》)加减。(中级证据,强推荐)

常用药:柴胡 12 g、当归 12 g、白芍 12 g、白术 12 g、茯苓 12 g、生姜(少许)、薄荷(少许)、炙甘草 6 g。

加减:两胁胀痛者,加青皮、木香、枳实;头痛目赤者,加蔓荆子、栀子、川芎、白芷;急躁易怒者,加夏枯草、石决明。

5.3.1.3 脾虚痰湿证

治法:行气散结,降逆化痰。

方药:半夏厚朴汤(《金匱要略》)加减。^[21-24](中级证据,强推荐)

常用药:半夏 12 g、厚朴 9 g、茯苓 12 g、生姜 15 g、苏叶 6 g。

加减:肢体困重甚者,加茯苓、薏苡仁、石菖蒲;食欲不振重者,加神曲、山楂;气郁较甚者,加香附、郁金;胁肋疼痛者,加川楝子、玄明索;咽痛者,加玄参、桔梗。

5.3.1.4 肝气犯胃证

治法:泻肝火开痞,和胃降逆。(证据等级:低级 推荐强度:弱)

主方:左金丸《丹溪心法》加减。

常用药:吴茱萸 9 g、黄连 1.5 g。

加减:嗳气吞酸者,加乌贼骨、煅瓦楞;食滞者,加保和丸(《丹溪心法》):神曲,山楂,茯苓,半夏,陈皮,莱菔子,连翘。苔腻者,加薏苡仁、佩兰、广藿香、苍术。

5.3.1.5 肝肾阴虚证

治法:补益肝肾。

方药:天王补心丹(《校注妇人良方》)加减。^[25](低级证据,弱推荐)

常用药:人参 10 g、茯苓 10 g、玄参 10 g、丹参 10 g、桔梗 6 g、远志 6 g、当归 10 g、五味 6 g、麦门冬 10 g、天门冬 10 g、柏子仁 10 g、酸枣仁 10 g、生地黄 15 g。

加减:潮热盗汗重者,加地骨皮、银柴胡、鳖甲 10 g;口干尿赤重者,加石斛、黄精;大便燥结,加肉苁蓉。

5.3.2 针刺疗法^[26-29]

5.3.2.1 头皮针(低级证据,弱推荐)

取穴:百会、四神聪、定神针,用平补平泻。选用直径 0.25 mm、长 25 mm 毫针,针体与头皮成 15°~30° 角快速刺入皮下,进针 15 mm~20 mm 后快速捻转 3 次~5 次,留针 20 min~30 min,10 min~15 min 行针 1 次。隔日 1 次,15 次为 1 个疗程。

5.3.2.2 体针(中级证据,强推荐)

取穴:神门、合谷、三阴交、阳陵泉。配穴:心肝火旺者,加劳宫、太冲;痰火内扰者,加丰隆;心脾两虚者,加内关、足三里;脾虚肝亢者,加足三里、行间;肝肾阴虚者,加肾俞、肝俞。选用直径 0.25 mm、长 25 mm 毫针,快速进针,留针 20 min~30 min,10 min~15 min 行针 1 次。隔日 1 次,15 次为 1 个疗程。

5.3.2.3 耳针（低级证据，弱推荐）

取穴：心、肝、脾、肾、神门、交感、脑干、缘中、皮质下、枕、额、肾上腺、三焦、肝阳。上述耳穴用王不留行贴压，随证取穴 6 个~8 个，隔日 1 次，15 次为 1 个疗程。

5.3.3 推拿疗法^[30]（低级证据，弱推荐）

弹拨背俞穴，即心俞、肝俞、脾俞、肾俞、胆俞、膈俞；拿头部五经，或以五指弹击头部；推风池、风府、大椎；拿项肌、斜方肌；掐水沟、丰隆、通里、内关、外关、太冲；按揉百会、足三里、神门、血海、三阴交，以得气为度；拿揉天枢，以得气为度；顺时针按摩腹。每日按照以上顺序，各进行 10 次。

5.4 心理治疗^[31-33]（高级证据，强推荐）

5.4.1 暗示疗法

通过语言及静脉注射 10% 葡萄糖酸钙等治疗手段，使病人错误的思维逻辑、推理、判断变成医生所灌输的正确的思维逻辑及思维判断。

5.4.2 疏导治疗

对患者的心理过程进行疏导，使其思维畅通无阻，鼓励病人自我领悟，要把医生的意见变为病人的意见，疏导中应有充分的准备，详细询问病史，充分了解与发病有关的因素，求得病人的配合，使病人由病态心理状态转化为生理心理状态。

5.4.3 催眠疗法

利用催眠时大脑生理功能的改变，通过言语，施以暗示，以达到消除癔病症状的目的。

5.4.4 解释性心理治疗

主要目的是指导患者正确认识和治疗疾病的心理因素，了解疾病的性质，帮助患者分析人格缺陷，克服人格缺陷。它适用于所有类型的癔病，除了癔病精神病发作。

5.4.5 分析性心理治疗

重点是探索患者的无意识动机，引导患者了解无意识动机对健康的影响，并将其消除。主要适用于分离性健忘症、多重人格和各种转化障碍。

5.5 认知行为治疗^[34-36]

认知行为治疗是躯体形式障碍较好的治疗方法。认知行为治疗包括：

- a) 明确治疗目标。治疗目标是帮助患者认识问题的性质。通过评估、询问的方式，帮助患者认识问题的实质，从而减少躯体形式症状；
- b) 对患者体验症状的痛苦等事实，医生完全接受，并在此基础上表达医生的关心，鼓励患者说出自己的疑虑和想法，然后与患者一起讨论症状的生物学和精神病学机制，提出可能的替代性解释；
- c) 同患者讨论对健康的焦虑与躯体症状的联系，对身体感知方面注意聚焦，增强了躯体不适的敏

感性。医生在全面评估基础上，提议患者考虑和检验其对健康的焦虑同身体症状的关联。与患者一起，对疾病的解释进行评估，对患者提出的论据进行审视，在取得治疗协议时并不要求患者放弃其观点；

- d) 盘诘和检验患者的威胁性负性信念。盘诘时要强调躯体检查结果的正面信息，或医患协作设计行为实验以检查其信念的不真实性，减少不恰当的病态行为；
- e) 改变通过过度医疗行为作为回避社会现实问题的行为模式。医生要说明对心理社会应激可有不同的应对行为。

5.6 放松疗法

通过意识控制使肌肉放松，同时间接地松弛紧张情绪，从而达到心理轻松的状态，缓解患者压力，便于治疗的继续。并使身心健康。

5.7 物理治疗

5.7.1 电休克治疗（低级证据，弱推荐）

治疗机制尚不十分清楚，一些研究认为它可以调节脑内单胺类之间的平衡，通过调整神经症患者的单胺类水平而达到治疗目的。对躯体形式障碍的患者进行电休克治疗有一定的疗效。但其具体作用机制及其远期疗效如何，尚有待于进一步研究。

5.7.2 经颅磁刺激（TMS）（低级证据，弱推荐）

TMS 是基于电磁感应原理，通过线圈中的电流产生磁场，磁场在颅内产生感应电流从而调节皮质兴奋性。目前在临床上使用最广的是重复 TMS（rTMS）。

6 预防与调护

躯体形式障碍属心理疾病范畴，重视心理健康调护具有实际的预防意义。

对患者积极进行心理情志调整，克服过度紧张，兴奋，焦虑，抑郁，惊恐，愤怒等不良情绪，做到喜怒有节，保持精神舒畅，尽量以放松的，顺其自然及开放的心态对待生活应激事件，正确对待各种事物，避免忧思郁怒，防止情志内伤，是防治的重要措施。

医务人员深入了解病史，详细进行检查，用诚恳、关怀、同情、耐心的态度对待病人，取得患者的充分信任，在本病的治疗及护理中具有重要作用。

另一方面，对患者应做好精神治疗的医学解释工作，使病人能正确认识和对待疾病，增强治愈疾病的信心，并解除情志致病的原因，以促进本病的完全治愈。

7 转归和预后^[14]

有心理治疗意愿的患者，转介心理治疗专业人员会使他们得到更多的帮助。对于难处理的慢性病例，一方面需要坚持医学上“不伤害”的原则，不迁就进行没有必要的检查和适应证不明的治疗；另一方面，本着照顾、不抛弃的原则，给予患者规定的临床时间。

影响预后的不利因素包括^[14]：患者有神经质（与外界负面情绪共振多）、受教育水平和经济社会地

位低、生活中有难以避免的应激处境。焦虑和抑郁情绪,也往往使身体不适感更明显,或更加难以忍受。

8 注意事项

8.1 应用本文件时应先明确诊断,本文件不能应用于除其他疾病所致的躯体症状,如:脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、自身免疫系统疾病等,以免发生诊疗错误,影响患者的转归及预后。

8.2 应用本文件需结合患者制定个性化治疗方案。

全国团体标准信息平台

参 考 文 献

- [1] 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001:75-78.
- [2] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类/范晓冬等译[M]. 人民卫生出版社. 1993:129.
- [3] Buffington C A Tony. Developmental Influences on Medically Unexplained Symptoms[J]. Psychother Psychosomatics. 2009, 78(5):139-144.
- [4] Holliday KL, Macfarlane GJ. Genetic variation in neuroendocrine genes associates with somatic symptoms in the general population: Results from the EPIFUND study[J]. Journal of Psychosomatic Research. 2010, 68(5):469-474.
- [5] 刘军, 李幼辉. 持续性躯体形式疼痛障碍脑影像学进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(05):311-313.
- [6] Huang Q, Ren S, Jiang DL, et al. Changes in brain glucose metabolism and connectivity in somatoform disorders: an 18F-FDG PET study[J]. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2019, 270(7).
- [7] 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(02):125-128.
- [8] 董香丽, 孙伟铭, 袁也丰. 躯体形式障碍患者的人格特征与心理健康状况分析[J]. 现代临床医学, 2019, 45(02):95-97+101.
- [9] 万礼霞, 刘春文. 躯体形式障碍患者的人格障碍倾向调查[J]. 临床精神医学杂志, 2015, 25(01):44-45.
- [10] Thamby A, Desai G, Mehta UM, et al. Deficits in Theory of Mind and Emotional Awareness in Somatoform Disorders[J]. Indian Journal of Psychological Medicine. 2019, 41(4):368-374.
- [11] 周仁义, 周志英, 丹枢逍遥散加减治疗躯体形式障碍临床观察[J]. 中医药讯息杂志, 2008:15(5):63.
- [12] 何乾超, 陈讳, 刘泰, 小柴胡颗粒联合舒比利片治疗躯体形式障碍的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2009:36(5):774.
- [13] 薛秀娟, 吴中秋, 吴颂. 运用疏肝解郁养心化痰祛瘀法治疗躯体化障碍的探讨[J]. 河北中医, 2012, 34(2):280-282.
- [14] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 人民卫生出版社. 2018:534.
- [15] 李小波, 宋庆迎, 种朋贵, 等. 从肝论治持续性躯体形式疼痛障碍体会[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(09):79-81.
- [16] 林炽甄, 郑义侯. 郑义侯教授从肝论治躯体化障碍经验[J]. 四川中医, 2017, 35(05):8-10.
- [17] 何乾超, 苏晗, 刘永辉. 小柴胡汤合舒比利对躯体形式疼痛障碍的治疗效果[J]. 中国老年杂志, 2013, 33(3):1005-1007.
- [18] 何乾超, 刘泰, 刘永辉. 小柴胡汤合舒比利治疗 68 例躯体形式障碍的临床研究[J]. 四川中医, 2012, 30(01):60-62.

- [19] 王晔. 木香顺气丸合逍遥丸治疗躯体化障碍体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(83):16397-16398.
- [20] 屈晨, 冯辉. 丹栀逍遥散加减治疗持续性躯体形式疼痛障碍体会[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(04):6-7.
- [21] 刘春柳, 胡玉英. 胡玉英运用五苓散治疗痰湿内阻型躯体形式障碍经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(10):23-24+46.
- [22] 姬培震, 张怡, 张艳晓, 等. 培补脾胃治疗抑郁症探析[J]. 陕西中医, 2014, 35(10):1385-1387.
- [23] 曾亮, 周雯, 麦嘉泳, 等. 李艳从脾胃论治神志病临证经验撷英[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(09):1841-1844.
- [24] 范小会, 刘华, 庆慧, 等. 从痰论治神志病[J]. 中医研究, 2016, 29(10):39-41.
- [25] 张泰, 杨楠, 康琳, 等. 天王补心丹的临床和药理研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(18):2765-2769.
- [26] 蔡艳. 针灸治疗躯体形式障碍的临床观察[J]. 海峡药学, 2014, 26(8):84-86.
- [27] Yu Xueping, Zhang Xin, Liu Xiaoying. Efficacy on somatoform pain disorder treated with resuscitation and tranquilization acupuncture technique[J]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion, 2015, 35(1):15-17.
- [28] 徐阳. 针灸治疗躯体形式疼痛障碍的效果及其对事件相关电位 P300 的影响[J]. 光明中医, 2020, 35(13):2037-2039.
- [29] 郭惠夫, 王晓明, 田今华, 等. 2 Hz 及 100 Hz 电针加速脑内三种阿片肽基因表达[J]. 生理学报, 1997, 49(2):121.
- [30] 邢凯, 艾民. 养心安神疏肝推拿法治疗抑郁症 120 例疗效观察[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(81):87-88.
- [31] 张红胜. 心理治疗对躯体化障碍患者心理障碍症状的有效性以及对患者预后的影响[J]. 河北医药, 2020, 42(20):3130-3133.
- [32] 鲁和英, 李淑君, 彭启凤, 等. 心理干预对躯体化障碍患者睡眠质量及焦虑情绪的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(5):918-927.
- [33] 陈文泽, 陈雪芬, 包祖晓, 等. 团体心理治疗对躯体形式障碍患者述情障碍的作用[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(6):1011-1014.
- [34] Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, et al. The efficacy of cognitive behavioural therapy in Somatoform disorders and medically unexplained phys[J]. J Affect Disord. 2019, 245:98-112.
- [35] Gili M, Magallón R, López-Navarro E, et al. Health related quality of life changes in somatising patients after individual versus group cognitive behavioural therapy: A randomized clinical trial[J]. J Psychosom Res. 2014, 76(2):89-93.
- [36] 杨茹云. 认知行为治疗躯体形式障碍的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(21):16-18.