

# 处理医学无法解释症状(MUS)患者的需要



由 WONCA 心理健康工作组著作

主席:Tim olde Hartman 博士(Tim .oldehartman@radboudumc.nl)

成员: Prof Cindy Lam ([cklam@hku.hk](mailto:cklam@hku.hk)), Prof Christopher Dowrick ([cfdliverpool.ac.uk](mailto:cfdliverpool.ac.uk)), Dr Sandra Fortes ([sandrafortes@gmail.com](mailto:sandrafortes@gmail.com)), Dr David Clarke ([drdave@stressillness.com](mailto:drdave@stressillness.com)), Dr Jinan Usta ([ju00@aub.edu.lb](mailto:ju00@aub.edu.lb))

Chinese Translation by 刘瑞红 Liu ruihong ([liurh@hku-szh.org](mailto:liurh@hku-szh.org)), 邹川 Zou Chuan ([zou5chuan@163.com](mailto:zou5chuan@163.com)) and 林露娟 Cindy L.K. Lam ([cklam@hku.hk](mailto:cklam@hku.hk)), with funding support from Danny D.B. Ho Endowed Professorship in Family Medicine, the University of Hong Kong

目标: 为全世界的家庭医生提供在处理医学无法解释症状(MUS)患者的管理指引

## 10 个重点

1. 医学无法解释的症状(MUS)是指持续数周的躯体症状, 而充分的医学检验与检查也未发现任何疾病可以解释这些症状。
2. MUS 是一种发展的临床假设, 基于一个(合理)的设定, 即躯体或精神疾病已经得到充分的检测和治疗, 但患者的临床症状仍没有完全解决。症状的任何变化都可以成为修正 MUS 假设的理由。
3. MUS 可被视为一系列连续的图谱, 从自限性症状至复发和/或持续的症状及症状障碍。
4. 可以从易患因素、诱发因素和维持因素来理解 MUS 的病因, 用生物-心理-社会模型解释这些因素。
5. 家庭医生可以在广泛探索症状的生物-心理-社会因素、深入探究促成症状的心理-社会因素以及评估 MUS 的严重程度之后, 作出 MUS 临床假设。
6. 家庭医生应重视医患关系和医患沟通, 因为这是管理 MUS 的基本要素, 也是以病人为中心的诊疗中有力的治疗元素。
7. 家庭医生应根据系统的诊疗过程中获得的有关信息, 用患者的语言和文化形式对引起症状的原因作出有针对性和具体的解释。
8. 在最初阶段, 家庭医生应注重为患者创造一个安全的环境, 让他们谈论自己的症状(情况), 针对症状进行管理、提供自我管理和自我照顾策略, 为患者提供支持, 以达到症状缓解。
9. 家庭医生为一个协调管理的提供者, 为患者提供积极的治疗, 并提供分层干预方法, 严重程度不同的 MUS 会进行不同的分层管理。
10. 由于不同文化对 MUS 有不同的理解, 家庭医生在治疗患有 MUS 的移民患者或多元化文化背景的人群时, 应有这种“文化能力”。

## MUS 的定义

**医学无法解释的症状**是指存在数周的躯体症状，而充分的医学检验与检查仍未发现任何可以解释这些症状的疾病。

MUS 是一种**临床假设**，基于（合理的）设定，即躯体或精神疾病已经得到充分的检测和治疗，但患者的临床症状仍没有得到充分的缓解。症状的任何变化都可以成为修正 MUS 设定的理由。[olde Hartman 2013]

部分有躯体症状的病人可能患有身体或精神疾病，但如果躯体症状比基于现有疾病预期的症状更严重或更持久，或功能受限程度比预期更严重，也属于为 MUS。

MUS 可被视为一系列连续图谱，从自限性症状至复发和/或持续的症状和症状障碍。

## MUS 的原因

1977 年，乔治·恩格尔引入了生物-心理-社会模型。这个模型意味着，为了让患者感到被理解，医生必须充分理解和回应患者的感受。为了达到这一目标，医生必须同时关注疾病的生物、心理和社会层面。这种生物-心理-社会模式完全融入到基层医疗的理念。

MUS 一词意味着对症状的根源没有明确的解释。然而，可以从易患因素、诱发因素(即加重因素)和持续因素(即维持因素)来理解 MUS 的病因，用生物-心理-社会的模型解释这些因素。生物-心理-社会模型以及易患因素、诱发因素和维持因素在不同程度上对理解 MUS 的成因起到一定的作用。此外，它们还可用于临床诊疗中对 MUS 的解释。

**表 1: MUS 的易患因素、诱发因素、维持因素及生物-心理-社会模型**

| 易患因素                    |  |   |
|-------------------------|--|---|
| 生物                      | 心理   | 社会  |
| 基因<br>慢性疾病<br>儿童时期严重的疾病 | 当前生活压力<br>心理创伤<br>儿童期的不良经历<br>躯体、性或情感虐待(童年)<br>不安全的依恋模式<br>抑郁症<br>焦虑障碍<br>创伤后应激障碍<br>其他精神障碍<br>人格特点<br>(述情障碍, 神经质) | 家人的患病经历<br>家人患病时的行为<br>忽视对个人需求的自我照顾<br>文化信念和期望<br>医疗卫生系统的特色 |

| 诱发因素                   |   |  |
|------------------------|---|--|
| 生物                     | 心理  | 社会   |
| 感染性疾病<br>意外事故/创伤<br>手术 | 超负荷的压力<br>抑郁症<br>焦虑障碍<br>其他精神障碍<br>过去创伤相关的近期生活事件<br>与虐待但重要的他人持续接触 | 负面的生活事件(失去心爱的人, 即将来临的辞职)<br>艰苦的生活条件<br>高负荷工作<br>工作上的社交支持不足<br>大众媒体对健康问题的报道 |

| 维持因素                                     |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| 生物                                       | 心理   | 社会                              |
| 运动能力下降<br>能力和韧力下降<br>敏感性和感知增强(过度敏感、过度警觉) | 无法改变当前的担心和焦虑<br>抑郁症<br>对疾病认知的功能失调<br>低自尊<br>错误的归因<br>灾难化想法<br>医生表现的角色和行为 | 缺乏社交支持<br>因患病获益<br>习得行为<br>家庭互动 |

## MUS 的诊断

医学无法解释的症状（MUS）是一个不断发展的临床推理过程，因为随着时间的推移，在有限的病例中，可以发现这些症状其实是由躯体疾病引起的[Morris et al, 2007]。一旦出现“预警”症状（根据家庭医生判断）或症状特征改变（根据病人的主诉）的情况，MUS 的临床假设应重新考虑，同时可能需要再次查体或进一步检测。（olde Hartman 2013）

### 症状的探索

生物-心理-社会医学模式将疾病视为生物医学、人际及环境或处境互动的结果。因此，对 MUS 患者症状的探索应该集中在该症状发生的确切时序上，包括症状出现的地点和时间（症状的情景），存在哪些 MUS 潜在的诱因，患者的想法、担忧和期望（即 ICE），患者的疾病行为以及患者的生活和社会环境，这样的探索会更好理解患者及其症状的性质。[olde Hartman 2017]

以下列出症状维度及问诊示例：

1. 聚焦症状：目前哪些具体症状困扰着你？（症状的部位、持续时间、严重程度、模式、伴随症状、药物使用）。
2. 想法：你对这些症状有什么意见和想法？（症状的起源和持续（包括按时间顺序和何时出现症状）、促成症状的因素、患者自身对症状的影响、患者认为与症状有关的生活因素）。
3. 担忧：你对这些症状有什么顾虑或担心吗？（焦虑或恐慌到底是什么，不确定，沮丧，绝望）。
4. 影响：这些症状对你有什么影响？（没有工作、避免体能活动、忽视症状、阻碍康复的其他行为）。这些症状是否会干扰你的日常生活和社交活动？
5. 他人的反应：别人对你的症状有何反应（关系、友谊、工作）？
6. 期望：你预期你的症状将来会有什么改变？你对治疗有什么期待？

### 潜在社会心理加重因素的探索

由于MUS通常（但并非总是）与心理社会压力有关，家庭医生需要注意这些问题。在这方面，重要的是要非常仔细地倾听患者的表述。在95%的MUS咨询中，患者会表述心理社会线索或迹象。然而，重要的是，家庭医生不要忽视这些线索。收集这些线索，并通过使用开放式问题（“你说的……意思是什么？”）深入探索它们，往往会对患者的症状有更深入的了解。当存在社会心理压力时，讨论和治疗这些问题往往会带来症状的改善。以下列出这些社会心理问题（附带问诊示例问题）：

1. 当前的生活压力——您目前是否遇到压力？在症状开始之前，你是否有一段受压力的经历？
2. 有限的自我照顾技能——你是否会照顾他人，但很难将自己列在需要你照顾的名单里？
3. 儿童期的不良经历（ACEs）——当你还是个孩子的时候是否承受着压力？如果你照顾的孩子像你一样成长，你会感到难过还是愤怒吗？你还和小时候虐待你的人交往吗？
4. 高工作负荷——你目前做什么工作？你喜欢你的工作吗？你的工作时间怎么样？

你会在家加班工作吗？

5. 人际关系问题——你是否面临重要的人际关系问题？

### **识别合并的精神障碍**

由于焦虑症、抑郁症或创伤后应激障碍患者可能出现身体症状，例如疲劳或心悸，因此识别患者是否合并有焦虑症、抑郁症或创伤后应激障碍(见上文)非常重要。此外，合并精神障碍可能会是 MUS 的易患或诱发因素。如果存在这些精神障碍，医生首先必须根据现有指南治疗合并的精神障碍（详见世界卫生组织 mhGAP 干预指南）。对于诊断和治疗焦虑症、抑郁症或创伤后应激障碍，我们参考现有的疾病专项指南。在这种治疗进行后，MUS 的临床假设可以根据余下的症状重新考虑。

### **评估**

医生可以通过对症状的探索(以及识别易患因素、诱发因素和维持因素)来评估MUS的严重程度。MUS根据严重程度分级，可分为轻度、中度以及重度。症状的数量越多、持续时间越长，受影响的身体系统（例如胃肠、心肺、肌肉骨骼）越多、向医生咨询的次数越多、功能受损程度越多，MUS的严重程度就越高。医生按确定的严重程度来指导下面的分级治疗方法。[olde Hartman 2013]

## MUS 的管理

### MUS 管理的元素

我们甄别出 MUS 管理的一些重要元素，这些元素及其内容大多来自最近的一篇国家诊疗指南和从 Cochrane 的综述里描述和摘录。[olde Hartman 2017]

### 医患关系的重要性

MUS 患者给家庭医生的接诊带来困难，对医患关系具有挑战性。良好的医患关系与患者满意度与改善健康结局有关，也是良好治疗过程的重要条件。此外，通过认识病人的病情，认真严肃地对待病人及其症状，对与 MUS 病人相关的生活处境和问题表现出同理和兴趣，可以加强医患关系。家庭医生应以开放、同理及积极支持的态度对待患者的症状及其治疗，以建立可持续和平等的工作关系。医生需要传达他/她理解患者受其症状的影响，且表现对患者所经历的困难的敏感。当医患关系持续且温暖时，MUS 患者的管理是最成功的。[olde Hartman 2017]

医患沟通对 MUS 的治疗是必须的，因为患者寻求对他们自身症状的理解。为了达到这一目标，家庭医生必须注重咨询技巧：(1) 系统化的症状探索，(2) 注意线索和提示，(3) 给予总结和 (4) 明确地说明生物医学检查的预期结果。

因此，家庭医生应探究病人就诊的原因、对症状的想法、担忧和期望(ICE)，并使用开放性问题以系统化的方式评估潜在的易患因素、诱发因素和持续因素。这样的探究确认了患者的痛苦感受，并提供了对症状的生物-心理-社会背景的详细了解，这是共同理解症状所必需的。注意病人故事中的线索和暗示(即症状的社会心理背景)，专注且非常仔细地倾听病人在告诉你什么，并通过提出开放式问题来理解所提供的线索和暗示。家庭医生作出总结是与患者沟通的一个工具。这样的总结应包括在咨询中讨论过的议题。它让病人有机会核实医生是否理解患者的问题，并可以补充遗漏的地方。明确沟通医学检查的预期结果是必要的。在讨论治疗时，医生应与患者进行开放且包容的对话，讨论进一步检查和治疗的利弊。[olde Hartman 2017]

### 解释的重要性

家庭医生应该在患者的语言和文化模型基础上提供有针对性和具体的解释，说明是什么导致了这些症状。应将系统化探究症状时所获得的信息纳入解释之中。患者受益于“言之有理的解释，消除患者的任何埋怨，并产生关于如何管理症状的想法”。[Burton 2015]最近关于解释的研究为构建可信的和可接受的症状解释提供了建议。患者需要与医生就他们所拥有的解释模型交换意见，并就这些症状提供一个符合患者文化背景的解释模型，并达成共识，特别是在阐明问题、情绪和症状之间的生物学联系时。患者和家庭医生共同创造的解释最有可能被患者接受。[den Boeft et al. 2017]然而，虽然这些解释模型在安慰患者方面的有效性证据有限，但以患者为中心的方法始终是促进自我管理和患者赋能的最佳模型。根据现有共识，基于患者语言和文化模型的针对性和具体的解释，对安慰排除躯体疾病的 MUS 患者是必要的。

大多数病人能理解的一个普遍解释是“当一个人的压力太高或持续太久,很可能导致生理症状,像紧张会导致头痛、恐怖的场景下会引发腹部的“郁结”,或尴尬可以引起脸红。

以下是一些可用于日常基层医疗的解释模型的例子(摘自 olde Hartman 2013)。

1. 容量-负荷模型:  
四种因素(即支持、压力、力量和脆弱性)之间的平衡很重要。如果一个人的脆弱和力量是不平衡的,这可能导致症状。
2. 压力模型:  
高水平的压力与疲劳、疼痛和躯体症状障碍有关。心理压力在其中扮演着重要的角色。这意味着某些社会心理因素结合高水平的慢性压力会导致 MUS。
3. 躯体-感知放大模型:  
把注意力集中在身体上的感觉会导致更多的身体感觉(例如:想到痒就会发痒)。此外,这可能会导致患者的担忧或焦虑。因此,维持和扩大身体症状的恶性循环开始了。
4. 神经生物学模型:  
神经生物学(自主神经系统、HPA 轴和免疫系统)、环境因素、注意力和行为之间存在着复杂的相互作用。自主神经系统的激活会产生症状,HPA 轴的激活也如是(例如肾上腺素增加心率和呼吸频率)。免疫系统的激活会导致疾病反应。
5. 恶性循环:  
不论症状的起源如何,恶性循环在维持症状方面发挥着重要作用。这是对症状的解释以及由此导致的疾病行为和/或求助行为的结果。
6. 敏感度升高:  
过去的疼痛和其他症状的反复刺激使中枢神经系统更容易感受到这些刺激。良性刺激被误解为恶性刺激。
7. 文化方式的理解:  
所有解释模型必须具有文化意义。重要的是,医疗专业人士需要在文化上保持谦逊,尊重并理解不同文化在解释情绪困扰与身体症状之间的许多方式。一个例子是拉丁裔患者对“神经”的主诉,认为“神经颤动”是导致 MUS 的主要机制。

## 症状管理

大多数 MUS 患者在没有特殊治疗的情况下病情都会得到改善。虽然患者向家庭医生咨询的症状中有 30%是无法解释的(在专科诊疗中比例更高,达 70%),但只有一小部分 MUS 症状会持续并致残。[Verhaak et al, 2006]

当症状持续数周以上时,医生可能会决定开具缓解当前症状的对症治疗,例如用于止痛的镇痛药、治疗神经性疼痛的三环类抗抑郁药、让人不适的心悸的  $\beta$  受体阻滞剂。这种以通过生理手段缓解症状为目的的症状管理是可取的,尤其是在初始阶段。在考虑疼痛治疗时,可以使用短期止痛剂,例如对乙酰氨基酚或非甾体抗炎药(如果没有禁忌症)。在所有病例中,家庭医生必须在对症治疗与潜在的副作用或风险之间取得平衡。[Chitnis et al, 2014]

从一篇关于药物治疗 MUS 的 Cochrane 综述得出结论:这些药物(三环类抗抑郁药、新一代抗抑郁药(即 SSRI 和 SNRI)和天然产物(即不同的草药和圣约翰草))在 MUS 患者的治疗有效性上缺乏证据。

## 自我保健和自我管理

医生可以提供患者自我管理策略和自我照顾方面的建议。尽管症状持续，医生要鼓励病人尽可能继续(或恢复)正常的日常活动。医生可以建议按时的活动和锻炼，保持有规律的睡眠习惯，规律且健康饮食以及放松训练。[van Gils 2016; Henningsen 2007]

自助和行为激活可以减轻 MUS 患者的症状，改善他们的生活质量。参加一些令人愉快的活动，如定期锻炼，追求一种爱好或社交活动，可以缓和 MUS 患者的不舒适感或痛苦并减轻压力。也可以参见 Wonca 心理精神工作委员会关于常见精神卫生问题的非药物干预指南。<http://www.globalfamilydoctor.com/News/MentalHealthresourceGPFPRoleinnondruginterventions.aspx>).

## 分级治疗的方法

家庭医生应根据病人的需要，在治疗过程中给予积极的管理和定期的预约随访。此外，有一个固定的照顾者是非常重要的，尤其是家庭医生保持对治疗过程的掌控和协调。然而，这个治疗提供者也可以是社区精神科护士、心理学家或职业治疗科医生。症状的严重程度与治疗管理的分级相关。家庭医生应根据疾病的严重程度和复杂性(症状的数量和持续时间、功能损害的程度、社交和心理压力、合并的生理疾病和医患关系中经历的困难)来评估患者的风险状况。表 1 显示了几个基层医疗指南中描述的分级治疗方法(摘自 Olde Hartman 2017)。

症状和功能限制越严重或复杂，令病人康复所需要的治疗就越密集和复杂。例如，当在探索症状的过程中发现一个处于较轻 MUS 压力的患者时，释放压力往往是缓解症状所需要的唯一治疗方法。这可以通过(1)询问患者，整理一份包括当前和过去的重要生活压力清单，一起寻找如何减少一个或更多的压力，(2)推荐每周 2 到 5 小时的自我保健时间(纯个人喜好)，和/或(3)推荐放松技巧和/或正念治疗。在中度至重度 MUS 患者可转诊到精神卫生机构。受影响最严重的患者需要具有在二级或三级医疗机构不同技能和专长的专业人员(即分层治疗的最后一步)进行密切合作。



## MUS 管理中的文化问题

身体症状是各种的“困扰习语”的重要组成部分，这些习语是社会接受用来表达情绪困扰（包括焦虑和抑郁障碍）的方式，根据文化背景而变化。有几个因素促成了这些模式，包括本文章之前讨论过的一些因素，但用文化上可接受用来表达和阐述情感痛苦的方式是其中的核心要点之一，特别是当涉及到“个人主义”或“集体主义”文化时。在前者，重视个人和主观表达情感痛苦的方式；而在后者，保持群体凝聚力是最重要的一点，因此诉说与冲突或消极情绪相关的情感或情绪，被认为是不当的。但与情绪困扰相关的身体症状却无法被抑制，可以令人十分困扰和致残，这是寻求医疗服务的最重要原因。

试图为 MUS 建立一个国际性的文化背景可能是相当困难。一方面，研究发现，与 MUS 相关的最常见身体症状，当前考证为“身体压力综合征”，是普遍存在的，与之前描述的“文化内涵综合征”类似，如韩国的“火病”或拉丁美洲的“神经症”。但是另一方面，世界各地对功能性综合症的认识和诊断并不相同。例如在巴西和英国虽然在两国人群中核心症状出现频率相似，但对慢性疲劳综合症的认知存在显著差异[Cho 2008]。这个问题最重要的结论是当面对移民或不同文化的人群时，基层医生需要发展“文化能力”。“文化形式的访谈”可作为帮助专业人员理解不同背景患者的工具，代表了对文化因素在日常卫生保健服务中的重视。[Kirmayer 2013;Luiz-Fernandez 2017]

\*

[https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUK\\_EwibvbjV\\_JHYAhXQo6QKHeBvCZ0QFggwMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.psychiatry.org%2Ffile%25\\_20Library%2Fpsychiatrists%2Fpractice%2FDSM%2FAPA\\_DSM5\\_Cultural-Formulation\\_Interview.pdf&usq=AOvVaw0yl4EMDbxmpSbT2uVcJf0L](https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUK_EwibvbjV_JHYAhXQo6QKHeBvCZ0QFggwMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.psychiatry.org%2Ffile%25_20Library%2Fpsychiatrists%2Fpractice%2FDSM%2FAPA_DSM5_Cultural-Formulation_Interview.pdf&usq=AOvVaw0yl4EMDbxmpSbT2uVcJf0L)

## 建议

每个家庭医生都会遇到 MUS 病人。良好的应诊沟通技巧，并与这些患者建立治疗关系，是高质量管理 MUS 的先决条件。此外，与患者和其他卫生保健专业人员的合作是必须的。家庭医生有条件为 MUS 患者提供他们所需要的高质量治疗。

## 参考文献

Burton C, Lucassen P, Aamland A, et al. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. *J R Soc Med.* 2015;108(3):84-8.

Chitnis A, Dowrick C, Byng R, et al. Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms. London: Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists, 2014.

Cho HJ, Menezes PR, Bhugra D, et al. The awareness of chronic fatigue syndrome: a comparative study in Brazil and the United Kingdom. *J Psychosom Res.* 2008;64(4):351-5.

Den Boeft M, Huisman D, Morton L, et al. Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms – a qualitative analysis. *Fam Pract.* 2017;34(1):107-113.

Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007;369:946-55.

Kleinstaub M, Witthoft M, Steffanowski A, et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 11.

Kirmayer L, Lauren Ban. Cultural Psychiatry: research Strategies and Future directions. in *Cultural Psychiatry: Adv. Psychosom Med.* Basel, Karger. Alarcon RD (Ed). 2013, vol33, pp97-114.

Lewis-Fernandez RL; Kirmayer LJ.; Garnaccia P.; Ruiz P. (2017) Cultural Concepts of Distress. In Sadock B; Sadock V & Ruiz P.(Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* New York; Lippincott, Williams and Wilkins.

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar B, et al. NHG Standaard SOLK [NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS)]. *Huisarts en Wetenschap* 2013; 56(5): 222.  
([https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/standaard/download/final\\_m10\\_2\\_solk\\_guideline\\_sk\\_mei13\\_0.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/download/final_m10_2_solk_guideline_sk_mei13_0.pdf))

Olde Hartman TC, Rosendal M, Aamland A, et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open* 2017; DOI: 10.3399/bjgpopen17X101061.

Van Gils A, Schoevers RA, Bonvanie IJ, et al. Self-help for medically unexplained symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2016;78(6):728-39.

Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, et al. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23(4):414-20.

表格 1. 各国指南中的分级管理 (摘自 Olde Hartman et al. 2017)

| 荷兰家庭医生指南      |   | 丹麦家庭医生指南         |  | 德国多学科指南     |  | 丹麦多学科指南       |   |
|---------------|---|------------------|--|-------------|--|---------------|---|
| <b>轻度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 心理教育</li> <li>- (自我) 管理建议</li> <li>- 协商有时限的治疗计划</li> <li>- 复诊</li> </ul> | <b>症状和轻度功能障碍</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 正常化, 解释, 生物心理社会干预</li> <li>- 复诊</li> </ul>  | <b>步骤 1</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 治疗的一般原则 (同理心, 观察等待, 承认症状, 解释)</li> <li>- 由家庭医生、专科医生或心身基层医疗服务</li> </ul>                                     | <b>轻度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 家庭医生利用生物心理社会干预</li> <li>- 心理教育</li> <li>- 短期认知行为疗法</li> </ul>              |
| <b>中度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 心身治疗/运动疗法</li> <li>- 心理健康执业护士</li> <li>- 社康精神科护士</li> </ul>              | <b>中度功能障碍</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 解释和 TERM 模型<sup>1</sup></li> <li>- 定期咨询 (复诊)</li> <li>- 与专家合作 (负责评估、治疗计划、监督)</li> </ul>           | <b>步骤 2</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 定期复诊</li> <li>- 家庭医生或专科医生的治疗加上心理治疗</li> <li>- 疼痛为核心症状: 抗抑郁药</li> <li>- 疼痛不是核心症状合并其他精神疾病时, 使用抗抑郁药</li> </ul> | <b>中度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 由专科医生、精神科医生或家庭医生共同管理病例</li> <li>- 药物 (治疗附带疾病)</li> <li>- 认知行为疗法</li> </ul> |
| <b>重度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 多学科团队/治疗中心</li> </ul>  | <b>重度功能障碍</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 专科门诊</li> <li>- 多学科治疗</li> <li>- CBT<sup>2</sup> and GET<sup>3</sup></li> <li>- 考虑药物治疗</li> </ul> | <b>步骤 3</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 多学科专科门诊治疗</li> </ul>  | <b>重度 MUS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- CBT</li> <li>- 三级医院的多学科团队</li> </ul>                                       |

1.The Extended Reattribution and Management model 症状再解释与管理模型

2.Cognitive Behavioural Therapy 认知行为疗法

3.Graded Exercise Therapy 分级运动疗法