

## · 全民健康助力全面小康专栏 ·

## 会诊-联络精神医学述评

李恒芬 邓亚洁

450052 郑州大学第一附属医院精神医学科

通信作者: 李恒芬, Email: fcclihf2@zzu.edu.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.08.001

【摘要】 会诊-联络精神医学(CLP)是精神病学的分支学科, 现对CLP发展史做一简评, 寻找国内外差距, 从临床及医学教育的角度提出CLP国内未来发展方向及建议。

【关键词】 会诊-联络精神医学; 综合医院; 服务模式; 技能培训

**Editorial of consultation-liaison psychiatry** Li Hengfen, Deng Yajie

Department of Psychiatry, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China

Corresponding author: Li Hengfen, Email: fcclihf2@zzu.edu.cn

【Abstract】 Consultation-liaison psychiatry (CLP) is a branch of psychiatry. This paper makes a brief review of the development history of CLP, looking for the gap between domestic and international, and puts forward the future development direction and suggestions of CLP from the perspective of clinical and medical education.

【Key words】 Consultation-liaison psychiatry; General hospital; Service pattern; Skill training

### 一、概念与发展史

会诊-联络精神医学(consultation-liaison psychiatry, CLP)是精神病学的分支学科, 它以心身疾病相关理论为基础, 与心身医学(psychosomatic medicine)有密切联系。CLP和心身医学都关注躯体疾病与心理社会因素的关系, 要求从生物、心理、社会多个角度了解疾病的发生发展过程。与心身医学不同的是, CLP则更强调精神科医生及相关人员为综合医院各科患者提供咨询或精神科诊疗服务的过程或形式<sup>[1-2]</sup>, 注重对精神科医务人员专业技能的培训和精神病学教育在医学教育中的重要作用<sup>[2]</sup>。当然, 广义的CLP也包括相关的基础和临床研究<sup>[3-4]</sup>。CLP是传统医学模式向生物-心理-社会医学模式转变的产物, 其发展标志着综合医院精神病学服务水平的提高。

CLP嫁接于心身医学。1929年, 心理生物学创建人George.W.Henry教授指出了在精神科医生和临床各科医生之间建立定期接触或联络的优点和困难, 同期心身医学的产生促进了这类研究的发展<sup>[5]</sup>。1932年, 3位心身医学先驱H.F.Dunbar, F.Alexander和H.G.Wolff教授在综合医院开始了躯体疾病的心理社会因素研究, 1939年Bilings首先提出“联络精

神病学”(consultation psychiatry)一词, 之后美国多家综合医院相继成立了精神医学科, 并开展了相应的精神卫生服务, 但此时CLP的发展仍较缓慢<sup>[6]</sup>。20世纪70年代以后, 基于疾病谱的改变, 临床需求的增加, 美国各级医生开始关注CLP, 包括初级保健医生对精神疾病的关注, 使综合各科医生对精神科的认识进一步提高。同时欧美各国也开始重视CLP, 1959年加拿大蒙特利尔皇家医院创建了CLP组织, 出版了《联络会诊精神医学》杂志, 并开始制定和修订相关指南。1997年, 欧洲会诊-联络精神病学及心身医学联合会(EACLPP)成立, 之后有更多的国家开始制定相关指南<sup>[7-8]</sup>, 并开始进行规范化的技术培训<sup>[9]</sup>。

国内CLP发展与国外存在一定差距。国内于20世纪80年代开始引入CLP的概念, 开展相关工作和研究, 2003年北京成立CLP协作组, 2006年中华医学会成立协作组, 至今国内大部分三级医院成立了精神科, 相继开展了这方面工作<sup>[3, 10]</sup>。但是, 到目前为止, CLP的误诊仍非常普遍<sup>[11-12]</sup>, 国内有半数的躯体疾病伴精神症状者会被非精神科的医生误诊<sup>[10, 12]</sup>, 推测可能与医学生的毕业后继续教育缺乏系统的CLP培训有关。

## 二、服务内容与模式

CLP有独特的服务内容和模式。CLP以心身统一为指导思想,主要服务于综合性医院躯体或脑部疾病伴有精神障碍或两者共病的患者,其核心服务内容是精神科医生对精神症状的产生进行判断和处理<sup>[11-12]</sup>。通常CLP需要解决以下3方面的问题:其一,精神或心理症状与躯体(或脑部)疾病的关系,是直接导致的症状,或是后期的并发症,又或者两者仅为并存现象?其二,精神或心理症状产生或加重的原因是什么,包括心理应激、个性基础、躯体或脑部疾病本身的因素、药物或其他治疗干预因素等;第三,如何处置精神心理症状,是选择药物治疗或者心理治疗,是否需要转精神科处置等。精神科会诊医生分析判断精神症状产生的原因和背景十分重要,直接影响后期处置,如抗NMDA受体脑炎的精神病性症状可以为早期表现,此时临床处置应以原发病为主,对症处理精神症状即可,不需要大剂量或长期使用抗精神病药物。由于一些患者精神症状的产生与多种因素关联,因此需要综合科的主治医生、护理以及陪护参与其中,因此CLPL团队也包括这些人员,如果一些患者需要多次的会诊、心理行为治疗,那么也需要精神科团队的参与,这些都应当属于CLP的内容或任务。

国内CLP服务模式与国外存在差距。欧美国家早期的CLP服务以综合科医生邀请精神科会诊或咨询为主,一般只要求解决常见的精神问题,包括精神病性症状的鉴别诊断与处理、抗精神病药物的使用等<sup>[1]</sup>,后来有更多国家认识到了CLP的重要性,并对CLP的临床意义有了更深刻的认识,一些国家开始强调综合科的医生都必须邀请精神科医生会诊处理,继而主要针对需要长期精神科服务的患者,又出现了精神科与综合科医生的联合查房<sup>[2]</sup>。近年来美国一些相当规模的医院开始组成包括精神科医生在内的专业团队,提供专门服务,甚至临终关怀小组(palliative care)也有精神科医生的参与。目前,欧美国家CLP服务,除综合科和精神科的医务人员外,会邀请患者、家庭成员、护士、社会工作者等参与制定医疗方案,甚至还需要伦理审查员和医院管理人员参与解决一些复杂问题<sup>[2,13]</sup>。有研究显示,开展合理有效的CLP服务,不仅提高了患者的生活质量,还节约了医疗花费。国内现行的CLP会诊类似欧美早期,以邀请精神科医生会诊为主,主要是疾病诊断和指导用药,部分医院开展了跟踪随访服务,但极少联合查房,更缺乏有精神科参与的专业团

队<sup>[14]</sup>。不过,一些医院的多学科会诊服务也提倡精神科参与。国内CLP在服务形式与国外差距较大的原因,除CLP起步晚外,可能也与精神卫生专业人才相对不足有关。国内的管理部分显然已认识到这方面的差距,《全国精神卫生工作规划(2015—2020年)》特别强调了综合医院的精神科专业人员培养问题,医院的等级评审中也曾要求设置精神科门诊,但到目前为止,仍只有部分大型的综合医院设置了精神科,但其主要目的是为重性精神障碍患者提供服务,尚不能满足综合科CLP的会诊需求,服务模式仍需改进,服务水平仍有待提高。

CLP指南的出台标志着服务模式更加规范。欧美国家1997年“欧洲会诊联络精神病学和心身医学协会”(EACLPP)成立以后,相继出台了有关CLP指南,并不断地修订<sup>[15-17]</sup>,这在一定程度上促进了CLP服务内容和形式规范性的提高。近期,中华医学会精神病学会成立综合医院精神心理研究协作组,也起草了“联络会诊精神医学指南”,旨在弥补国内缺乏CLP相关指南这一缺憾。

## 三、教育与技能培训

技能培训是CLP的主要内容,是本专业医学生的必修课。德国心身医学与心理治疗学是医学教育的必修课,美国的联络会诊精神病学(前身为心身医学)于2004年被美国医学专业委员会确定为一个亚专科,需要1年的专业实践和笔试才能获得该委员会的资格认证书<sup>[2]</sup>。近年来,国内的在校教育对CLP有所重视,已把精神病学纳入临床医学理论教程,一些教科书开始增设相关章节,但内容并不十分丰富,专著更少<sup>[3,12]</sup>。

在CLP技能培训方面国内与国外差距更大,国内CLP技能培训尚未受到足够的重视。就目前来看,不仅缺乏规范的培训大纲或指南,还缺乏规范的管理办法,更无专业的考核组织。虽然2018年以来部分临床医学专业的住院医师规范化培训被要求接受精神科的轮转培训,但由于以精神专科为主的培训基地实际上无法完成CLP培训,综合医院的培训基地缺乏专门的CLP教师队伍,故而使其技能培训的落实不到位。

事实上,在CLP技能培训方面确实存在特殊性。首先,CLP需要有将躯体与心理相互整合的思维逻辑技能,此为必备技能;其次,CLP会诊医生需要具备一定多学科临床基础知识或技能,这是CLP会诊诊断和鉴别诊断的基础;第三,CLP会诊需要有团队协作的技能;最后,CLP需要综合处理的技能,包

括精神或躯体疾病的药物治疗、物理治疗、心理或行为治疗等<sup>[18]</sup>。以上技能的积淀需要丰富的临床积淀,包括经验和教训;同时,由于CLP技能培训需要立足于临床案例,因此,对CLP培训应有专门的师资队伍和场所(或称基地)。

#### 四、相关科研活动

国内外以心身疾病为主题的研究十分普遍,甚至国内外均有以“心身疾病”为名称的专业期刊,但围绕CLP的研究并不多。文献检索发现,以“会诊联络精神病学”为关键词研究不多,多数学者对综合医院开展CLP服务的模式以及其对躯体疾病康复的贡献表现出了浓厚的兴趣,特别是针对老年人群,而实际上即使在儿童人群,开展CLP也可明显降低死亡率<sup>[19]</sup>。国内有关这方面研究较多的是个案的报道和临床相关案例分析,《神经疾病与精神卫生》杂志刊登的系列专题<sup>[20]</sup>,曾引起精神科临床专家的广泛关注,从侧面彰显了CLP的临床及科研意义<sup>[19]</sup>,同时反映了国内学者对CLP的兴趣。

#### 五、未来国内发展建议

改善国内CLP发展现状,除进一步强化综合医院设置相关科室,配备足够的精神科医生外,需要以下几个方面的努力。首先,管理部门及相关学会组织需要强调CLP在住院医师培训阶段重要意义,并制定相关标准,建议成立专门培训组织,打造专业的师资队伍,规范培训与考核标准;其次是要求CLP会诊医生,跟踪随访相关案例,推行精神科医生与综合科医生的联合查房和会诊制度,全面提高CLP的临床服务水平;第三,提倡在大型综合医院(如三级医院)设立CLP专业团队,开展更专业的服务项目,这样会更有利于提高CLP服务质量,也有利于CLP培训及科研工作的开展。事实上,在综合医院开展CLP团队服务,与国内学者提倡的疾病相关诊断分组(DRGs)理念是一致的。国外已有证据显示,开展优良的CLP服务为患者提供更高质量的医疗服务,可以大幅度节约直接或间接的医疗花费<sup>[6]</sup>。

CLP在中国的发展历程相对短暂,加上国内精神卫生专业人才相对不足,综合医院CLP在服务水平和质量上都与先进国家存在差距。事实上,综合性医院改善CLP服务模式,不仅能提高医疗服务水平和质量,而且对节约医疗成本也很重要,这与国内医疗体制改革指导思想相一致,需要相关专业人员和管理部門给予重视。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 论文撰写及修订为李恒芬,资料收集邓亚洁

#### 参 考 文 献

- [1] Siegel AM, Bleier HR. The Role of Negotiation in Consultation-Liaison Psychiatry[J]. Psychosomatics, 2017, 58(2): 187-190. DOI: 10.1016/j.psym.2016.10.001.
- [2] Zimbrea PC, Ernst CL, Forray A, et al. The Educational Value of Outpatient Consultation-Liaison Rotations: A White Paper From the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry Residency Education Subcommittee[J]. Psychosomatics, 2020, 61(5): 436-449. DOI: 10.1016/j.psym.2020.05.004.
- [3] 郝伟, 陆林. 精神病学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 254-265.
- [4] Walker A, Barrett JR, Lee W, et al. Organisation and delivery of liaison psychiatry services in general hospitals in England: results of a national survey[J]. BMJ Open, 2018, 8(8): e023091. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023091.
- [5] Ali S, Ernst C, Pacheco M, et al. Consultation-liaison psychiatry: how far have we come[J]. Curr Psychiatry Rep, 2006, 8(3): 215-222. DOI: 10.1007/s11920-006-0026-y.
- [6] Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? - a systemic review[J]. BMC Psychiatry, 2016, 16(1): 390. DOI: 10.1186/s12888-016-1100-6.
- [7] Leentjens AFG, van Baalen A, Kuijpers HJH, et al. The revised guideline on consultation-liaison psychiatry of the Netherlands Psychiatric Association[J]. J Psychosom Res, 2018, 110: 12-14. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.04.003.
- [8] Rymaszewska J, Söllner W. Training in consultation-liaison psychiatry in Eastern Europe[J]. J Psychosom Res, 2012, 72(6): 460-462. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.02.006.
- [9] Smith C, Hewison J, West RM, et al. Liaison psychiatry-measurement and evaluation of service types, referral patterns and outcomes (LP-MAESTRO): a protocol[J]. BMJ Open, 2019, 9(11): e032179. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032179.
- [10] Ji J, Ye C. Consultation-liaison psychiatry in China[J]. Shanghai Arch Psychiatry, 2012, 24(3): 124-130. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2012.03.001.
- [11] Su JA, Tsai CS, Hung TH, et al. Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians: Five-year data from a psychiatric consultation-liaison service[J]. Psychiat Clin Neuros, 2011, 65(7): 618-623. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2011.02272.x.
- [12] 李恒芬. 会诊联络精神医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [13] Siegel AM, Bleier HR. The Role of Negotiation in Consultation-Liaison Psychiatry[J]. Psychosomatics, 2017, 58(2): 187-190. DOI: 10.1016/j.psym.2016.10.001.
- [14] Carter G, Page A, Large M, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2016, 50(10): 939-1000. DOI: 10.1177/0004867416661039.
- [15] Anderson C, Tauch D, Quante A. Diagnosis and Treatment Procedures for Patients With Anxiety Disorders by the Psychiatric Consultation Liaison Service in a General Hospital in Germany: A Retrospective Analysis[J]. Prim Care Companion CNS Disord, 2015, 17(5). DOI: 10.4088/PCC.15m01805.

[ 16 ] Simpson SA, Chwastiak LA, Andrews SR, et al. Updates in Consultation-Liaison Psychiatry: 2019 [ J ]. Psychosomatics, 2020, 61(5): 450-455. DOI: 10.1016/j.psym.2020.05.001.

[ 17 ] Glass OM, Hermida AP, Hershenberg R, et al. Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service[ J ]. Curr Psychiatry Rep, 2020, 22(5): 21. DOI: 10.1007/s11920-020-01147-2.

[ 18 ] Maccaferri GE, Rossetti AO, Dalmau J, et al. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: A New Challenging Entity for Consultation-Liaison Psychiatrist[ J ]. Brain Disord Ther, 2016, 5(2): 215. DOI: 10.4172/2168-975X.1000215.

[ 19 ] Muriel AC, Tarquini S, Morris SE. The "Liaison" in Consultation-Liaison Psychiatry: Helping Medical Staff Cope with Pediatric Death[ J ]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2018, 27(4): 591-598. DOI: 10.1016/j.chc.2018.05.005.

[ 20 ] 张洪艳,何瑾,庞剑月,等.抗NMDA受体脑炎所致精神障碍的诊断与鉴别诊断[ J ].神经疾病与精神卫生, 2018, 18(1): 52-56. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.01.012.

Zhang HY, He J, Pang JY, et al. Diagnosis and differential diagnosis of mental disorders caused by anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis[ J ]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2018, 18(1): 52-56.

(收稿日期: 2020-07-11)  
(本文编辑: 戚红丹)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 本刊文稿中缩略语的书写要求

在本刊发表的学术论文中,已被公知公认的缩略语在摘要和正文中可以不加注释直接使用(表1);不常用的和尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第1次出现时写明全称,在圆括号内写出缩略语,如:流行性脑脊髓膜炎(流脑);若为外文可于文中第1次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语,如:阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)。若该缩略语已经公知,也可不注出其英文全称。不超过4个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。西文缩略语不得拆开转行。

表1 《神经疾病与精神卫生》杂志常用缩略语

缩略语	中文全称	缩略语	中文全称	缩略语	中文全称
CNS	中枢神经系统	CSF	脑脊液	GABA	γ-氨基丁酸
IL	白细胞介素	AD	老年痴呆症(阿尔茨海默病)	PD	帕金森病
MRI	磁共振成像	CT	电子计算机断层扫描	DSA	数字减影血管造影
PCR	聚合酶链式反应	EEG	脑电图	MR	磁共振
HE	苏木素-伊红	BDNF	脑源性神经营养因子	PET	正电子发射计算机断层显像
SOD	超氧化物歧化酶	ELISA	酶联免疫吸附剂测定	CRP	C反应蛋白
MMSE	简易精神状态检查	NIHSS	美国国立卫生研究院卒中评分	TIA	短暂性脑缺血发作
TNF	肿瘤坏死因子	WHO	世界卫生组织	HAMD	汉密尔顿抑郁量表
HAMA	汉密尔顿焦虑量表	PANSS	阳性与阴性症状量表	rTMS	重复经颅磁刺激
5-HT	5-羟色胺	SSRIs	选择性5-羟色胺再摄取抑制剂	MoCA	蒙特利尔认知评估量表
PTSD	创伤后应激障碍	ICD-10	国际疾病分类第十版	DSM	美国精神障碍诊断与统计手册
CCMD-3	中国精神障碍分类与诊断标准第3版				