

我国未分化疾病门诊开展的现况调查与分析

朱佳宏 任菁菁 马云笛 刘颖

[摘要] **目的** 了解我国未分化疾病(MUD)门诊开展的现况及评估全科医师诊治MUD的能力。**方法** 对我国已开设MUD门诊的医院负责人(45人)及全科医师(376人)进行问卷调查。分析我国MUD门诊的开展现状,为我国MUD门诊的建设及优化全科医师的接诊流程提供借鉴。**结果** 问卷有效回收率均为100%。参与调查的45家医院中仅2家(4.44%)为社区卫生服务中心。在开设的MUD门诊类型中,乏力门诊数量最多。84.44%的医院年门诊量 $\leq 1\ 000$ 人次。15.56%的医院发表了相关论文。73.40%的全科医师认为MUD诊疗难度大,但仅64.44%的医院提供了MUD相关培训,46.67%的医院建立了首诊处理流程。全科医师MUD的常规诊疗能力、急危重症急救处理能力及转诊能力的评分分别为(3.15 \pm 0.75)分、(3.11 \pm 0.91)分和(3.44 \pm 0.91)分;全科医师关于MUD的定义、国内外研究进展及相关书籍与指南了解程度的评分分别为(3.37 \pm 0.88)分、(2.70 \pm 0.86)分和(2.73 \pm 0.86)分。**结论** 我国MUD门诊面临的主要挑战包括门诊量偏低、诊疗流程存在缺陷、研究成果有限和全科医师能力不足,可通过优化诊疗流程、加强科学研究、提升全科医师能力等措施予以改善。

[关键词] 未分化疾病; 门诊医疗; 诊治现状; 全科医学

A survey of the current status of medically unspecified diseases clinics in China ZHU Jiahong, REN Jingjing, MA Yundi, et al. Department of General Practice, The First Affiliated Hospital Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310000, China.

[Abstract] **Objective** To understand the current status of the outpatient clinics for medically unspecified diseases in China, and evaluate the ability of general practitioner in diagnosing medically unspecified diseases. **Methods** An online questionnaire was used to survey the heads (45 people) and general practitioners (376 people) of hospitals in China that have established unspecified disease clinics. The content of the survey included the construction and management of medically unspecified diseases clinics, general practitioners' knowledge and reception skills regarding. **Results** Totally 45 questionnaires were collected from chiefs and 376 from general practitioners. Among the 45 participating units, only two (4.44%) were community health centers. Among the types of outpatient clinics for medically unspecified diseases offered, fatigue clinics were the most. Totally 84.44% of the units had an annual outpatient number less than 1,000. Totally 15.56% of the units published relevant papers. Totally 73.40% of the general practitioners thought that it was difficult to diagnose and treat medically unspecified diseases. However, only 64.44% of the hospitals provided relevant training, and 46.67% established a process for dealing with initial diagnosis. The average scores for general practitioners' abilities in routine diagnosis and treatment of medically unspecified diseases, emergency management of acute and critical conditions, and referral capabilities were (3.15 \pm 0.75), (3.11 \pm 0.91) and (3.44 \pm 0.91), respectively. General practitioners' comprehension of the definition of medically unspecified diseases was (3.37 \pm 0.88). Their awareness of domestic and international research developments scored (2.70 \pm 0.86), while familiarity with relevant literature and guidelines achieved an average score of (2.73 \pm 0.86). **Conclusion** The main challenges faced by clinics for medically unspecified diseases in China include low outpatient volumes, flawed diagnostic and treatment processes, limited research outcomes, and insufficient capabilities of general practitioners. These issues can be im-

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.012.003

基金项目:国家自然科学基金(72274169)

作者单位:310000 浙江杭州,浙江大学医学院附属第一医院全科医学科

通讯作者:任菁菁, Email: 3204092@zju.edu.cn

proved through measures such as optimizing diagnostic and treatment processes, strengthening scientific research, and enhancing the capabilities of general practitioners.

[Key words] medically unspecified disease; ambulatory care; diagnosis and treatment status; general practice

浙江大学医学院附属第一医院全科医学科于2014年首次提出未分化疾病(medically unspecified disease, MUD),其定义为:处于疾病的任一阶段,基于其临床表现和检查结果,尚不能做出明确诊断的一类疾病或病症,如乏力、消瘦与水肿等。其特征为:常以某个或多个症状、体征或辅助检查异常反复就诊;查体与辅助检查多正常或轻度异常;暂无法归因于明确的器质性疾病;常合并心理问题;可能与个体长期共存,其治疗和管理通常需要全科医师的长期随访,可通过对症、支持、认知、叙事及中医药等综合措施来实现^[1]。

近年来,医学界对MUD的关注逐渐增加。学者们提出提高全科医师MUD的诊疗能力的重要性^[2-4],并提出综合性医院全科医学科应当成为MUD诊疗中心^[5,6]。据笔者所在团队的不完全统计,国内已有54家医院开设了MUD门诊,遍布22个省份,但国内尚未开展MUD门诊相关调查。本研究采用线上问卷调查的形式,旨在了解我国MUD门诊的开设情况和诊治现状。从MUD门诊的建设、管理情况和全科医师对于MUD的认知程度两个维度进行探讨,以期明晰当前我国在这一领域的实践现状、存在问题及潜在改进空间,进而为提升MUD的诊治质量和效率提供有价值的建议。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本次调研时间为2023年8月。本研究采用目的抽样法,研究对象包括我国45家已开设MUD门诊的综合性医院全科医学科/社区卫生服务中心负责人及376名参与接诊MUD患者的全科医师。

1.2 调查工具 通过自制问卷进行调查,包括问卷A(负责人问卷)和问卷B(全科医师问卷)。问卷A调查我国已开设MUD门诊医院的基本信息、对MUD门诊的建设与管理,以及MUD相关科研情况。问卷B调查接诊MUD门诊的全科医师的基本信息(性别、职称、学历、全科医师规范化培训类型、工作年限、工作单位类型)、对MUD接诊能力的评估(包括对MUD的常规诊疗能力、危急症急救

处理能力及转诊能力,由全科医师自评,采用Likert 5级评分法从非常差到非常好对应分值为1~5分)、对MUD研究进展的了解程度(包括对MUD概念、国内外科研进展及相关书籍与指南的了解程度,由全科医师自评,采用Likert 5级评分法从完全不理解到完全了解对应分值为1~5分),以及对MUD的评价。

1.3 调查方法及质量控制 本研究利用问卷星平台进行匿名调查,分两轮进行。第一轮,由研究人员统一发放问卷A至已开设MUD门诊的综合性医院全科医学科/社区卫生服务中心负责人;第二轮,研究人员利用微信群、微信公众号等平台发放问卷B对全科医师进行问卷调查,并在问卷说明中介绍本问卷的研究背景及研究目的。参与调查的医院负责人与全科医师均自愿并独立完成问卷。调查结束后,回收问卷并核实问卷填写情况,以保证调查数据的有效性。第一轮共回收有效问卷45份;第二轮共回收有效问卷376份。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0软件对数据进行统计分析。计数资料用频数采用例(%)描述,正态分布的计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 我国MUD门诊开展现状

2.1.1 调查对象的基本情况 来自全国20个省份的45家医院参与本次调查,综合性医院43家(95.56%),其中,三级甲等医院37家(82.22%)、三级乙等医院6家(13.33%);社区卫生服务中心2家(4.44%)。参与调查的45家医院中仅1家(2.22%)已成立MUD诊疗中心,25家(55.56%)有设立MUD诊疗中心的计划,余19家(42.22%)尚无建设MUD诊疗中心的计划。27家(60.00%)具有独立诊间。在开设的MUD门诊类型中,31家开设乏力门诊,居首位。7家(15.56%)已公开发表MUD相关论文(包括17篇中文、1篇英文)。8家(17.78%)已申请到MUD相关课题(共12项课题)。7家(15.56%)已建立MUD数据库。具体见表1。

表1 MUD门诊的基本情况

项目	例数 /家	百分率 /%
医院类型		
综合性医院(三甲)	37	82.22
综合性医院(三乙)	6	13.33
社区卫生服务中心	2	4.44
是否成立MUD诊疗中心		
是	1	2.22
否	44	97.78
有无成立MUD诊疗中心的计划		
有	25	55.56
无	19	42.22
缺失*	1	2.22
有无独立诊间		
有	27	60.00
无	18	40.00
已开设的MUD门诊类型(多选题)		
乏力门诊	31	68.89
消瘦门诊	28	62.22
水肿门诊	24	53.33
MUD门诊	21	46.67
衰弱门诊	1	2.22
减重门诊	1	2.22
是否发表MUD相关文章		
是	7	15.56
否	38	84.44
是否申请MUD相关课题		
是	8	17.78
否	37	82.22
MUD门诊年就诊人次		
<100人次	4	8.89
100~500人次	18	40.00
501~1000人次	16	35.55
1001~5000人次	4	8.89
>5000人次	3	6.67
MUD门诊时间		
0.5天/周	5	11.11
1~1.5天/周	22	48.89
2~2.5天/周	4	8.89
3~4天/周	1	2.22
5天/周	13	28.89
MUD门诊中多主诉患者的比例		
<10%	6	13.33
10%~30%	14	31.11
31%~50%	8	17.78

续 表1 MUD门诊的基本情况

项目	例数 /家	百分率 /%
51%~70%	12	26.67
>70%	5	11.11
MUD门诊提供的医疗服务(多选题)		
完善相关检查	44	97.78
定期随访	36	80.00
相关的量表评估	26	57.78
转诊	23	51.11
人体成分分析检测	15	33.33
测量腹围、臂围、皮下脂肪厚度等相关数据	12	26.67
专业护理人员提供家庭护理指导	6	13.33
未提供相关服务	1	2.22
处理措施(多选题)		
调整生活方式	44	97.78
药物治疗	43	95.56
观察随访	40	88.89
心理疗法	35	77.78
中医疗法	24	53.33
叙事治疗	17	37.78
是否对接诊医师进行MUD诊疗能力培训		
是	29	64.44
否	16	35.56
是否建立MUD首诊处理流程		
是	21	46.67
否	24	53.33
是否设定MUD转诊指征		
是	17	37.78
否	28	62.22
MUD门诊的转诊率		
<10%	23	51.11
10%~20%	14	31.11
21%~30%	5	11.11
31%~50%	2	4.44
>50%	1	2.22
是否建立MUD患者数据库		
是	7	15.56
否	38	84.44
MUD门诊的宣传途径		
公众新闻媒体	3	6.67
医院/科室公众号、视频号等	28	62.22
讲座	7	15.56
未做宣传	7	15.56

注: * :表示因该医院已成立MUD诊疗中心,系统设置跳题逻辑,故未作答。

2.1.2 MUD门诊的基础建设情况 MUD门诊的年门诊量、转诊率偏少,每周开设时间有限,多主诉患者比例高。MUD门诊提供的医疗服务中,完善相关检查居首位,处理措施以调整生活方式为主。超半数医院在开设MUD门诊前对全科医师进行MUD诊疗能力培训,但对于MUD门诊的首诊处理流程及转诊指征设定尚不完善。MUD门诊的宣传以自媒体为主,较少采用公众新闻媒体与讲座。具体见表1。

2.2 全科医师MUD接诊情况

2.2.1 接诊MUD门诊的全科医师的基本信息 376人全科医师中,男165人(43.88%)、女211人(56.12%);学历为大专及以下9人(2.39%)、本科265人(70.48%)、硕士研究生83人(22.07%)、博士研究生19人(5.05%);职称为初级56人(14.89%)、中级135人(35.90%)、高级185人(49.20%);从业年限<3年26人(6.91%)、3~5年43人(11.44%)、6~10年67人(17.82%)、11~15年59人(15.69%)、>15年181人(48.14%);工作单位为综合性医院199人(52.93%)、社区卫生服务中心/乡镇卫生院(基层医院)177人(47.07%);完成5+3全科医师规范化培训115人(30.59%)、3+2助理全科医师培训19人(5.05%)、全科医师转岗培训222人(59.04%)、完成两种及以上规范化培训11人(2.93%),未完成全科医师规范化培训32人(8.51%)。

2.2.2 全科医师对MUD的看法见表2

表2 全科医师对MUD的看法

项目	数量 百分率	
	人数	%
MUD的诊疗难度		
非常容易	1	0.27
容易	8	2.12
一般	91	24.20
困难	242	64.36
非常困难	34	9.04
MUD的诊疗难度(可多选)		
多主诉	299	79.52
尚无规范的诊疗指南/专家共识	279	74.20
缺乏可靠的辅助检查/评估量表	273	72.61
长病程	266	70.74
治疗手段受限,效果欠佳	264	70.21
全科医师自身业务水平能力有限	218	57.98
患者的情绪	212	56.38
患者对于全科医师的不信任	162	43.09
经济因素	1	0.27

续 表2 全科医师对MUD的看法

项目	数量 百分率	
	人数	%
关于MUD接诊,全科医师需要的培训内容(可多选)		
诊疗思路	355	94.41
指导患者调整生活方式	272	72.34
相关评估量表	268	71.28
对症药物处理	265	70.48
危急症的急救	260	69.15
转诊指征	252	67.02
认知治疗	213	56.65
中医疗法	199	52.93
叙事疗法	169	44.95
音乐疗法	110	29.26
开设MUD门诊是否必要		
非常没有必要	27	7.18
没有必要	16	4.26
无所谓	21	5.59
有必要	169	44.95
非常有必要	143	38.03
全科医师管理MUD的优势(可多选)		
全科医学“以人为中心、家庭为单位,持续性、综合性和个性化的照顾”的医疗特点	341	90.69
社区卫生服务中心的全科医师具有地理优势	305	81.12
MUD患者需要长期管理	304	80.85
有利于长期随访详细了解病情变化	284	75.53
MUD患者在基层所占比重较大	281	74.73
避免过度检查及医疗资源浪费	244	64.89
有利于缓解医患矛盾	207	55.05
共情	1	0.27
全科医师有更全面的诊疗思路	1	0.27
没有优势	3	0.80

由表2可见,半数以上全科医师认为MUD诊疗难度大,其常见的三大原因分别为患者多主诉、尚无规范的诊疗指南/专家共识及缺乏可靠的辅助检查/评估量表。全科医师认为需培训的三大内容分别为MUD的诊疗思路、指导患者调整生活方式及相关评估量表。半数以上全科医师认为有必要开设MUD门诊,全科医师管理MUD的三大优势分别为全科医学“以人为中心、家庭为医院,持续性、综合性和个性化的照顾”的医疗特点、全科医师的地理优势、全科医师便于长期随访管理MUD患者。

2.2.3 全科医师MUD相关诊疗能力自评情况 接受调查的376名全科医师自评的MUD常规诊疗能力平均分为(3.15±0.75)分、急危重症急救处理能力

平均分为(3.11±0.91)分、转诊能力平均分为(3.44±0.91)分。

2.2.4 全科医师对MUD认知度自评情况 接受调查的376名全科医师对MUD的定义认知度平均得分为(3.37±0.88)分、国内外研究进展认知度平均得分为(2.70±0.86)分,相关书籍与指南认知度平均得分为(2.73±0.86)分。

3 讨论

国外调查显示,在一般人群中MUD的发病率为1.6%~87.0%^[7];MUD在初级保健咨询中占40%~49%,在二级保健咨询中约占52%^[8]。国内研究显示,在成人人群中符合MUD的诊断标准者占6.9%^[9]。另有研究显示,MUD的发病率估计占全科就诊人数的3%~20%,并提出全科医师应处于MUD患者管理的核心地位^[10]。本研究对全科医学MUD门诊开展的现况与全科医师对MUD的诊疗能力与认知度进行了初步探索。

本研究首次调查了我国MUD门诊的诊治现况,包括MUD门诊的建设、管理情况与全科医师的诊治情况。研究发现,目前我国MUD门诊以综合性医院全科医学科开设为主,年门诊量低,首诊处理流程与转诊指征设定尚不完善,相关研究成果较少,全科医师对于MUD的认知程度较低。本研究发现MUD年门诊量较低,这可能与患者对MUD接受度不高及全科医师MUD相关能力薄弱相关。因此,需加强MUD的科普宣传,引导此类患者至全科医学科就诊;同时,MUD门诊的建设亦需加强,如完善MUD的首诊处理流程与转诊指征,加强全科医师MUD相关培训内容,提升全科医师对于MUD的认知程度。

本研究发现,MUD尚无规范的诊疗指南/专家共识、缺乏可靠的辅助检查/评估量表为全科医师诊治MUD的两大难点,其可以通过构建MUD数据库、开展MUD相关研究、沉淀临床证据等途径予以完善、解决。因此,建议成立MUD诊疗中心,完善首诊处理流程及设立转诊指征,构建MUD数据库,开展MUD相关研究,探索MUD的病因、诊疗思路及风险评估与管理等内容,为MUD相关的诊疗指南/专家共识、教科书的编撰提供理论依据与循证证据^[4,11,12]。

本次调查结果显示,全科医师对MUD患者的处理以完善检查、随访观察为主,对于急危重症处理能力较差。16家(35.56%)未对全科医师进行MUD

接诊的相关培训。此外,接受调研的全科医师对于MUD的了解程度较低,其中,对于国内外研究进展认知度最低。在全科医师规范化培训阶段,建议开展MUD相关能力的针对性训练,如利用教学门诊,提升住院医师关于MUD的诊疗思路与临床决策能力;在毕业后继续教育阶段,建议增设MUD相关讲座与论坛,交流国内外MUD研究进展,进一步提升全科医师的诊疗能力与科研能力。

本次研究对象以综合性医院为主,基层机构较少,存在一定的选择偏倚。开设MUD的基层机构较少,可能与其全科医师对MUD的认知程度不足和诊疗能力欠缺相关。MUD患者基数大,基层机构开设MUD门诊,有助于引导患者到社区就诊,实现分级诊疗。因此,未来研究也应关注基层机构MUD门诊的开设情况、管理模式与诊治难点。此外,本研究全科医师的MUD诊疗能力及了解程度评估均采用自评打分法,存在主观偏倚,后期研究中可增加客观题等考核内容,以更全面、更客观地评估全科医师的MUD诊疗能力及了解程度。

我国MUD门诊的建设与管理面临多重挑战,主要体现在以下四个方面:门诊量偏低、首诊与转诊流程存在缺陷、相关研究成果有限,以及全科医师的诊疗能力和认知程度不足。医疗机构可通过优化诊疗流程、加强MUD相关研究、深化全科医师对MUD的认知与提升全科医师的诊疗能力等途径,改善MUD门诊的管理与提升患者的治疗效果和就医体验。此外,增强全科医师教育和增加职业发展机会对提高诊疗能力和门诊服务质量至关重要。

参考文献

- 1 潘琦,任菁菁.彰显全科学科标识度:我国MUD领域发展的现状与未来[J].中国全科医学,2023,26(31):3877-3879.
- 2 于德华.全科医学与社区卫生的科研趋向:未来已来[J].中国全科医学,2022,25(34):4227-4231.
- 3 周英达,卓书雄,杨郗,等.社区全科MUD临床路径的实施现状及构建策略研究[J].中国全科医学,2023,26(31):3939-3944.
- 4 孙雨菁,任菁菁,段春翠.我国全科医学教育研究现况与展望:基于CiteSpace的可视化分析[J].中国毕业后医学教育,2023,7(2):113-118.
- 5 周亚夫,方力争,于德华,等.综合医院全科医学科的定位与发展策略[J].中国全科医学,2021,24(13):1581-1584,1591.

(下转第1082页)

换术患者VAS评分有明显效果,但不明显影响患者的认知功能。

参考文献

- 1 张佳雷,张文斌.右美托咪定对罗哌卡因半数有效浓度的影响[J].中华关节外科杂志(电子版),2021,15(2):239-242.
- 2 刘超,陶中龙.小剂量盐酸罗哌卡因联合舒芬太尼用于剖宫产手术的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37(2):111-114.
- 3 侯化梅,华东.罗哌卡因和利多卡因在腹股沟疝手术中的效果对比[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2021,15(1):48-52.
- 4 乔璐,贾梦醒,王立伟,等.罗哌卡因复合地塞米松胸椎旁神经阻滞用于Ivor-Lewis食管癌根治术的效果[J].临床麻醉学杂志,2021,37(6):579-582.
- 5 刘祯庆,姜梦露,季加伟,等.右旋美托咪定复合罗哌卡因在抑制老年上肢手术患者止血带诱发肢体缺血再灌注损伤中的作用[J].中国老年学杂志,2021,41(22):4958-4963.
- 6 李建忠,马世军,易亮,等.盐酸罗哌卡因复合氢吗啡酮腰椎麻醉在剖宫产手术中的应用[J].河北医科大学学报,2021,42(1):66-70.
- 7 谈振华,万仁瑞,钱海,等.罗哌卡因联合地塞米松在胆囊切除术中的应用[J].浙江创伤外科,2021,26(3):582-583.
- 8 王超,叶光磊,徐鑫怡,等.轻比重罗哌卡因复合舒芬太尼在剖宫产术中最佳剂量分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(8):890-893.
- 9 张伟,蔡宁,李元海,等.不同剂量右美托咪定复合罗哌卡因在老年膝关节置换术中的应用效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(8):944-947.
- 10 金卫东,宫延基,黄侃,等.不同剂量重比重罗哌卡因用于双胎妊娠剖宫产腰麻的麻醉效果比较[J].浙江创伤外科,2021,26(5):968-969.
- 11 唐芳,王娟.右美托咪定复合罗哌卡因腹横肌平面阻滞对结直肠癌根治术后镇痛效果的观察[J].蚌埠医学院学报,2021,46(9):1169-1172,1177.
- 12 崔恩惠,孙剑,晏明,等.右美托咪定复合罗哌卡因用于产妇自控硬膜外分娩镇痛效果[J].中国计划生育学杂志,2020,28(11):1816-1820.
- 13 龚友明,吕瑶,张婵,等.不同浓度罗哌卡因腹横肌平面阻滞在肥胖患者上腹部手术中的镇痛效果和安全性[J].中国医药,2021,16(6):917-920.

(收稿日期 2024-01-12)

(本文编辑 高金莲)

(上接第1066页)

- 6 姜铮,刘颖,任菁菁.县级综合医院普通内科门诊MUD就诊情况分析[J].中国全科医学,2023,26(31):3945-3950.
- 7 Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, et al. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review[J]. Ageing Res Rev, 2013, 12(1): 151-156.
- 8 Aller H, Cramer H, Lauche R, et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: A systematic review and meta-analysis of prevalence[J]. Dtsch Arztebl Int, 2015, 112(16): 279-287.
- 9 崔利军,栗克清,江琴普,等.河北省躯体形式障碍的流行病学调查[J].中国健康心理学杂志,2008,16(2):121-123.
- 10 Gol J, Terpstra T, Lucassen P, et al. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care: A qualitative study[J]. Br J Gen Pract, 2019, 69(681): e254-e261.
- 11 何权,姚晨姣.综合医院全科如何引领MUD科学研究?[J].中国全科医学,2023,26(31):3880.
- 12 程小龙,商艳,韩一平.我国全科医学发展的现状与挑战[J].海军军医大学学报,2023,44(7):773-777.

(收稿日期 2024-07-25)

(本文编辑 葛芳君)