

综 述

纤维肌痛综合症的病证结合诊治

马淑惠^{1,2} 戴京璋^{1,2}

(1 北京中医药大学德国魁茨汀医院,德国巴德魁茨汀,93444; 2 北京中医药大学东直门医院,北京,100700)

摘要 纤维肌痛综合征是风湿科常见疾病,严重影响患者生命质量。现结合北京中医药大学德国魁茨汀医院532例原发性纤维肌痛综合征患者临床资料分析和国内外相关文献,病证结合,对本病中医病名、病因病机、治则治法及诊断治疗进展等进行探讨,为充分发挥中医药优势,提高本病临床研究质量提供思路。

关键词 纤维肌痛综合征;病证结合;病因病机;治则治法;诊断标准;弥漫疼痛指数;症状严重程度

Discussion on Treatment of Fibromyalgia Syndrome with Combination of Syndrome and Diagnosis

Ma Shuhui^{1,2}, Dai Jingzhang^{1,2}

(1 German Quizstein Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Kotzting 93444, Germany; 2 Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract Fibromyalgia syndrome (FMS) is one of the common rheumatism diseases which seriously impact the patients' quality of the life. Based on analysis of clinical data and literatures in China and abroad of 532 FMS cases of German Quizstein Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, combining with syndrome and diagnosis, its disease name of TCM, etiology, pathology, treatment principle and method of FMS and development of diagnosis for FMS were discussed, in order to give full play to the advantages of traditional Chinese medicine and improve the quality of clinical research.

Key Words Fibromyalgia syndrome; Combination of disease and syndrome; Etiology and pathology; Principle and method of treatment; Diagnostic criteria; Development of diagnosis; Widespread pain index (WPI); Symptom severity (SS)

中图分类号:R241;R242;R593 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.03.058

纤维肌痛综合征(Fibromyalgia Syndrome, FMS)是一种原因不明的以全身广泛性疼痛和明显躯体不适为主要特征的临床综合征,常伴有疲劳、睡眠障碍、晨僵及抑郁、焦虑等症状。是继“骨关节炎”之后,在风湿科门诊中居第2位的疾病,临床发病率高,对患者的生活和工作影响较大^[1]。其病因尚不甚明了,有研究提出可能与基因、环境因素及心理与行为因素有关^[2-3]。目前国内对本病重视不够,诊断率低^[4]。因此有关专家呼吁应加强对本病诊治临床研究^[5]。现基于对北京中医药大学德国魁茨汀医院532例原发性FMS患者临床诊治资料分析,结合国内外相关文献,从病因学、症状学入手,对本病中医病名、病因病机、治则治法及诊断进展等方面进行探讨,以期对提高本病临床疗效有所裨益。

1 中医病名

中医内科疾病命名方法或以症状,如咳嗽、眩晕;或以体征,如:水肿、臃胀;或以病位结合主症,如:头痛、腰痛;或以病机:如厥证、郁证;或以病因:如虫证、中风等等。

FMS临床以周身广泛性肌肉疼痛为主要表现,因此目前中医药相关报道对其多以“痹证”“周痹”“气痹”等名之。《素问·痹论》指出:“风寒湿三气杂至,合而为痹。其风气胜者为行痹;寒气胜者为痛痹;湿气胜者为着痹。”又因感邪季节不同而分为“骨痹、筋痹、脉痹、肌痹、皮痹”等。《灵枢·周痹》载:“周痹者,在于血脉之中……风寒湿气,客于外分肉之间……”“此内不在藏,而外未发于皮,独居于分肉之间,真气不能周,故命曰周痹。”《中藏经·论痹》中有“气痹”之名,“大凡风寒暑湿之邪……入于肺,则名气痹”。随后的《气痹论》中又说“气痹者,愁忧思喜怒过多,则气结于上……壅而不散则痛,留而不聚则麻”。以上诸痹之论述均以疼痛为主症,与纤维肌痛主要临床表现相同。尤其是“周痹”所论之病变部位与纤维肌痛尤近;从“气痹”之名来看,与纤维肌痛病因相似,但上述所有立论均以风寒(暑)湿等外邪入侵为发病之前提,与临床实际观察情况相异。另有依据本病患者伴有抑郁、焦虑等精神症状而从“郁证”论治者^[6-7],与本病主症相去甚

远,亦有失偏颇。

对 532 例 FMS 住院患者的病因调查显示:411 例(77.3%)因家庭、工作或经济问题困迫而发病。疑与感受风、寒、湿等外邪相关者 121 例,仅占 22.7%,与传统“痹证”所论有异。从症状学角度看,患者均有多部位、广泛性、不同程度的肢体疼痛,虽符合中医学“痹证”描述;但患者疲乏、抑郁或焦虑、睡眠障碍等身心症状突出,又与“痹证”不同。如仅从“郁证”论之,又与主症不符。故认为本病病因多样,病机复杂,症状繁多,难于与传统中医学之中的单一病名相对应,从其多因情志不舒而发病,并因郁致痛和痹郁证候同见的临床特点而言,病因与病证结合,冠之以“郁痹”,似较妥当。

2 病因病机

如前所述,本病大多数患者或为家庭问题所扰,如夫妻不和,与子女关系紧张等;或为工作问题所累,如工作紧张、压力大、失业、同事关系差等;或为经济问题所困,忧愁思虑悲伤恐惧,日久难解,故而发病。如《素问·举痛论》所说:“百病生于气也。”“思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结矣。”《灵枢·本神》也说:“愁忧者,气闭塞而不行。”肝主疏泄,情志久异,肝失调达,气机失畅。气为血帅,气滞则血瘀,气血凝滞,血脉不通,遂生疼痛。肝郁气结,伤及脾胃,生化乏源,气血亏虚,神无所养;忧思过度,阴血暗耗,血不养心,心神不宁;肝郁日久,生热化火,或脾虚生痰,痰热扰动心神等均可导致睡眠障碍,出现入睡困难、睡眠不实、易醒早醒、多梦等临床表现。所愿不遂,思虑愁忧,劳伤心脾,气血难生;眠差日久,积劳难复等必使患者疲乏渐重,不耐劳作。正如朱丹溪《丹溪心法·六郁》所说:“气血冲和,万病不生。一有怫郁,诸病生焉。”

概而言之,忧思过度,情志不舒当为本病主要病因;气机壅滞,脉络瘀阻,心脾两虚,神失所养是导致本病肢体疼痛、抑郁焦虑、睡眠失宜、神疲乏力等主症出现的病理结果。气血亏耗,肝郁化火,痰湿内生,劳而不复等为导致病情加剧和循环往复的病理机转;肝、心、脾诸脏为主要病变脏腑。而风、寒、湿等外邪侵袭等仅是部分病例发生的诱因或加剧因素。

3 中医治疗

对于本病的治疗,欧美各国均主张药物与非药物疗法的结合。国外学者对 1955 年至 2014 年 3 月关于纤维肌痛症荟萃分析文献和循证治疗指南的回顾及加拿大疼痛学会最新循证治疗指南,提出本病的最佳治疗途径是整合三环类抗抑郁等药物和患者

教育、认知行为等非药物治疗方法的结合,并鼓励患者积极参与其中^[8-9]。

中华医学会风湿病学分会的治疗指南提出本病应由风湿科、神经科、医学心理科、康复科及疼痛科等多学科共同参与制定治疗方案,针对不同个体采取以抗抑郁药物为主,辅以宣教、认知行为、水浴、需氧运动等非药物疗法联合治疗^[1],与前述国外观点相同。但西医学治疗中的药物不良反应等问题尚难克服和解决。

当前中医药界对本病病机认识不一,或中药,或针灸,或推拿,或诸法结合,治法不尽相同^[10-11]。我们认为,本病因“郁”而发,由“郁”致“痹”百症丛生,故治之当从“郁”始。《素问·六元正纪大论》言治“郁”之法云:“木郁达之,火郁发之,土郁夺之……”此外,FMS 症状繁多,虚实交错,涉及脏腑广泛,病机复杂。诸多因素互为因果,互相影响,病情循环往复,治疗棘手,须辨病辨证相结合。当视主症之先后缓急,证候表现之虚实,病变脏腑之所在,气血亏耗与瘀滞之轻重,而分别以调畅气血,通经活络,益气祛湿,化痰清热,安神定志等为治则,综合应用中药、针灸等进行施治。我们选用柴胡、黄芩、当归、郁金、黄芪、桂枝、鸡血藤、络石藤、远志、合欢皮等为主药,随证加减;以背俞穴为主行以针刺,“从阴引阳,从阳引阴。以右治左,以左治右”。畅气机,通经脉,止痹痛,健脾气,祛痰湿,助化源,生气血,定心神。内外兼顾,扶正祛邪,治病求本。达改善肝心脾诸脏功能,阻止病情发展,促进身心健康恢复之功效。

4 诊治进展与展望

原发性 FMS 是引起慢性广泛性肌肉疼痛的最常见原因之一,病因尚不明确。该病以周身弥漫性疼痛,伴疲劳、睡眠障碍及抑郁、焦虑等明显躯体不适为主要特征。1904 年,William Gowers 在对部分患有腰痛患者的描述时首次提出“纤维炎”的概念。20 世纪 70 年代 Smythe 等发现“纤维炎”患者具有一些特定压痛部位并可伴有睡眠障碍。1990 年美国风湿病学会基于多中心临床研究结果,将“纤维炎”更名为“纤维肌痛综合征(FMS)”,并首次发布其分类诊断标准^[12],并广为接受。由于 FMS 患者没有实验室、影像学等异常,故该标准以全身出现持续性广泛性疼痛 3 个月以上;且以拇指用 4 kg/cm² 压力按压,18 个痛点中至少 11 个有压痛为标准进行诊断,其意义在于将 FMS 从其他广泛性疼痛患者区分了出来。但如缺乏训练,临床中对压痛点的确认有一定难度,从而导致诊断的误判^[4]。

随着对 FMS 认识的深入和临床实践中不断出现的问题,2010 年美国风湿病学会发布了新的诊断标准^[13]。此后,为便于流行病学调查和临床研究 2011 年又发表了修订标准^[14]。1) 弥漫疼痛指数 (WPI:总分 0~19) >7 和症状严重程度 (SS:总分 0~12,包括疲劳、醒后萎靡不振、认知症状及其他躯体症状等) 积分 >5;或 WPI3-6 和 SS 积分 >9;2) 症状持续相同水平 3 月以上;3) 以上患者没有其他疾病可解释其疼痛为标准进行诊断。此与 1990 年标准相比有了巨大变化,不再仅仅关注疼痛及压痛点,更强调了全身性非疼痛性症状在诊断中的重要性,使该病变成了以全身症状为基础的疾病,与中医学“整体观”更趋一致^[12]。且更加适合临床实际掌握与运用,从而提高了诊断准确率。

根据既往报道,本病发病率为 2%~8%^[15-16],且有不断的增加趋势。同时,该病也常见于风湿科门诊,在新就诊患者中仅次于 OA 和 RA^[17-19],居第 3 位;患者中女性明显高于男性^[5,20-21]。国内目前尚无确切流行病学资料^[1]。

在北京中医药大学德国魁茨汀医院诊治的 532 例纤维肌痛患者均经德国各地医院确诊,除了全身性骨关节炎、多发性肌炎、风湿性多肌痛、类风湿性关节炎或其他结缔组织疾病。并经长期止痛及抗抑郁药物和(或)疼痛专科医院治疗无效而来求诊。532 例患者占住院总人数的 7.2%,男女之比为 1:8,伴疲劳 446 例 (83.8%),抑郁、焦虑 431 例 (81.0%),睡眠障碍 413 例 (77.6%),与上述报道相符。

396 例依 1990 年标准诊断,通过对治疗前后疼痛程度、压痛点、临床症状体征及止痛药物剂量变化的观察,总有效率为 68.7%^[22]。目前按 2010 年标准诊断,总结以针刺背俞穴为主,针药结合治疗本病 136 例(文章待发表),观察治疗前后弥漫疼痛指数 (WPI);和症状严重程度 (SS) 积分;止痛、抗抑郁药物用量及其他临床症状变化,总有效率为 69.9%。

该观察统计数据是对德国 FMS 患者的治疗结果,因地域、人种及生活环境与习惯等的不同,是否与国内患者情况相同尚待总结比较。鉴于本病的高发病率及对患者生命质量的严重影响,迫切需要提供安全、有效的治疗方法,以帮助患者解除痛苦。中医药在镇痛、改善睡眠障碍、缓解抑郁等方面的优势和针灸、中药等治疗本病显示的良好疗效^[22-23],使得患者更乐于接受针灸及天然药物等治疗方法,显示了良好前景。

目前按照 2010 年新的诊断标准进行中医药临床研究的报道尚少,既往报道中存在疗效评定标准不一,循证依据不足,缺乏前瞻性、多中心、随机对照观察研究等诸多不足。为此我们认为应针对本病身心俱损的特点和临床研究中的缺陷,辨证结合,并通过整合中药、针灸、推拿、情志养生与调理、气功锻炼及疼痛部位与经穴关系探讨等中医学方法,采取多学科,多途径,多手段综合治疗,精心设计,深入研究,以期充分发挥中医药特色与优势,提高本病临床水平与疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 纤维肌痛综合征诊断和治疗指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(8): 559-561.
- [2] Kim SK, Kim SH, Nah SS, et al. Association of guanosine triphosphate cyclohydrolase 1 gene polymorphisms with fibromyalgia syndrome in a Korean population [J]. J Rheumatol, 2013, 40(3): 316-322.
- [3] Gupta A, Silman AJ, Ray D, et al. The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study [J]. Rheumatology (Oxford), 2007, 46(4): 666-671.
- [4] 贾园. 从新老分类标准的演变看纤维肌痛综合征诊断进展及所面临的挑战 [J]. 中华风湿病学杂志, 2015, 19(2): 73-75.
- [5] 田新平, 唐福林. 应重视纤维肌痛综合征的临床研究 [J]. 中华医学杂志, 2004, 84(9): 712-713.
- [6] 王晓东, 于慧敏. 张凤山教授治疗纤维肌痛综合征经验 [J]. 中医药信息, 2012, 29(3): 51-53.
- [7] 赵清燕. 针灸配合越鞠汤治疗纤维肌痛综合征 [J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(2): 16-17.
- [8] Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome [J]. Ann Rheum Dis, 2008, 67(4): 536-541.
- [9] Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review [J]. JAMA, 2014; 311(15): 1547-1555.
- [10] 高玉忠. 纤维肌痛综合征中医分型论治探讨 [J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(9): 32-33.
- [11] 高翔, 杜元灏, 黎波, 等. 针刺对照西药治疗纤维肌痛综合征疗效比较的系统评价 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2010, 16(2): 112-114.
- [12] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee [J]. Arthritis Rheum, 1990, 33(2): 160-172.
- [13] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity [J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2010, 62(5): 600-610.
- [14] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia [J]. J Rheumatol, 2011, 38(6): 1113-1122.
- [15] Wolfe F, Ross k, Anderson J, et al. The prevalence and characteris-

tics of fibromyalgia in the general population [J]. *Arthritis Rheum*, 1995, 38(1):19-28.

[16] McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain [J]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007, 21(3):403-425.

[17] Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project [J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2013, 65(5):786-792.

[18] McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain [J]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007, 21(3):403-425.

[19] White KP, Speechley M, Harth M, et al. Fibromyalgia in rheumatology practice: a survey of Canadian rheumatologists [J]. *J Rheumatol*, 1995, 22(4):722-726.

[20] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia [J]. *J Rheumatol*, 2011, 38(6):1113-1122.

[21] Jones GT, Atzeni F, Beasley M, et al. The prevalence of fibromyalgia in the general population; a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria [J]. *Arthritis Rheumatol*, 2015, 67(2):568-575.

[22] 郭俊海, 戴京璋, 王军, 等. 中医药综合治疗原发性纤维肌痛综合征 396 例临床观察 [J]. *北京中医药大学学报*, 2009, 32(4):278-279.

[23] 蒋振亚, 李常度, 邱玲, 等. 针罐药结合治疗纤维肌痛综合征: 多中心随机对照研究 [J]. *中国针灸*, 2010, 30(4):265-269.

(2017-11-20 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

第二届世界中医翻译大赛启事

中医药国际传播学术研究和实践活动取得了丰硕的成果, 为进一步弘扬中华优秀传统文化, 推进中医药国际化进程, 在首届世界中医翻译大赛的基础上, 世界中医药学会联合会(翻译专业委员会、翻译中心)正式举办“第二届世界中医翻译大赛”。

指导单位: 国家中医药管理局国际合作司、中国翻译协会、中国翻译研究院

主办单位: 世界中医药学会联合会(翻译专业委员会、翻译中心)
承办单位: 广州医科大学

支持单位: 《中国翻译》杂志社、《英语世界》杂志社、《世界中医药》杂志社

赛程:

1. 2018 年 1 月发布大赛启事及原文, 2018 年 7 月公布比赛结果。大赛启事及原文见诸以下媒体: 世界中医药学会联合会官方网站 (<http://www.wfcms.org/>)、世界中医药学会联合会微信公众平台(微信号:

wfcms2003)、世界中联翻译专业委员会网站 (www.wfcmfanyi.cn)、《中国翻译》2018 年第一期、《英语世界》2018 年第一期及微信公众平台(微信号: theworldofenglish), 以及广州医科大学网站和多家中医院校网站等。

2. 参赛投稿截止时间: 北京时间 2018 年 4 月 30 日 24 时。

3. 大赛将组织初评、复评和终评三个程序, 最后将聘请知名中医翻译专家进行评审, 确定获奖人员。

4. 大赛规则由主办方负责解释并承担相关的权利和义务。

参赛规则:

1. 本届大赛为汉译英笔译。

2. 参赛者国籍、年龄、性别、学历不限。

3. 参赛译文须独立完成, 不接受合作译稿。

4. 仅第一次投稿有效, 不接受修改后的再投稿件。

5. 大赛采取匿名评审, 译文中任何地方出现个人信息, 即视为废稿。

6. 只接受电子版投稿, 不接受纸质投稿。

7. 在大赛截稿之日前, 请妥善保存参赛译文, 勿在报刊、网络等任何媒体上或以任何方式公布, 违者取消参赛资格并承担由此造成的一切后果。

8. 参赛译文一经发现抄袭或雷同, 即取消涉事者参赛资格。

9. 参赛者投稿即视为其本人同意和自愿遵守本启事的各项规定。

奖项设置:

1. 设置一等奖 1 名, 二等奖 2 名, 三等奖 3 名, 优秀奖若干名。

2. 一、二、三等奖颁发证书、奖金和奖品, 优秀奖颁发证书和奖品。

参赛费用:

1. 参赛者需缴纳参赛费 80 元, 不缴纳参赛费的稿件无法进入评审程序。

2. 请通过银行转账支付参赛费用(账户名称: 世界中医药学会联合会; 账号: 110060971018002604480118; 开户行: 交通银行北京育惠东路支行)

3. 请在转账附言栏写明“XXX(姓名)参赛费”。参赛投稿姓名无法在转账附言栏所留姓名中查到者, 所投稿件无法进入评审程序。投稿邮箱及要求:

1. 参赛译文及个人信息于截稿日期前以附件形式发送至电子邮箱: wfcmstrans@vip.163.com。

2. 邮件主题: 第二届世界中医翻译大赛。

3. 个人信息: 文件名“XXX 个人信息”, excel 格式, 附件发送, 项目如下:

姓名性别年龄单位/学校地址邮编手机 Email

4. 参赛译文: 文件名为“XXX 参赛译文”, word 格式, 附件发送。

5. 参赛译文格式: Times New Roman, 黑色, 小四号, 1.5 倍行距, 两端对齐。译文每段之前请添加编号^[1]、^[2]、^[3]……(如原文所示)。

6. 参赛译文中请勿留下任何个人信息, 否则匿名评审过程中将被提前淘汰。

联系方式:

为办好本届翻译大赛, 保证此项赛事的公平、公正、透明, 特成立大赛组委会, 负责整个大赛的组织、实施和评审工作。组委会办公室设在世界中医药学会联合会翻译中心。

1. 世界中联翻译中心联系人: 邹建华、周阿剑、刘子宁

电话/传真: (010)58650357、(010)58650309

地址: 北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 511 室

邮编: 100101

2. 世界中联翻译专业委员会秘书处联系人:

张斌 13301780881(上海), 单宝枝 13661626696(上海)

邮箱: set_wfcms@vip.sina.com(非投稿邮箱)

地址: 中国上海市徐汇区桂林路 100 号, 上海师范大学外国语学院

备注: 第二届世界中医翻译大赛原文于世界中医药学会联合会官网“通知公告”<http://www.wfcms.org/menuCon/contdetail.jsp?id=8283> 下载