

· 标准与讨论 ·

中国纤维肌痛综合征诊疗指南

中华中医药学会风湿病分会 海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会 纤维肌痛综合征中西医研究学组 首都中西医结合风湿免疫病研究所

通信作者: 姜泉, 中国中医科学院广安门医院风湿病科, 北京 100053, Email: doctorjq@126.com; 黄慈波, 深圳大学附属华南医院风湿免疫科, 深圳 518061, Email: huangcibo1208@139.com; 曾小峰, 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院风湿免疫科, 北京 100730, Email: zengxfpumc@163.com

【摘要】 纤维肌痛综合征(FMS)是一种临床常见疾病, 目前我国尚缺少大样本的流行病学数据, 临床诊治亦存在诸多难点, 制订我国FMS的诊疗指南势在必行。中华中医药学会风湿病分会、海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会纤维肌痛综合征中西医研究学组、首都中西医结合风湿免疫病研究所联合牵头发起, 采用推荐意见分级的评估、制订及评价(GRADE)分级体系及国际实践指南报告标准(RIGHT), 对我国一线医师关注的FMS的11个临床问题, 给出了较为详细的循证推荐意见, 旨在推动风湿免疫科、心理科、疼痛科等相关科室高度重视FMS的综合管理及早期识别与干预, 早筛查、早评估、早治疗, 提高患者的生活质量。

【关键词】 纤维肌痛; 诊断; 治疗; 指南

Chinese recommendations for the management of fibromyalgia syndrome

China Association of Chinese Medicine Rheumatology Society, Fibromyalgia Research Group of Traditional Chinese and Western Medicine in Rheumatology and Immunology, Capital Institute of Rheumatology and Immunology of Integrated Chinese and Western Medicine

Corresponding authors: Jiang Quan, Department of Rheumatology, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China, Email: doctorjq@126.com; Huang Cibo, Department of Rheumatology, South China Hospital of Shenzhen University, Shenzhen 518061, China, Email: huangcibo1208@139.com; Zeng Xiaofeng, Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Peking Union Medical College Hospital, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China, Email: zengxfpumc@163.com

【Abstract】 Fibromyalgia syndrome (FMS) is a common clinical syndrome. At present, the lack of epidemiological data from large-sample studies in our country persists, and there are many difficulties in diagnosis and treatment. It is imperative to formulate diagnosis and treatment guidelines for FMS in our country. As such, a project was jointly initiated by the China Association of Chinese Medicine Rheumatology Society, the Fibromyalgia Research Group of Traditional Chinese and Western Medicine in Rheumatology and Immunology, and the Capital Institute of Rheumatology and Immunology of Integrated Chinese and Western Medicine, which adopted the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation grading system and the Reporting Items for Practice Guidelines in Health Care for guideline development. Detailed evidence-based recommendations on 11 clinical problems of FMS that concern Chinese first-line physicians are given in the guideline, aiming to encourage the departments of rheumatology, psychology, pain, and other related departments to attach great importance to the comprehensive management, early identification and intervention, and assessment of FMS to improve the quality

DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20220602-00426

收稿日期 2022-06-02 本文编辑 胡朝晖

引用本文: 中华中医药学会风湿病分会, 海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会 纤维肌痛综合征中西医研究学组, 首都中西医结合风湿免疫病研究所. 中国纤维肌痛综合征诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2023, 62(2): 129-146. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20220602-00426.



of life of patients with FMS.

[Key words] Fibromyalgia; Diagnosis; Treatment; Guideline

纤维肌痛综合征(fibromyalgia syndrome, FMS)

亦称纤维肌痛症,是以慢性弥漫性疼痛、睡眠障碍或无恢复性睡眠、疲劳和认知障碍为核心症状,亦常伴有身体僵硬、感觉异常等躯体症状和焦虑、抑郁等心理症状的一种疾病^[1-2]。

FMS 的患病率约 1.3%~8%^[3-4],各个年龄段均可发病,高发年龄为 40~60 岁,女性明显多于男性,为 2:1~7:1^[2,5],是仅次于骨关节炎的第二大风湿性疾病^[6],且随年龄增长患病率呈增长趋势^[7-8]。FMS 严重影响患者的生活质量,与类风湿关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮等风湿性疾病及慢性阻塞性肺疾病、心力衰竭比,FMS 患者的生活质量显著下降^[9-13]。

目前我国尚缺少 FMS 大样本的流行病学数据,临床诊断亦存在诸多难点,近期国内报道显示,90% 的 FMS 患者在首次就诊时并未获得 FMS 的诊断^[14],首次确诊平均延迟 2 年^[15],提示在我国 FMS 极易漏诊。FMS 小样本流行病学调查显示,与国外 FMS 比,我国 FMS 患者临床症状程度可能较轻^[14],增加了诊断和鉴别诊断的难度。

FMS 在中医古籍中无相应的病名记载,中医对疾病的命名方式主要根据症状、病因、病机、病位等多种方法,由于 FMS 症状谱复杂,患者的主诉差异较大,依据其临床表现,对 FMS 的命名曾用“周痹”^[16]、“肝痹”^[17]、“筋痹”^[18]、“气痹”^[19]和“肌痹”^[20]等论之。2018 年,经中华中医药学会风湿病分会组织业内专家论证,在国家中医药管理局中医优势病种《纤维肌痛症中医临床路径和诊疗方案》中采用了“筋痹”的中医病名。

为进一步提高对 FMS 的重视,更有效地指导医生对 FMS 进行规范管理,中华中医药学会风湿病分会、海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会纤维肌痛综合征中西医研究组、首都中西医结合风湿免疫病研究所遵循国际指南制订方法和步骤,基于当前最佳证据,联合心理学科专家,制订本指南,旨在推动风湿免疫科、心理科、疼痛科、神经科等相关科室高度重视 FMS 的综合管理和早期 FMS 症状的识别与干预,早筛查、早评估、早治疗,从而提高患者的生活质量。

指南形成方法

一、指南发起机构与专家组成员

本指南由中华中医药学会风湿病分会、海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会纤维肌痛综合征中西医研究组联合牵头发起,兰州大学循证医学中心/兰州大学 GRADE 中心提供方法学支持,立项时间为 2020 年 9 月,定稿时间为 2022 年 3 月,发布时间 2023 年 2 月,标准号 T/CACM1432-2023

二、指南制订工作组的组建

本指南制订工作组包括首席专家、指导委员会、工作组、证据评价组、执笔组,各小组涵盖了风湿免疫学、心理学学科。证据检索和评价由兰州大学循证医学中心/兰州大学 GRADE 中心和中国中医科学院广安门医院完成。所有专家均填写了利益声明表,不存在与本指南直接的利益冲突。

三、指南注册与计划书撰写

本指南已在国际实践指南注册平台 (International Practice Guidelines Registry Platform, <http://www.guidelines-registry.org>) 注册,注册号为 IPGRP-2020CN160,中华中医药学会风湿病分会遵循国际指南制订方法和步骤,基于当前最佳证据,联合心理科相关科室,制订本指南。本指南的方法与制订遵循世界卫生组织于 2014 年发布的《世界卫生组织指南制定手册》^[21],在现有最佳证据的基础上,充分结合专家经验及患者偏好,基于疾病自身特点及临床实际情况进行编制,并参考国际实践指南报告规范^[22] (reporting items for practice guidelines in healthcare, RIGHT)。

四、指南适用范围

本指南旨在规范 FMS 的临床诊断、评估、治疗及调养护理,为从事风湿病诊疗工作的各级别医院及社区诊疗中心的中医医师、中西医结合医师、西医医师、社区全科医师及护理人员等提供 FMS 标准化处理策略与方法,全面提高 FMS 的临床疗效和科研水平,促进与国际交流。指南推荐意见的目标人群为 FMS 患者。

五、临床问题的遴选与确定

在调查国内外 FMS 相关指南及系统评价的基础上,通过邮件形式邀请指南工作组专家基于其临床



经验,提出不少于10个其最关注、且需要在本次指南中给出回答的临床问题,指南执笔组整理、合并表述相近或内涵相似的临床问题后,形成了包含32个临床问题的原始列表。通过对这32个临床问题的重要性进行打分,由指南工作组讨论,指南指导委员会审定,最终遴选出本指南拟解决的11个临床问题。

六、证据的检索

证据评价组依据人群、干预、对照、结局(population, intervention, comparison, outcome, PICO)原则对最终纳入的11个临床问题进行解构,按主题词和自由词相结合的方式进行检索,以“纤维肌痛、纤维性肌痛、纤维组织肌痛、纤维织炎、纤维组织炎、肌肉风湿病、风湿病多肌痛、肌筋膜疼痛综合征、肌筋膜疼痛综合症、筋痹”的疾病名称检索词及“中医、中药、中成药、传统医学、祖国医学、草药、针灸、针药、针刺、电针、三棱针、梅花针、耳穴、艾灸、灸法、推拿、按摩、拔罐、刮痧、太极、八段锦、六字诀、五禽戏”的干预措施检索词在万方数据知识服务平台、中国知网、中国生物医学文献服务系统进行检索;以“Fibromyalgia [MeSH Terms]”、“Fibromyalgias, Fibrosis, Fibrositides, Fibromyalgia-Fibromyositis, Fibromyositis-Fibromyalgia, Muscular Rheumatism, Rheumatism myopathy, Myofascial Pain Syndrome, Muscular rheumatism, Rheumatic polymyalgia, Jin Bi”的疾病名称检索词及“Chinese medicine[MeSH Terms]”、“Medicine Chinese Traditional, TCM, Chinese herbal medicine, Chinese medicinal herb, Chinese patent medicine, Chinese patent drug, Acupuncture, Acupunctures, acusector, moxibustion, moxa-wool, massage, tuina therapy, cupping, scrapping, Gua Sha, the Great ultimate, Tai Ji, Tai Chi, BaDuanJin, Eight Brocades, LiuZi Jue, six-character formula, five-animal exercises”的干预措施检索词在PubMed、Cochrane Library、EMBASE、Web of Science进行检索。检索时限均为建库至2020年10月,检索FMS临床治疗相关的系统评价、Meta分析和随机对照试验(RCT)。每个临床问题均由两位证据评价组成员按照题目、摘要和全文的筛选顺序独立逐级筛选文献并核对,如存在分歧,则通过讨论或咨询第三方解决。

七、证据的评价与分级

使用系统评价偏倚风险评估工具2^[23-24](measurement tool to assess systematic reviews 2, AMSTAR 2)对系统评价和Meta分析进行偏倚风险评

估;使用Cochrane偏倚风险评估工具^[25](risk of bias, ROB;针对RCT)、纽卡斯尔-渥太华量表^[26](Newcastle-Ottawa scale, NOS;针对队列研究和病例对照研究)、加拿大卫生经济研究所量表^[27](institute of health economics, IHE;针对病例系列和病例报告)等评价工具对相应类型的原始研究进行方法学质量评价。评价过程由两位证据评价组成员独立完成,如存在分歧,则通过共同讨论或咨询第三方协商解决。

证据评价组使用推荐意见分级的评估、制订及评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)的方法对证据质量和推荐意见强度进行分级,推荐意见强度分为高、中、低和极低四级,推荐意见强度分为强推荐和弱推荐(表1)。对目前暂无证据支持的推荐意见,则依据指南工作组临床经验予以投票,结果超过75%形成最终的共识建议。

表1 证据质量和推荐意见强度分级

项目	内容
证据质量分级	
高(A)	非常有把握:观察值接近真实值
中(B)	对观察值有中等把握:观察值有可能接近真实值,但亦有可能差别很大
低(C)	对观察值的把握有限:观察值可能与真实值有很大差别
极低(D)	对观察值几乎无把握:观察值与真实值可能有极大差别
推荐意见	
强推荐(1)	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐(2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

八、推荐意见的形成

指南工作组基于证据评价组提供的证据列表,同时考虑我国患者的偏好与价值观、干预措施的成本和利弊平衡后,提出了16条推荐意见。随后在指南线上工作讨论会上,由指南执笔组介绍了结果和初步意见,通过讨论结合线上问卷调查的形式,对16条推荐意见达成共识,共40位专家填写了问卷。2022年3月初,指南执笔组以邮件、微信的形式向从事风湿病诊疗工作的各级别医疗机构及风湿专业相关教育机构等本指南起草组以外的35位行业人员发送了本指南的“征求意见稿”,经过为期3周的意见征询,共回收来自全国15个省市、27家单位的32位专家的91条反馈建议,并于2022年3月底对指南进行再次核实与修改。

九、指南的更新

计划在3~5年内按照国际指南更新要求的方



法对本指南的推荐意见进行更新。

指 南

问题 1: 如何诊断 FMS

推荐意见 1: 依据 1990 年或 2016 年美国风湿病学会发布的 FMS 分类/诊断标准进行诊断(1C)

对临床表现不典型的疑似 FMS 者,建议转诊至风湿免疫科进行协助诊断(专家共识建议)

FMS 患者主要临床表现为全身弥漫性关节肌肉疼痛及多种非特异性伴随症状,如睡眠障碍、疲劳、外周压痛点、认知障碍、头痛、晨僵、寒冷不耐受、肠易激惹症状、膀胱易激惹症状,以及心悸胸痛等^[28],抑郁的发生率为 20%~40%(患者一生中抑郁症的发生率为 58%~71%)^[29]。FMS 的全身弥漫性疼痛须符合慢性疼痛的特点,即疼痛至少持续 3 个月以上。1990 年美国风湿病学会制定的 FMS 第一版分类标准中,特定部位压痛阳性是重要内容,FMS 病情变化对这些阳性压痛点的影响有限^[30]。由于 1990 版的 FMS 分类标准中压痛点检测不便,2010 年,为降低其难度,同时提高对疼痛以外 FMS 核心症状的重视,美国风湿病学会发布了新版 FMS 诊断标准,根据 FMS 主要临床表现组成的量表评分即可作出诊断,包括评估疼痛弥漫程度的普遍疼痛指数(wide spread pain index, WPI)和主要症状严重程度的症状严重性评分(symptom severity score, SSS;由认知障碍、无恢复性睡眠、疲劳症状的严重程度评分及躯体症状数量评分组成)^[31]。此后,Wolfe 等^[32]学者分别于 2011 年和 2016 年对美国 2010 年版诊断标准进行了两次修订,主要对躯体症状数量评分进行了适当简化及躯体疼痛部位进行了区域划分。目前尚无我国针对 FMS 量表法诊断标准的本土化验证的相关研究报道,但在亚洲,日本于 2013 年报道了 Wolfe 等^[32]的 2011 修订版标

准的本土化验证的敏感度为 83%,特异度为 91%^[33]。韩国于 2019 年报道了 Wolfe 等^[32]的 2016 修订版标准的本土化验证的敏感度为 93%,特异度为 91%^[34]。因此在采用量表法诊断时,建议首选 Wolfe 等^[32]的 2016 修订版分类标准。

风湿免疫科的误诊率最低。曾有国内报道,87.6%(113/129)的 FMS 患者在首诊中被误诊,其所就诊的医疗机构或专科类别中,个体诊所约占 49%,药店坐诊医生约占 30%,医院其他科室约占 16%,风湿免疫科门诊约占 5%^[35]。因此,当 FMS 筛查工具——纤维肌痛症状量表(fibromyalgia severity, FS)≥13 分的疑似 FMS 者,建议转诊至风湿免疫科进行协助诊断。

1.1990 年美国风湿病学会 FMS 分类标准:

- (1)持续 3 个月以上的全身性疼痛[全身性疼痛,即分布于躯体两侧、腰的上下部及中轴(颈椎、前胸、胸椎或下背部)等部位的广泛性疼痛];
- (2)18 个压痛点中至少有 11 个部位疼痛。

同时满足上述两个条件者即可诊断 FMS。如继发于各种风湿病(如骨关节炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等)及非风湿病(如甲状腺功能低下、恶性肿瘤等),诊断为继发性 FMS,否则诊断为原发性 FMS。

18 个(9 对)压痛点的部位是:枕骨下肌肉附着点处两侧;两侧斜方肌上缘中点;第 5~7 颈椎横突间隙前面的两侧;两侧肩胛棘上方近内侧缘的起始部;两侧肱骨外上髁远端 2 cm 处;两侧第 2 肋骨与软骨交界处的外上缘;两侧臀部外上象限,臀肌前皱襞处;两侧大转子后方;两侧膝内侧脂肪垫关节皱褶线的内侧。检查方法:用拇指按压,按压力约为 4 kg/cm²,使拇指指甲变白,恒定压力几秒钟;同时使用相同的方法按压前额中部、前臂中部、手指中节指骨、膝关节内外侧等部位作为参照点,以排除伪痛。

2.2016 年美国风湿病学会制定的 FMS 诊断标准:

- (1)WPI:标记出患者在既往 1 周出现疼痛的部位,得分为____分(每个部位计 1 分,分值范围 0~19 分)。

区域 1: 左上部位		区域 2: 右上部位		区域 5: 中轴部位	
左下颌	<input type="checkbox"/>	右下颌	<input type="checkbox"/>	颈部	<input type="checkbox"/>
左肩胛带区	<input type="checkbox"/>	右肩胛带区	<input type="checkbox"/>	背部	<input type="checkbox"/>
左上臂	<input type="checkbox"/>	右上臂	<input type="checkbox"/>	腰部	<input type="checkbox"/>
左前臂	<input type="checkbox"/>	右前臂	<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>
区域 3: 左下部位		区域 4: 右下部位		腹部	<input type="checkbox"/>
左髋部(臀区,大转子)	<input type="checkbox"/>	右髋部(臀区,大转子)	<input type="checkbox"/>		
左大腿	<input type="checkbox"/>	右大腿	<input type="checkbox"/>		
左小腿	<input type="checkbox"/>	右小腿	<input type="checkbox"/>		

注:以上 5 个区域中(不包括下颌、胸部和腹部),有____个区域存在疼痛



(2)SSS: 总得分为____分(分值范围0~12分)。

①患者在既往1周下述症状的严重程度,得分为____分(分值范围0~9分)

	无	轻度	中度	重度
疲劳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
认知症状(思考能力或工作效率或运算能力或记忆力下降)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡醒后仍觉疲乏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注: 无为0分; 轻度为轻微的、间歇出现, 1分; 中度为明显的、经常出现并/或是中等程度, 2分; 重度为连续出现, 影响生活, 3分

②患者在既往去6个月中, 是否受下述症状困扰, 得分为____分(分值范围0~3分)。

	是	否
头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下腹疼痛或绞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心情压抑或忧郁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注: 是为1分; 否为0分

FMS的诊断与其他疾病的诊断无关, 并不排斥其他疾病的存在, 同时满足下述3条标准即可诊断:

- (1)WPI≥7且SSS≥5; 或WPI4~6且SSS≥9;
- (2)必须存在广泛的疼痛, 5个区域中至少有4个区域存在疼痛(不包括下颌、胸部和腹部);
- (3)弥漫性症状至少持续3个月。

注: WPI: 患者在既往1周内出现疼痛的5个区域及19个部位, 每个部位得1分, 最高19分。SSS: 包括三大症状评分(最高9分)和简化的躯体症状评分(最高3分)两部分评分, 总分最高12分。FS是WPI和SSS分值之和。

问题2:FMS需要与哪些疾病进行鉴别

推荐意见2:许多疾病均会出现慢性肌肉疼痛症状, 需与FMS重点鉴别的疾病有肌筋膜疼痛综合征、脊柱关节病、结缔组织病、类风湿关节炎、骨关节炎、骨质疏松症、风湿性多肌痛(2C)以及炎性肌病、软组织风湿症、甲状腺功能异常、慢性疲劳综合征、心理疾病等(专家共识建议)

主要从各个疾病的常见伴随症状、实验室检查、影像学检查等方面予以鉴别, 必要时可联合多学科进行鉴别诊断(专家共识建议)

FMS症状谱广, 缺乏特异的实验室阳性指标及放射学异常征象, 加剧了本病的诊断难度。我国目前尚缺少FMS大样本的流行病学数据, 临床诊断亦存在诸多难点, 一项FMS小样本横断面调查报道结果显示, 90%的FMS患者在首次就诊时并未获得

FMS的诊断^[14], 被漏诊, 首次确诊时间平均延迟2年^[15]。与国外FMS患者比, 我国FMS患者临床症状程度可能较轻^[14], 增加了鉴别诊断的难度。

本病极易与局限性躯体疼痛性疾病相混淆, 如肌筋膜疼痛综合征等, 2016版的美国风湿病学会制定的FMS修订标准, 对躯体疼痛部位进行了区域划分, 以资鉴别^[32]。一项多中心FMS误诊研究显示, 参与调查的427例FMS患者误诊率为13.3%, 被误诊的疾病依次为脊柱关节病(16例, 3.7%)、结缔组织病(15例, 3.5%)和类风湿关节炎(13例, 3.0%)^[36]。亦有FMS被误诊为强直性脊柱炎、多发性肌炎、周围血管病的个案报道^[37-39]。此外, 软组织风湿症、甲状腺功能异常、慢性疲劳综合征、心理疾病等亦常出现肌肉疼痛, 或伴有疲劳、睡眠障碍、认知障碍、情绪障碍等FMS常见的临床症状, 诊断时需进行鉴别, 必要时可联合内分泌科、心理科等进行鉴别诊断。鉴别诊断见表2。

弥漫性躯体疼痛见于所有FMS患者, 是本病最核心的症状^[40]。这种弥漫性躯体疼痛并非单纯的肌肉疼痛、神经性疼痛或心理疾病的躯体症状, 亦并非年老患者的机械性下腰痛(伴或不伴有下肢内侧或外侧的肌肉疼痛)。这种躯体疼痛必须同时具有弥漫性(不少于11个压痛点或4个疼痛区域)和慢性(持续3个月以上)的特点。需要注意的是, FMS的诊断并不影响其他疾病的诊断, 无需排除其他疾病的存在, 如患者的伴随症状、实验室指标、影像学检查支持其他疾病的诊断, 应予以同时诊断。美国风湿病学会制定的1990版FMS分类标准将FMS分为原发性和继发性, 两者在临床表现、诊断、治疗和预后方面无明显差异。

问题3:如何选择FMS病情评估工具

推荐意见3:评估FMS病情时, 需涵盖疼痛的范围和程度、疲劳、睡眠、躯体功能的FMS核心症状, 并针对每位患者的突出症状, 如认知障碍、情绪障碍等, 使用相应的量表进行评估(2D)

建议采用经过我国本土化信度和效度检验的量表对FMS病情进行评估(2D)

FMS首次确诊后, 对病情进行全面评估是确定初始治疗方案的重要依据。持续性肌肉疼痛是FMS的最核心症状, 评估时, 需涵盖疼痛的范围和程度。此外, 在FMS过程中出现的疲劳、睡眠障碍、认知障碍、抑郁和焦虑、躯体功能下降等亦对患者的生活质量有显著影响, 亦是影响患者治疗决策和治疗阶段性目标制订的重要因素。因此, 全面的病



表 2 纤维肌痛综合征的鉴别诊断

疾病	疼痛	睡眠障碍	疲劳	认知损害	滑膜炎	红细胞沉降率、C反应蛋白	自身抗体	常见的合并症	影像学检查
纤维肌痛综合征	周身广泛疼痛	常见	常见	可见至常见	无	正常	无	慢性头痛、肠易激综合症、情绪障碍、寒冷不耐受、心悸胸痛等	无
肌筋膜疼痛综合征	局部疼痛	不常见	不常见	无	无	正常	无	无	无
脊柱关节病	炎性下腰痛	不常见	不常见	无	可见, 常见于下肢大关节	升高	有	指(趾)炎、眼炎、肠炎	骶髂关节炎
未分化结缔组织病	可出现关节痛或肿痛, 肌痛或肌无力	无	可见	无	可见	可升高	有	皮肤黏膜损害、雷诺现象	可有肺间质改变
类风湿关节炎	关节肿痛(好发于四肢小关节)	不常见	可见	无	很常见	升高	有	类风湿结节、肺间质病变、贫血、眼炎	关节骨质破坏、间隙狭窄, 甚至结构丧失, 常有肺间质改变
骨关节炎	关节疼痛或胀痛(好发于手远端指间关节、髋关节、膝关节、颈椎、腰椎)	不常见	不常见	无	可见	多正常	无	无	骨赘形成
骨质疏松症	可有腰背疼痛, 严重者可见全身疼痛	不常见	可见	无	无	正常	无	骨折	骨密度降低, 骨小梁减少
风湿性多肌痛	持续性颈、肩胛带、骨盆带肌疼痛	不常见	可见	无	可见	升高	无	巨细胞动脉炎	无
炎性肌病	四肢近端肌肉疼痛、无力	不常见	很常见	无	可见	升高	有	间质性肺炎	四肢近端横纹肌炎症表现, 常有间质性肺炎
软组织风湿症	关节及其周围软组织不明原因的慢性疼痛	不常见	常见	不常见	无	正常	无	寒冷不耐受	无
甲状腺功能异常	可见	常见	可见	常见	无	正常	无	甲亢性/甲减性心脏病、甲亢性周期性麻痹、甲减性寒冷不耐受和疲乏	甲状腺超声异常
慢性疲劳综合征	可见	可见	常见	常见	无	正常	无	慢性头痛、情绪障碍	无
心理疾病	可见	可见	可见	可见	无	正常	无	感知、思维、记忆、情感、意识和动作行为等多方面的多种症状	无

情评估应包括对疼痛、疲劳、睡眠、躯体功能的FMS的核心症状的评估, 以及每位患者个体化的突出症状, 如认知障碍、情绪障碍等。

目前常用于评估FMS的疼痛、躯体功能、睡眠质量和疲劳感的量表如下。疼痛程度采用视觉模拟疼痛评分(pain visual analogue scale)和疼痛数字分级法(pain intensity numerical rating scale); 疼痛范围采用WPI。躯体功能采用纤维肌痛影响问卷(fbromyalgia impact questionnaire, FIQ)和修订版纤维肌痛影响问卷(revised fbromyalgia impact questionnaire, FIQR)中的躯体功能维度、健康评定问卷(health assessment questionnaire, HAQ)、生活质量评价量表(short form-36 health status

questionnaire, SF-36)等; 睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburg sleep quality index, PSQI)等; 疲劳感采用疲劳严重度量表(fatigue severity scale, FSS)、多维疲劳量表(multidimensional fatigue inventory-20, MFI-20)等。纤维肌痛影响问卷是国际普遍使用的评估FMS整体病情的量表^[41], FIQR简化了FIQ的条目, 并改良了复杂的计算方法, 亦广泛用于FMS的诊疗及临床研究^[42], 但目前尚无经过本土化验证的中文版。FS亦称多症状不适量表(poly symptomatic distress, PSD), 是WPI和SSS分值之和, 亦可用于FMS的病情评估。建议风湿免疫科医生尽可能地使用经过我国本土化验证的、适宜的量表评估FMS的病情。



问题 4:FMS 的治疗原则和目标

推荐意见 4: 治疗原则:FMS 的治疗应基于患者教育,从以锻炼为主的非药物治疗至药物治疗,即循序渐进的多学科治疗模式为首要原则,医患双方应共同参与治疗决策(专家共识建议)

治疗目标: 治疗目标为减轻疼痛等核心症状,提高 FMS 患者生活质量(专家共识建议)。在治疗过程中,应根据患者的病情建立阶段性目标,阶段性目标需为可量化的目标,建议医患共同制定阶段性目标(2D)

欧洲抗风湿病联盟 2017 年发布的 FMS 管理指南^[43]推荐:FMS 的治疗方案应在与患者共同商定的基础上,采取循序渐进的多学科治疗模式。首先是患者教育和以锻炼(有氧运动或力量训练)为主的非药物治疗;如果无效,则根据患者的具体情况考虑下述治疗方法:对伴有情绪障碍的患者可采用心理治疗,对严重疼痛或睡眠障碍的患者可采用药物治疗,对躯体功能严重下降的患者推荐多元化的康复治疗。

减轻疼痛等核心症状,提高患者生活质量是治疗 FMS 的终极目标。设定阶段性治疗目标可以给治疗以指向性,更重要的是增强患者对治疗的信心并积极配合。在应用评价工具(如量表)的基础上,多学科合作建立以患者为中心的、积极的治疗目标十分重要,阶段性目标应当关注主要影响患者生活的症状。同时,设定的目标应具有特异性、可测量性,并反映患者症状的严重程度。首次确诊时即应设立治疗目标,具备可量化,帮助达成治疗目标及跟踪病情进展。医患共同参与设定治疗的合理期望值可帮助双方建立相互信任的合作关系,将矛盾风险最小化^[44]。

问题 5:何谓 FMS 治疗有效

推荐意见 5: FMS 治疗有效的定义,建议至少在下述 3 方面,疼痛、躯体功能、睡眠质量或疲劳感,同时获得改善(2C)

美国风湿病临床试验结局指标工作组提出了 FMS 的临床试验结果评估,应在包括症状和生物标志物在内的 12 个领域中进行选择,包括疼痛、疲劳、睡眠、抑郁或焦虑、僵硬、消化不良、患者对自身健康的整体印象、躯体功能、躯体压痛、脑脊液、生物标志物及与疼痛相关的影像标志物(如果有)^[45]。由于上述标准在临床诊疗中太过复杂,可操作性差,该工作组又提出了新的 FMS 治疗有效标准,要求至少要在 4 个领域获得改善:疼痛,躯体功能,以

下任意 2 个:睡眠质量、疲劳感、焦虑或认知功能障碍;并提出了简化版治疗有效标准:疼痛、躯体功能、睡眠质量或者疲劳感,至少 3 个方面获得改善^[46]。

问题 6:如何开展 FMS 患者教育

推荐意见 6: 临床医生应重视对 FMS 患者的教育,在首次诊断时即开展患者教育(专家共识建议),且贯穿治疗全程(1B)

患者教育应包括 FMS 的病因、病理机制、常见症状、治疗、预后及注意事项等(2C),以及中医的病因病机和治疗等(专家共识建议)。患者教育形式应多样,可采取一对一谈话、讨论、讲座、网络等,建议发放纸版印刷物作为患者教育的补充(2D)

对 FMS 患者开展有针对性的疾病教育,可提高患者对 FMS 的认识及诊疗依从性,对治疗起到积极的作用。一项 FMS 患者健康教育的系统评价^[47]显示,单用患者教育可改善躯体疼痛。一项 108 例 FMS 患者心理教育与常规护理对比的 RCT 显示,与常规教育比,深入的 FMS 患者教育在结束 12 个月后,患者的整体功能状态(Cohend=0.36, 95%CI 2.49~3.81)和抑郁(Cohend=0.30, 95%CI 0.26~0.93)均有所改善^[48]。教育与运动相结合可以使 FMS 患者更大获益。一项 FMS 患者团体锻炼、疾病教育联合自我管理的 RCT^[49]显示,与单独患者教育比,患者教育联合有氧运动及柔韧性训练可更明显改善 FMS 患者的社会功能。

对患者进行教育的时机应在首次确诊时。FMS 患者常出现诸多负面情绪,医生应尽早向患者开展教育,特别是对于某些患者,通过患者教育即有可能提高其对现阶段健康状态的满足感。患者教育的内容应涵括 FMS 的病因、病理机制、症状表现(疾病迁延不愈的慢性特点)、治疗策略、预后及如何通过自我管理改善症状^[50]。

除此之外,对寻求中医治疗的患者,建议增加对中医的病因病机和治疗等知识的讲解,帮助患者从医学角度认识 FMS 出现的诸多症状,以减轻患者的思想负担。FMS 起病或因禀赋不足,或因年老阴血亏虚则筋脉失养,风、寒、湿邪均可趁机侵袭筋脉而致 FMS;或平素或好忧虑、或好悲伤、或好急躁,可导致七情化火伤津灼阴,筋脉失于濡养,或七情郁结,气机疏泄不利致血行缓慢、痹阻筋脉,而致 FMS。其核心病机为枢机不利,所形成的气滞、湿蕴、痰凝、血瘀,导致百症丛生^[51];肝血不足、筋失所养见筋纵疲乏,肝气郁滞而不达四肢见畏寒肢冷;



肝血不足、肝阳上亢见头痛；而肝与五脏关系密切，母病及子，血不养心、心神不宁或脏病及腑，肝胆郁热见睡眠障碍；木旺乘脾，则脾之运化呆滞，湿浊痰饮内生，木旺侮金，肺失宣发，都可能导致水津运化输布失常，阻滞筋脉，发为筋痹，并出现脾胃等一系列症状；肝阴不足，下汲肾阴、髓窍失养见认知功能障碍，等等。

教育方式是否得当是患者教育取效的基础，患者教育的形式应灵活多样，充分体现患者的个体差异并加强参与感。具体形式可采用一对一谈话、讨论、讲座等。而单纯依靠分发宣传材料进行教育，不能提高患者对疾病的认知，亦不能有效地对患者的日常生活产生影响^[52]，因此，宣传手册这类书面资料，仅能作为补充读物，不建议成为患者教育的主要方式。亦有基于互联网对 FMS 患者进行教育干预的研究显示，医生通过网络对患者进行疾病教育，可很好地兼顾个性化和参与性^[53]。

问题 7：非药物疗法治疗 FMS 的有效性和安全性如何

推荐意见 7：FMS 患者应进行合理的运动锻炼，首选单一的运动形式，根据患者健康情况及个人喜好可采取有氧运动、力量训练、传统功法（太极拳、八段锦、六字诀、五禽戏）、瑜伽、拉伸运动、水中运动（1B）。疗程至少 3 个月（2C）

运动在 FMS 治疗中占有重要地位。一项 FMS 运动疗法的系统评价再评价^[54]，对包括有氧运动、力量训练、传统功法、太极、瑜伽、拉伸运动、水中运动及联合运动的 37 项系统评价进行了分析，虽然其异质性较大，但结果均显示运动疗法可减轻躯体疼痛，提高生活质量，轻微改善抑郁症状，较大改善认知障碍；力量训练、传统功法、有氧运动分别对疲劳症状有大、中和小的改善作用；对睡眠有中等程度的改善；对焦虑情绪有较小的改善效果；最常见的运动相关不良事件是肌肉疼痛，无严重不良事件。

我国传统功法是以意识、呼吸、动作密切结合的健身项目。与增加心率和呼吸量以满足肌肉所需氧气的有氧运动等形式不同，传统功法练习者通常将注意力集中在躯体运动和呼吸上，以达到高度专注及深度放松的状态，锻炼时心率变化较小，呼吸频率会主动降低。国际上，我国传统功法与瑜伽被统称为冥想运动^[55]。在国外，太极拳常与传统功法并列称之，而实际上，太极拳不仅是拳术，亦属于传统功法^[56]。证据评价组对包括太极拳、国

家体育总局标准版八段锦、国医大师路志正版八段锦、六字诀、五禽戏治疗 FMS 的 RCT 进行了系统评价（13 项研究，1 150 例 FMS），练习时长 60（30~90）min/次，中位疗程 12（6~24）周，结果显示，传统功法可显著减轻疼痛 [标准化均值差（SMD）= -0.83, 95%CI -1.07~-0.59]，提高生活质量（SMD= -0.71, 95%CI -1.07~-0.35），改善睡眠（SMD= -0.48, 95%CI -0.74~-0.22）、疲劳（SMD=-1.28, 95%CI -2.11~-0.46）和抑郁（SMD=-0.65, 95%CI -0.85~-0.44）；其中 3 项研究在运动疗法结束后进行了 24~52 周的随访，结果显示，疼痛减轻（SMD= -0.65, 95%CI -0.92~-0.38），生活质量提高（SMD= -0.73, 95%CI -1.00~-0.45），改善睡眠质量（SMD= -0.53, 95%CI -0.79~-0.26）；其中一项 RCT 显示，太极拳干预的疗效与疗程有关，疗程 24 周的干预效果优于 12 周，但习练频率与疗效无相关性；Meta 分析显示，病程越短，疗效越佳；安全性方面，仅 3 项研究报告了治疗相关的不良反应，均为轻至中度的骨骼肌肉疼痛，发生率为 4.7%（11/235）。

为保证疗效，推荐运动锻炼的疗程不应短于 3 个月。一项系统评价^[57]研究了 FMS 患者运动疗法结束后的后续效应，3~8 个月的运动疗法结束后，短期（<6 个月）和中期（≥6~<12 个月）随访发现，FMS 患者的躯体功能和疼痛症状较参加运动疗法前有所提高或减轻（短期：SMD=-7.68, 95%CI -13.04~-1.84, SMD=-0.88, 95%CI -1.33~-0.27；中期：SMD=-6.04, 95%CI -9.25~-3.01, SMD=-0.51, 95%CI -0.92~-0.06），应注意对躯体功能和疼痛的改善作用在长期（≥12 个月）随访时消失。

运动锻炼有一定的学习难度和运动强度。建议患者初学阶段在医生的指导下进行。习练者先掌握动作大致要领，并结合自身身体状况，调整好用力的大小，对有难度的动作，可逐步完成，不要急于求成。需呼吸配合的运动形式，建议待动作娴熟后再结合动作的升降开合，有意识地配合呼吸。在这一过程中，可能会出现肌肉关节酸痛、肢体僵硬、动作不协调等，需要经过一段时间和数量的练习以达到最佳效果，如肌肉关节酸痛程度较重，建议前往医院诊治。

推荐意见 8：对有接受更多非药物疗法治疗意愿的 FMS 患者，在已有运动锻炼的基础上，可结合患者的具体情况制定个体化方案，选择再联合另一种运动疗法或心理治疗进行干预（2C）

多种运动疗法的联合方案用于 FMS 的治疗，已



获得较为满意的治疗作用,但现有证据尚不能确定多种运动的效果优于单一运动。一项系统评价^[58]比较了FMS患者进行联合运动干预(包括以下至少两种:有氧运动、力量训练和灵敏性训练)与等待治疗、非运动(如生物反馈)及其他运动干预的效果,结果显示,联合运动可减轻FMS患者疼痛强度($MD=-5.17$, $95\%CI -8.85\sim-1.48$),改善患者生活质量($MD=-6.95$, $95\%CI -10.51\sim-3.38$)和疲劳($MD=-12.93$, $95\%CI -17.79\sim-8.07$),提高躯体功能($MD=-10.99$, $95\%CI -14.80\sim-7.18$),亦可减轻僵硬($MD=-6.51$, $95\%CI -12.28\sim-0.74$);改善作用可持续6~52周,甚至更久;仅其中一项RCT(97例)提及个别参与者(7例)在运动中或运动后疼痛、酸痛或疲劳的纤维肌痛症状有所加重。一项FMS运动疗法的系统评价再评价^[54]显示,坚持长期(≥ 26 周)的联合运动可进一步减轻FMS患者的焦虑情绪。

以运动疗法作为基础治疗,联合心理治疗,在改善FMS患者疼痛和生活质量方面显示出一定疗效。一项比较药物和非药物干预FMS疗效的网状Meta分析^[59]显示,运动疗法(包括有氧运动、力量训练和灵敏性训练等)联合心理干预(包括认知行为疗法、正念疗法、疼痛神经心理教育等)在改善FMS患者躯体疼痛、生活质量等方面更为有效。

推荐意见9:对以疼痛为主要表现的FMS患者,推荐针刺治疗(1B),亦可尝试采用引导想象与催眠治疗、经颅直流电/磁刺激、按摩疗法进行治疗(2C)

1. 针刺治疗:一项FMS针刺疗法的系统评价^[60](12项RCT,824例)显示,FMS患者经过1~12周的针刺治疗(每次20~30 min,共1~28次),与假针刺(8项RCT)比,针刺治疗可减轻疼痛($MD=-1.04$, $95\%CI -1.7\sim-0.38$;普通针刺 $MD=-0.94$, $95\%CI -1.17\sim-0.72$;电针 $MD=-1.14$, $95\%CI -2.18\sim-0.09$),提高患者生活质量($MD=-13.39$, $95\%CI -21.69\sim-5.10$;普通针刺 $MD=-16.72$, $95\%CI -22.51\sim-10.94$;电针尚无证据)。8~48周的随访结果显示,针刺治疗具有减轻疼痛的远期疗效($MD=-1.58$, $95\%CI -2.72\sim-0.44$;普通针刺 $MD=-1.14$, $95\%CI -2.18\sim-0.09$;电针 $MD=-0.6$, $95\%CI -1.78\sim-0.58$);且可提高患者的生活质量($MD=-12.92$, $95\%CI -24.92\sim-0.93$;普通针刺 $MD=-12.92$, $95\%CI -24.92\sim-0.93$;电针尚无证据)。其中两项RCT显示,普通针刺的短期(1~3个月)和长期(6个月)的止痛效果优于阿米替林;安

全性方面,4项研究报告了瘀伤、疼痛、恶心、针刺不适和症状加重等轻度不良事件。

以上研究中针刺疗法的常用穴位有合谷、太冲、内关、神门、肝俞、脾俞、足三里、三阴交等,针刺深度由具体穴位而定,刺入相应穴位时要确保“得气”后留针20 min,治疗频次推荐每周1~3次,疗程以4~12周为宜,可酌情联合电针治疗。如伴有明显疲劳,建议针刺时加气海、关元、肾俞穴;伴有明显睡眠障碍,可加百会、照海、申脉;伴头痛,加风池、百会、列缺、太阳穴;伴有认知障碍,加百会、神庭、印堂、太溪、悬钟穴;情绪问题明显者,加百会、印堂;伴肠易激惹症状,加天枢、大肠俞、上巨虚、阴陵泉;伴膀胱易激惹症状,加膀胱俞、中极、阴陵泉。

2. 引导想象/催眠疗法:催眠是一种意识状态,包括注意力集中和周边意识减弱,其特征是对暗示的反应能力增强。引导想象是指一个人在无外部刺激的情况下,想象和体验内部现实的动态心理生理过程。一项FMS引导意象与催眠治疗的系统评价^[61]显示,4~26周(累计治疗时长2~8 h)的引导想象与催眠治疗,可提高FMS患者50%疼痛改善(视觉模拟疼痛评分较治疗前减轻程度达到50%及以上)达标率($RD=0.18$, $95\%CI 0.02\sim0.35$),改善心理困扰($SMD=0.40$, $95\%CI 0.70\sim0.11$),对疲劳、疼痛应对技巧和睡眠障碍均有一定作用;治疗结束后12周,仍有一定减轻疼痛和改善睡眠质量的效果;无不良事件的报道。

3. 经颅直流电/磁刺激:FMS特有的中枢敏化涉及感觉处理功能障碍和皮层适应性神经可塑性变化,使用基于大脑皮层电流的神经生理学技术旨在增加大脑皮层的兴奋性,从而促进疼痛调节脑区功能的变化,减轻症状。一项FMS经颅直流电刺激和经颅磁刺激治疗的系统评价^[62]显示,与安慰干预组比,FMS患者2~3周内进行10~15次经颅直流电刺激(平均每次治疗20 min)和经颅磁刺激(平均每次治疗8.5~30 min),在运动皮层中应用经颅直流电刺激,可改善FMS患者疼痛强度,提高生活质量,同时提高了疼痛阈值;而在运动皮层中应用经颅磁刺激和在背外侧前额叶皮层应用经颅直流电刺激,可提高FMS患者的生活质量,对改善疲劳具有一定作用,但对疼痛和焦虑抑郁的疗效不一,存在争议。安全性方面,有少数患者皮肤刺激和疼痛,无严重的不良事件。

4. 按摩疗法:一项按摩治疗FMS的系统评价^[63]显示,结合了手动拉伸和机械辅助拉伸的肌筋膜松



解手法对纤维肌痛症状有益,与安慰剂比,肌筋膜松解对疼痛有较明显的治疗作用,在治疗结束时对焦虑和抑郁有中等作用,对疼痛和抑郁的治疗效果分别可维持 3~12 个月和 1~3 个月;肌筋膜松解亦能改善疲劳、僵硬和生活质量;有限的证据显示,结缔组织按摩和指压按摩亦可使 FMS 患者改善疼痛、睡眠和抑郁,及提高生活质量;上述研究均未报道不良事件。一项 FMS 肌筋膜释放疗法的系统评价^[64]显示,每次治疗 5~90 min,每周治疗 1~5 次,累计 4~20 次的肌筋膜释放疗法可使 FMS 患者疼痛减轻,提高生活质量;与淋巴管引流、普拉提比,肌筋膜释放疗法对 FMS 患者的疼痛和生活质量改善更优。

推荐意见 10: 对有接受更多非药物疗法治疗意愿的 FMS 患者,可尝试低强度激光照射、浸浴疗法(2C)

1. 低强度激光照射疗法:一项 FMS 低强度激光照射治疗的系统评价^[65]显示,与安慰剂激光比,2~12 周的低强度激光照射(波长 640~950 nm, 功率约为 0.9~1 000 MW)治疗 FMS 患者能较好的减轻疼痛(SMD=1.18, 95%CI 0.82~1.54)、疲劳(SMD=1.4, 95%CI 0.96~1.84)和僵硬(SMD=0.92, 95%CI 0.36~1.48), 缓解抑郁(SMD=1.46, 95%CI 0.93~2.00)和焦虑情绪(SMD=1.46, 95%CI 0.45~2.47);纳入的 4 项研究报告低强度激光照射无副作用,余研究未报道副作用。

2. 浸浴疗法:一项评价矿泉水治疗 FMS 的系统评价(10 项 RCT, 446 例)^[66]显示,相较于自来水疗法,中位时间为 4 h 的矿泉水疗法(时间 200~300 min)结束时,疼痛有显著改善(SMD=-0.78, 95%CI -1.42~-0.13),且可以维持较长时间(中位时间 14 周)。一项高矿化硫酸盐水浸浴疗法治疗 FMS 的 RCT^[67]显示,相较于自来水疗法,每周 6 次、每次 15 min 的高矿化硫酸盐水浸浴疗法连续 2 周,FMS 患者的疼痛和纤维肌痛相关生活质量在治疗结束时显著改善,除焦虑外,患者的抑郁情绪和生活质量亦随之改善,疗效持续至 6 个月;总不良反应发生率为 20%,包括疼痛加重或僵硬 6%,乏力加重 6%,头痛 6%,失眠 2%,随访期间未见不良反应。

除上述非药物疗法外,行为干预、生物反馈、针刀治疗、推拿、刮痧、拔罐、灸法、穴位埋线、揿针、整脊疗法、穴位贴敷、中药熏洗/熏蒸、中药气雾透皮治疗和电致孔透皮给药等亦尝试用于 FMS 的治疗,但由于研究数量有限,研究质量低下,疗程不足或

研究间巨大的异质性,且安全性不明,尚无法给出推荐。

问题 8:FMS 患者如何使用中药治疗

推荐意见 11: 非药物疗法效果不佳时,可考虑使用中药治疗(专家共识建议)。中药治疗应以辨证论治为原则,以肝郁气滞、痹阻筋脉为核心病机,以疏肝解郁、通络止痛为基本治法,建议采用柴胡类方以减轻 FMS 患者的躯体疼痛(2C)

柴胡类方对缓解 FMS 患者的疼痛具有一定效果。一项中医药治疗 FMS 的网状 Meta 分析^[68](24 项 RCT, 3 143 例)显示,以疏肝理气、祛风除湿为治疗原则的复方中药(方选柴胡桂枝汤或逍遥散为主)联合西药(包括选择性 5-羟色胺再摄取抑制药、5-羟色胺/去甲肾上腺素再摄取抑制剂、三环类抗抑郁药及普瑞巴林)的治疗方案,是减轻 FMS 患者躯体疼痛的较优的治疗方案。证据评价组对单用柴胡类方(包括柴胡疏肝散、逍遥散、丹栀逍遥散、柴胡桂枝汤、自拟疏肝解郁活血通络方)治疗 FMS 进行了系统评价(7 项 RCT, 366 例, 疗程为 4 周至 3 个月),结果显示,柴胡类方可减轻 FMS 患者的疼痛($RR=1.26, 95\%CI 1.11\sim 1.44$)。

采用其他复方中药治疗 FMS 的临床研究很少,且治疗原则多样、单味药或中成药的临床研究亦很少,由于无对照或对照不合理、研究数量有限、样本量小、疗效指标不公认、疗程不足、未报告安全性等原因,导致研究结果可靠性下降,尚不足以给出推荐意见,但关于中医证候诊疗形成了以下共识。

1. 肝郁气滞证:

症状:肌肉走窜胀痛,焦虑易怒,胸胁胀闷,寐差多梦,或脘闷嗳气,腹痛腹泻,不思饮食,疲乏无力,大便不调,或疼痛夜甚,胸胁刺痛,月经不调,经色紫暗有块;舌暗淡,舌苔白或腻,脉弦细。

治法:疏肝解郁,行气止痛,或佐以健脾除湿,或佐以养血活血。

方剂:逍遥散(《太平惠民和剂局方》)合柴胡桂枝汤(《伤寒论》),或合血府逐瘀汤(《医林改错》)(2C)。

中药推荐:柴胡、黄芩、当归、白芍、川芎、白术、茯苓、半夏、防风、威灵仙、枳壳、陈皮、香附、元胡索、郁金、桂枝等,如兼气滞血瘀,则酌情增加桃仁、红花、川牛膝、乳香、没药等。

2. 寒湿痹阻证:

症状:肌肉酸胀、疼痛、僵硬,四肢重着无力,每遇寒则冷痛,遇温痛减,舌淡苔白腻,脉沉细。



治法：散寒除湿，温经通络。

方剂：蠲痹汤(《医学心悟》)(专家共识建议)。

中药推荐：附子、当归、黄芪、羌活、独活、防风、防己、细辛、桂枝、蜈蚣等。

3. 痰热扰心证：

症状：肌肉疼痛、拒按，惊悸不安，口苦心烦，头痛失眠，渴喜冷饮，性情急躁，反复梦魇，恶心纳呆，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或弦滑数。

治法：清热化痰，宁心安神。

方剂：温胆汤(《备急千金要方》)(专家共识建议)。

中药推荐：龙骨、牡蛎、半夏、竹茹、枳实、橘皮、茯苓、胆南星、黄芩、穿山龙、忍冬藤、地龙等。

4. 肝肾不足证：

症状：肌肉酸痛、无力，腰膝痠软，劳累加重，筋缩，手足不遂；或畏寒肢冷，尿频清长，夜尿增多；或肢体麻木，失眠健忘，月经量少；舌淡苔白，脉沉或弱。

治法：补益肝肾，养血柔筋。

方剂：独活寄生汤(《备急千金要方》)，偏于阴虚者，佐以左归丸(《景岳全书》)，偏于阳虚者，佐以右归丸(《景岳全书》)(专家共识建议)。

中药推荐：熟地、山药、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、杜仲、牛膝、党参、当归、川芎、茯苓、白芍、桂枝、秦艽、防风、细辛、木瓜、伸筋草、乌梢蛇等；偏于阴虚者，加龟板、枸杞子等；偏于阳虚者，加制附子、肉桂等。

问题9：FMS患者如何使用西药治疗

推荐意见 12：非药物疗法效果不佳时，可考虑使用普瑞巴林、加巴喷丁、度洛西汀、米那普伦、阿米替林进行治疗(2C)

1. 抗惊厥药(普瑞巴林和加巴喷丁)：一项抗惊厥药治疗 FMS 的系统评价^[69]显示，FMS 患者经普瑞巴林治疗后，疼痛程度会更可能地减少 30% ($RR=1.37, 95\%CI 1.22\sim1.53$)，相较于安慰剂，普瑞巴林治疗的受益需要人数 (number needed to benefit, NNTB) 为 9 ($RR=9, 95\%CI 7\sim13$)；改善疲乏有轻微疗效 $SMD=-0.17, 95\%CI -0.25\sim-0.09$ ，改善睡眠质量有轻微疗效 ($SMD=-0.35, 95\%CI -0.43\sim-0.27$)，但在改善躯体功能方面无疗效 ($SMD=-0.01, 95\%CI -0.11\sim0.09$)。一项加巴喷丁治疗 150 例 FMS 患者的研究^[70]显示，加巴喷丁在减轻 30% 疼痛程度上有显著疗效 ($RR=-1.65, 95\%CI 1.10\sim2.48$)，改善患者睡眠质量有轻微疗效 ($SMD=$

$-0.71, 95\%CI -1.08\sim-0.24$)，改善患者躯体功能有强疗效 ($SMD=-0.94, 95\%CI -1.32\sim-0.56$)。

2. 抗抑郁药(血清素去甲肾上腺素再摄取抑制剂——度洛西汀和米那普伦，三环类——阿米替林)：一项度洛西汀治疗 FMS 患者的有效性和安全性的系统评价^[71](9 项 RCT, 1 918 例)，度洛西汀每天 20~120 mg，疗程 (24.00±13.78) 周，7 项研究 (1 376 例) 显示度洛西汀对纤维肌痛相关症状和躯体疼痛有效；安全性，9 项研究 (1 918 例) 中有 17% 的不良反应与度洛西汀有关。一项度洛西汀治疗慢性疼痛的系统评价^[72]显示，不论短期用药(最长 12 周)抑或长期用药(最长 28 周)，与安慰剂比，度洛西汀在减轻 FMS 患者疼痛上更为有效 ($RR=1.38, 95\%CI 1.22\sim1.56$)，但是每天服用 20~30 mg 度洛西汀时无明显疗效，每天服用 60 mg 和 120 mg 度洛西汀有效，但不同剂量间却无疗效差异。一项抗抑郁药治疗 FMS 的系统评价^[73]显示，度洛西汀在改善 FMS 患者睡眠质量方面有轻度疗效 ($SMD=-0.24, 95\%CI -0.37\sim-0.12$)，在改善躯体功能方面有轻度疗效 ($SMD=-0.33, 95\%CI -0.43\sim-0.24$)，但在改善疲乏方面无效。一项血清素去甲肾上腺素再摄取抑制剂治疗 FMS 的系统评价^[74]显示，服用米那普伦的 FMS 患者在治疗结束后更可能有 30% 疼痛改善的受益 ($RR=1.38, 95\%CI 1.25\sim1.51$)，但对疲乏仅有轻度疗效 ($SMD=-0.14, 95\%CI -0.19\sim-0.08$)，对躯体功能改善亦仅有轻度疗效 ($SMD=-0.16, 95\%CI -0.23\sim-0.10$)，对睡眠质量无改善。一项阿米替林、度洛西汀和米那普伦治疗 FMS 的系统评价^[75]显示，接受阿米替林治疗的 FMS 患者，疼痛程度可下降 30% ($RR=1.60, 95\%CI 1.15\sim2.24$)，对改善睡眠质量有中等程度的疗效 ($SMD=-0.56, 95\%CI -0.78\sim-0.34$)，对改善疲乏有轻度疗效 ($SMD=-0.44, 95\%CI -0.71\sim-0.16$)。一项喹硫平缓释片与阿米替林单药治疗 FMS 的研究^[76](90 例) 显示，阿米替林对纤维肌痛相关症状的改善和安全性优于喹硫平，但在睡眠质量、焦虑、抑郁、生活质量方面两者未见差异。

此外亦有多种西药，由于治疗作用轻微，与安慰剂相似，如非甾体抗炎药、环苯扎林、单胺氧化酶抑制剂、羟丁酸钠；或存在药物安全性方面的隐患，如生长激素、非甾体抗炎药；或药物成瘾性，如(弱)阿片类药物、大麻提取物；或有效性的证据质量非常低，如选择性血清素再摄取阻断剂；因此，均不能给予推荐意见。



问题 10:当 FMS 患者合并心理疾患时,应如何处理

推荐意见 13:对合并心理疾患的 FMS 患者,建议进行包括心理科在内的多学科联合治疗,可采用认知行为疗法或正念疗法的非药物疗法治疗(2C),亦可考虑给予度洛西汀或普瑞巴林治疗(2D)

当 FMS 患者合并心理疾患时,治疗尤为棘手。在诸多的 FMS 非药物治疗中,认知行为疗法(cognitive behavioral therapy, CBT)是应用最广泛的 FMS 心理干预疗法。一项认知行为疗法治疗 FMS 的系统评价^[77]显示,认知行为疗法治疗 FMS 患者 6~12 周后,与治疗等待、注意力控制、常规治疗比,30% 疼痛改善达标率和 50% 疼痛改善达标率的效果相当(30%: RD=0.05, 95%CI -0.29~0.19; 50%: RD=0.11, 95%CI -0.24~0.47);更显著的疗效表现在纤维肌痛相关生活质量的改善,20% 改善(纤维肌痛影响问卷总分较治疗前改善程度≥20%)达标率高达 51%(RD=0.22, 95%CI 0.09~0.35; NNTB=4, 95%CI 3~11),负面情绪改善(SMD=-0.51, 95%CI -0.87~-0.15),疼痛相关残疾改善(SMD=-0.56, 95%CI -1.00~-0.13);同时,认知行为疗法对疲劳无改善(SMD=-0.42, 95%CI -0.85~0.01),对睡眠有较小的益处(SMD=-0.31, 95%CI -0.53~-0.09);但认知疗法的安全性尚未见报道。

近年来,正念疗法在 FMS 的心理干预疗法中逐渐受到关注。一项正念和静修疗法治疗 FMS 的系统评价^[78]显示,与常规治疗、教育和治疗等待比,正念疗法(为期 8 周,累计 2~2.5 h)和静修可有效减轻疼痛(SMD=-0.46, 95%CI -0.75~-0.17),改善抑郁(SMD=-0.49, 95%CI -0.85~-0.12)和焦虑情绪(SMD=-0.37, 95%CI -0.71~-0.02),提升正念(自我效能感和自尊)(SMD=-0.40, 95%CI -0.69~-0.11),提高睡眠质量(SMD=-0.33, 95%CI -0.70~0.04)和生活质量(SMD=-0.74, 95%CI -2.02~0.54);在随访中,除改善焦虑情绪外,对上述症状的疗效可持续至 6 个月。

对合并心理疾患的 FMS 患者亦可考虑给予度洛西汀或普瑞巴林治疗。一项为期 6 周的普瑞巴林与安慰剂的交叉试验^[79](193 例,洗脱期 2 周)对合并抑郁症并服用抗抑郁药物的 FMS 患者进行普瑞巴林(起始量为 150 mg/d,3 周内增至 300 mg/d 或 450 mg/d)治疗,证实了普瑞巴林可改善合并心理疾患的 FMS 患者躯体的疼痛。已批准用于治疗

FMS 的药物之一——度洛西汀,具有抗抑郁作用,可用于治疗合并心理疾患的 FMS 患者。一项抗抑郁药治疗抑郁症的系统评价^[80]显示,度洛西汀的抗抑郁作用优于其他一线抗抑郁药。心理疾患严重的 FMS 患者,应前往心理科给予专科评估和治疗。

问题 11:FMS 患者如何自我管理

推荐意见 14:建议风湿免疫科、心理科等医师联合指导 FMS 患者进行自我认知行为疗法相关技术的学习(2D)

在 FMS 的治疗中,患者的自我管理尤为重要。一项 FMS 患者多学科自我管理的 RCT^[81],采用包括心理教育工具、认知行为疗法相关技术(应对疼痛、疲劳、睡眠障碍和情绪波动的自我管理以及压力管理),并联合医生为患者量身定制的锻炼在内的多学科自我管理,每次 45 min,每周 6 次,共干预 3 个月,结果显示,疼痛、功能、生活质量的改善率分别为 73%、55%、77%,而对睡眠、疼痛应对策略、抑郁症状、患者对病情变化的整体印象无影响。一项 FMS 患者自我管理教育 RCT^[82]显示,FMS 患者短期内自我管理比普通教育更有效,但未发现有中长期的正面影响。

推荐意见 15:建议 FMS 患者控制体重(1B),食用多种营养丰富的膳食,遵循健康的膳食模式(2C),如发现患者血清维生素 D 水平下降,可考虑予以补充(2C)

随着饮食结构及生活方式的改变,超重及肥胖人数逐渐增多,其负面影响对 FMS 患者较为明显,应鼓励 FMS 患者进行体重管理。一项对 FMS 与肥胖的系统评价(34 项横断面研究,6 项队列研究和 1 项临床试验)显示,肥胖(体重指数≥25 kg/m²)对 FMS 的疼痛程度、压痛点数量、疲劳、睡眠质量、认知功能、躯体功能及生活质量等均存在不良影响^[83]。不仅如此,体重指数亦影响着 FMS 患者对治疗的反应。一项体重指数与 FMS 的研究^[84](51 项 RCT,17 311 例)显示,FMS 患者的体重指数与其药物治疗后的躯体疼痛程度呈负相关,并与治疗后的生活质量(SF-36 量表中的生理职能、情感职能、社会功能三个维度)、患者对疾病的整体评估亦呈负相关,提示患者体重指数越高,其药物治疗对疼痛、生活质量及患者对疾病的整体评估越差,较高的体重指数是 FMS 药物治疗疗效不佳的影响因素之一。

合理饮食不仅有助于 FMS 患者控制体重,亦可能对 FMS 的症状具有改善作用,诸多证据表明,补



充维生素 D 应考虑到 FMS 的管理中。一项 FMS 合并维生素 D 缺乏患者的横断面研究^[85](593 例)显示,约 21% 的 FMS 患者患有维生素 D 缺乏症,血清维生素 D 缺乏与 FMS 症状严重程度、抑郁和焦虑情绪具有相关性。对 FMS 患者血中维生素 D 水平下降进行补充,已显示出初步有益的效果^[86],提示 FMS 患者应注意膳食结构的合理。其他膳食营养成分,如益生菌、橄榄油、用于主食的不同谷物、调味剂(味精和阿斯巴甜)、矿物质(如镁剂)、缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸和色氨酸等氨基酸、抗氧化剂补充剂、营养补充剂(如小球藻)、辅酶 Q10、银杏叶提取物、抗坏血素、左旋肉碱、s-腺苷蛋氨酸、肌酸和褪黑素等,以及特殊的膳食结构,如无谷蛋白饮食、低热量饮食、素食和地中海式饮食等,虽然临床研究报告均有一些益处,但无足够的证据推荐其使用,而补充维生素 C 和维生素 E,对 FMS 患者是否有益目前尚无一致结论。因此,目前无足够证据推荐含有以上特定的食物干预来管理 FMS 的症状。

推荐意见 16: 医生应关注 FMS 患者的睡眠质量(2C),指导患者养成良好的生活习惯,必要时可予中医理疗或中药以助眠,情况严重者可使用助眠西药(专家共识建议)

睡眠障碍见于 90% 的 FMS 患者^[29],是 FMS 患者最为苦恼和希望迫切改善的症状之一^[87],医生应关注 FMS 患者的睡眠质量。一项 FMS 患者睡眠质量的横断面研究^[88](80 例)显示,FMS 患者自评记录的疼痛程度和睡眠日记对患者的注意力、警觉性等意识活动、精神运动、警觉任务的完成具有影响,睡眠质量越差,疼痛程度越高,注意力越差,而改善睡眠质量可以抵消疼痛和注意力的不利影响。因此,建议医生指导患者避免睡前进食过饱或不足,睡前饮酒、咖啡、浓茶等,睡前用脑、活动过度,看刺激性的电视或影片,白天睡眠过多导致夜晚难以入睡等不良睡眠习惯;养成良好的睡眠习惯,包括白天保持适当的活动或运动,选择舒适的睡眠用品,调整好卧室的光纤、温度、湿度,睡前热水足浴等^[89]。必要时可予中医理疗或中药以助眠,情况严重者可在心理医生指导下予以助眠药物。

此外,吸烟和饮酒亦会影响 FMS 患者的病情,但由于目前尚缺乏临床研究明确其作用,尚未对吸烟和饮酒做出推荐意见。

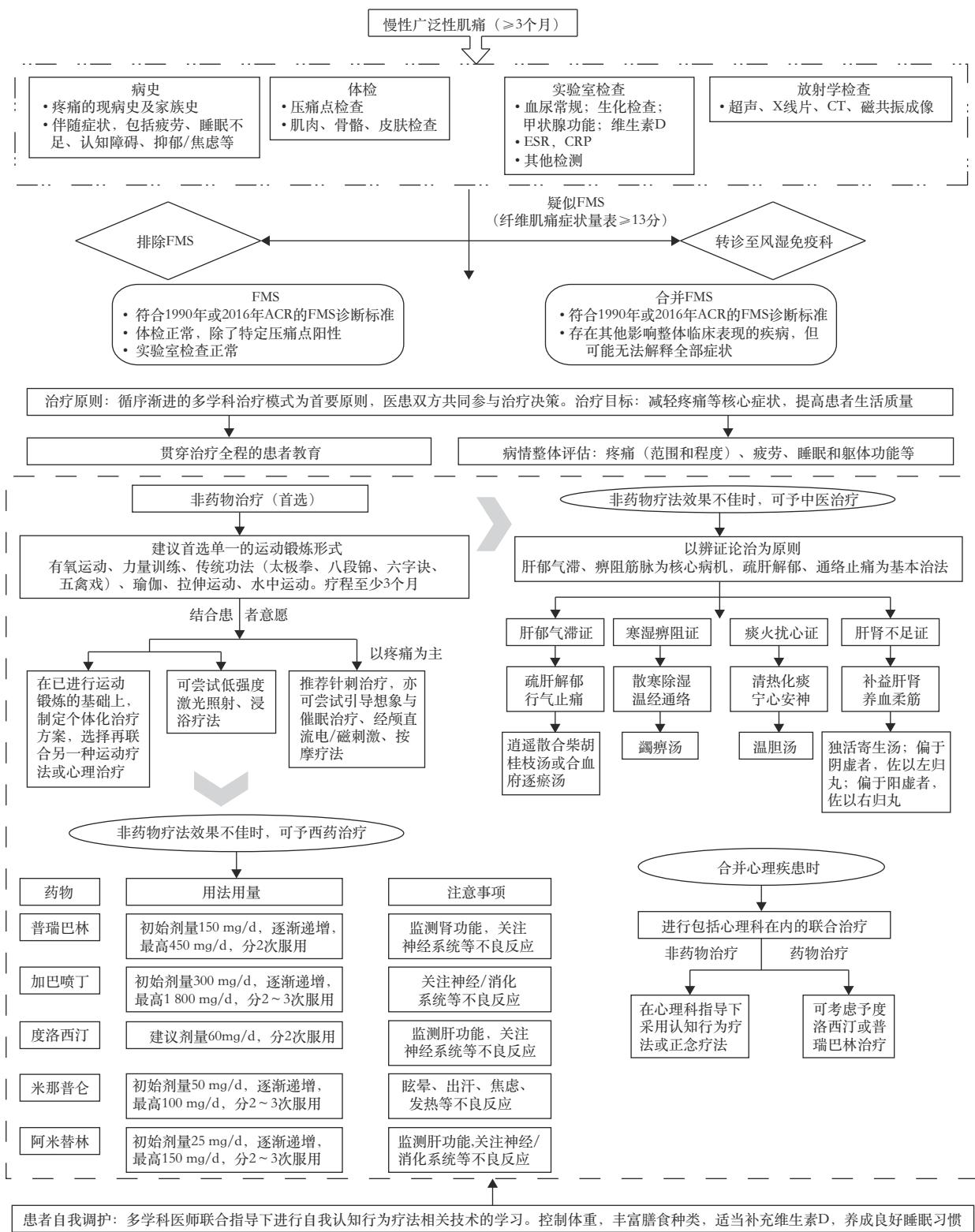
FMS 诊疗图见图 1。

科);黄慈波(深圳大学附属平湖医院风湿免疫科);陈耀龙(兰州大学循证医学中心/兰州大学 GRADE 中心)

指导委员会:路志正(中国中医科学院广安门医院风湿病科);冯兴华(中国中医科学院广安门医院风湿病科);王承德(北京顺天德医院内科);董振华(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院中医科);吉海旺(陕西省人民医院中医科);王伟钢(中日友好医院国际医疗部);娄玉玲(河南风湿病医院);曾小峰(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院风湿免疫科);赵岩(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院风湿免疫科)

指南工作组名单(按姓氏笔画排序):于静(辽宁省中医院风湿病科);马武开(贵州中医药大学第二附属医院风湿科);马桂琴(中国中医科学院广安门医院内科);王义军(中国中医科学院望京医院风湿病科);王北(首都医科大学附属北京中医医院风湿病科);王成武(长春中医药大学附属医院风湿科);王振宇(哈尔滨医科大学附属第二医院中医科);王莘智(湖南中医药大学第一附属医院风湿内科);王健(中国中医科学院广安门医院心理科);王海东(甘肃省中医院风湿骨病中心);王海隆(北京中医药大学东直门医院风湿病科);方勇飞(陆军军医大学第一附属医院中医与风湿免疫科);付新利(山东省中医药大学附属医院风湿免疫科);吕新亮(内蒙古自治区中医院风湿病科);朱跃兰(北京中医药大学东方医院风湿病科);刘英(山东中医药大学附属医院风湿免疫科);刘品莉(山西省中医药研究院血液风湿免疫科);刘健(安徽中医药大学第一附属医院风湿病科);刘维(天津中医药大学第一附属医院风湿免疫科);齐岩(北京同仁堂中医医院风湿病科);纪伟(南京中医药大学附属医院风湿病科);苏晓(上海市中医院风湿病科);李兆福(云南中医院大学第一附属医院风湿病科);李征(中国中医科学院望京医院风湿病科);李泽光(黑龙江中医药大学附属第一医院风湿病科);李振彬(解放军联勤保障部队第九八〇医院风湿免疫科);李娟(南方医科大学南方医院风湿病(中医)诊疗中心);李琴(青海省中医院风湿病科);李满意(河南风湿病医院中医内科);杨卫彬(中国中医科学院研究生院);吴庆军(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院风湿免疫科);何东仪(上海市光华中西医结合医院风湿免疫科);汪悦(江苏省中医院风湿免疫科);张华东(中国中医科学院广安门医院风湿病科);张俊莉(西安市第五医院风湿免疫科);张剑勇(深圳市中医院风湿病科);张海波(长春恒康中医院风湿科);周祖山(湖北省洪湖市中医院);庞学丰(广西中医药大学附属瑞康医院风湿免疫科);郑福增(河南省中医院风湿病科);孟庆良(河南省中医院风湿病科);赵凯(宁夏医科大学总医院中医科);赵钟文(福建中医药大学附属第二人民医院风湿内分泌科);姜泉(中国中医科学院广安门医院风湿病科);贾园(北京大学人民医院风湿免疫科);高明利(辽宁省中医院风湿病科);郭刚(河北以岭医院风湿免疫科);唐晓频(中国中医科学院广安门医院风湿病科);涂胜豪(华中科技大学同济医学院附





ACR 为美国风湿病学会；CRP 为 C 反应蛋白；ESR 为红细胞沉降率

图 1 纤维肌痛综合征(FMS)诊疗图

属同济医院中西医结合科；陶庆文(中日友好医院中医风湿病科)；黄清春(广东省中医院风湿科)；黄慈波(深圳大学附属平湖医院风湿免疫科)；曹炜(中国中医科学院望京医院风湿病科)；梁东风(解放军总医院第一医学中心风湿免

疫科)；梁翼(四川省骨科医院风湿骨关节病科)；彭江云(云南省中医医院风湿病中心)；董秋梅(内蒙古医科大学医学院)；喻建平(江西中医药大学附属医院风湿病科)；温成平(浙江中医药大学中医临床基础研究所)；雷鹏(陕西省人



民医院中医科);照日格图(新疆维吾尔自治区中医医院风湿免疫科);薛莺(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院风湿科)

证据评价小组名单:王健健(兰州大学公共卫生学院兰州大学循证医学中心);张娟娟(兰州大学公共卫生学院兰州大学循证医学中心);郭强强(兰州大学公共卫生学院兰州大学循证医学中心);兰慧(兰州大学公共卫生学院兰州大学循证医学中心);焦娟(中国中医科学院广安门医院风湿病科);彭秋伟(中国中医科学院广安门医院风湿病科);孙雨若(中国中医科学院广安门医院风湿病科);李阳(中国中医科学院广安门医院风湿病科);常甜(中国中医科学院广安门医院风湿病科);管津智(中国中医科学院广安门医院风湿病科);陈芊纯(中国中医科学院广安门医院风湿病科);王一燃(中国中医科学院广安门医院风湿病科);龙梅娟(中国中医科学院广安门医院风湿病科)

执笔:焦娟;韩曼(中国中医科学院广安门医院风湿病科);巩勋(中国中医科学院广安门医院风湿病科)

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] Wolfe F. Fibromyalgia wars[J]. J Rheumatol, 2009, 36(4): 671-678. DOI: 10.3899/jrheum.081180.
- [2] Häuser W, Ablin J, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia[J]. Nat Rev Dis Primers, 2015, 1: 15022. DOI: 10.1038/nrdp.2015.22.
- [3] Theoharides TC, Tsilioni I, Arbetman L, et al. Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments[J]. J Pharmacol Exp Ther, 2015, 355(2): 255-263. DOI: 10.1124/jpet.115.227298.
- [4] Diaz-Piedra C, Di Stasi LL, Baldwin CM, et al. Sleep disturbances of adult women suffering from fibromyalgia: a systematic review of observational studies[J]. Sleep Med Rev, 2015, 21:86-99. DOI: 10.1016/j.smrv.2014.09.001.
- [5] Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population [J]. Arthritis Rheum, 1995, 38(1): 19-28. DOI: 10.1002/art.1780380104.
- [6] Clauw DJ, Arnold LM, McCarberg BH, et al. The science of fibromyalgia[J]. Mayo Clin Proc, 2011, 86(9): 907-911. DOI: 10.4065/mcp.2011.0206.
- [7] Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, et al. The German fibromyalgia consumer reports-a cross-sectional survey [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2012, 13:74. DOI: 10.1186/1471-2474-13-74.
- [8] 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. DOI: 10.1002/art.38905.
- [9] Birtane M, Uzunca K, Taştekin N, et al. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey [J]. Clin Rheumatol, 2007, 26(5): 679-684. DOI: 10.1007/s10067-006-0359-2.
- [10] Tander B, Cengiz K, Alayli G, et al. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis[J]. Rheumatol Int, 2008, 28(9): 859-865. DOI: 10.1007/s00296-008-0551-6.
- [11] Ovayolu N, Ovayolu O, Karadag G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals[J]. Clin Rheumatol, 2011, 30(5):655-664. DOI: 10.1007/s10067-010-1604-2.
- [12] Da Costa D, Dobkin PL, Fitzcharles MA, et al. Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus[J]. J Rheumatol, 2000, 27(2):365-372.
- [13] Bennett RM, Schein J, Kosinski MR, et al. Impact of fibromyalgia pain on health-related quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen[J]. Arthritis Rheum, 2005, 53(4): 519-527. DOI: 10.1002/art.21319.
- [14] Jiao J, Cheng Z, Wang W, et al. Demographic characteristics and clinical features of fibromyalgia in China: across-sectional study[J]. Rheumatol Ther, 2021, 8(2):817-831. DOI: 10.1007/s40744-021-00303-1.
- [15] Zhang Y, Liang D, Jiang R, et al. Clinical, psychological features and quality of life of fibromyalgia patients: a cross-sectional study of Chinese sample[J]. Clin Rheumatol, 2018, 37(2): 527-537. DOI: 10.1007/s10067-017-3872-6.
- [16] 刘颖, 张华东, 李晶, 等. 纤维肌痛综合征的中医学病因病机探讨[J]. 北京中医药, 2014, 33(11): 834-835. DOI: 10.16025/j.1674-1307.
- [17] 高玉中. 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. DOI: 10.16305/j.1007-1334.
- [18] 焦娟, 殷海波, 冯兴华, 等. 纤维肌痛症中医病名探讨[J]. 中医杂志, 2019, 60(1): 20-23. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.01.006.
- [19] 刘书珍, 刘广西. 顺气活血汤合甘麦大枣汤治疗原发性纤维肌痛综合征 38 例[J]. 中医杂志, 2008, 49(10): 908. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2008.10.018.
- [20] 王维祥, 吴云川, 刘征堂, 等. 中医对纤维肌痛综合征病因病机浅析 [J]. 湖南中医药导报, 2003, (12): 8-9. DOI: 10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2003.12.004.
- [21] World Health Organization. WHO handbook for guideline development[M]. 2nd ed. Vienna: World Health Organization, 2014.
- [22] Chen Y, Yang K, Marušić A, et al. A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT Statement [J]. Ann Intern Med, 2017, 166(2): 128-132. DOI: 10.7326/M16-1565.
- [23] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J]. BMJ, 2017, 358: j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
- [24] 葛龙, 潘蓓, 潘佳雪, 等. 解读 AMSTAR-2——基于随机和(或)非随机对照试验系统评价的质量评价工具[J]. 中国药物评价, 2017, 34(5): 334-338.
- [25] Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. BMJ, 2011, 343: d5928. DOI:



- 10.1136/bmj.d5928.
- [26] Wells GA, Shea BJ, O'Connell D, et al. The Newcastle - Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta - analyses[S/OL]. [2021-10-28] http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf.
- [27] Moga C, Guo B, Schopflocher D, et al. Development of a quality appraisal tool for case series studies using a modified Delphi technique[R]. Edmonton AB: Institute of Health Economics, 2012.
- [28] Russell J. Management of pain in the fibromyalgia syndrome[J]. *J Arthritis*, 2018, 7: 4. DOI: 10.4172/2167-7921.1000273.
- [29] Mease P, Arnold LM, Choy EH, et al. Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct[J]. *J Rheumatol*, 2009, 36(10): 2318-2329. DOI: 10.3899/jrheum.090367.
- [30] 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. DOI: 10.1002/art.1780330203.
- [31] 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. DOI: 10.1002/acr.20140.
- [32] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria[J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2016, 46(3): 319-329. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
- [33] Usui C, Hatta K, Aratani S, et al. The Japanese version of the modified ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and the fibromyalgia symptom scale: reliability and validity[J]. *Mod Rheumatol*, 2013, 23(5): 846-850. DOI: 10.1007/s10165-012-0759-x.
- [34] Kang JH, An M, Choi SE, et al. Performance of the revised 2016 fibromyalgia diagnostic criteria in Korean patients with fibromyalgia[J]. *Int J Rheum Dis*, 2019, 22(9): 1734-1740. DOI: 10.1111/1756-185X.13661.
- [35] 尉国师, 周海核, 唐力. 原发性纤维肌痛综合征 113 例临床误诊分析[J]. 河北医学, 2013, 19(12):1845-1846.
- [36] Di Franco M, Iannuccelli C, Bazzichi L, et al. Misdiagnosis in fibromyalgia: a multicentre study[J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2011, 29(6 Suppl 69): S104-S108. DOI: 10.1186/1546-0096-9-34.
- [37] 周磊, 荣俊亮. 原发性纤维肌痛综合征长期误诊 1 例[J]. 实用内科杂志, 1992, 12(8):425.
- [38] 黄伟勇, 郑德泉. 纤维肌痛综合征长期误诊 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(3):627-628.
- [39] 陈培丽, 李玉玲. 误诊为强直性脊柱炎的纤维肌痛综合症 6 例[J]. 中国疼痛医学杂志, 2009, 15(1):60.
- [40] 焦娟. 纤维肌痛综合征诊治进展[J]. 临床荟萃, 2019, 34(4): 293-298.
- [41] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation[J]. *J Rheumatol*, 1991, 18(5):728-733.
- [42] Bennett RM, Friend R, Jones KD, et al. The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIIQ): validation and psychometric properties[J]. *Arthritis Res Ther*, 2009, 11(4):R120. DOI: 10.1186/ar2783.
- [43] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia[J]. *Ann Rheum Dis*, 2017, 76(2): 318-328. DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-209724.
- [44] Filoromo MA. Improving goal setting and goal attainment in patients with chronic noncancer pain[J]. *Pain Manag Nurs*, 2007, 8(2):96-101. DOI: 10.1016/j.pmn.2007.03.005.
- [45] Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, et al. Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises[J]. *Arthritis Rheum*, 2008, 59(7):952-960. DOI: 10.1002/art.23826.
- [46] Mease PJ, Clauw DJ, Christensen R, et al. Toward development of a fibromyalgia responder index and disease activity score: OMERACT module update[J]. *J Rheumatol*, 2011, 38(7): 1487-1495. DOI: 10.3899/jrheum.110277.
- [47] García-Ríos MC, Navarro-Ledesma S, Tapia-Haro RM, et al. Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic review[J]. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2019, 55(2): 301-313. DOI: 10.23736/S1973-9087.19.05524-2.
- [48] Luciano JV, Sabes-Figuera R, Cardeñosa E, et al. Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: an economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial[J]. *Clin J Pain*, 2013, 29(8): 702-711. DOI: 10.1097/AJP.0b013e318270f99a.
- [49] Rooks DS, Gautam S, Romeling M, et al. Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial[J]. *Arch Intern Med*, 2007, 167(20): 2192-2200. DOI: 10.1001/archinte.167.20.2192.
- [50] Hammond A, Freeman K. Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial[J]. *Clin Rehabil*, 2006, 20(10): 835-846. DOI: 10.1177/0269215506072173.
- [51] 焦娟, 韩曼, 付静思, 等. 从血虚肝郁论纤维肌痛综合征的病因病机[J]. 中医杂志, 2020, 61(23): 2107-2108, 2112.
- [52] van Ittersum MW, van Wilgen CP, Groothoff JW, et al. Is appreciation of written education about pain neurophysiology related to changes in illness perceptions and health status in patients with fibromyalgia[J]. *Patient Educ Couns*, 2011, 85(2): 269-274. DOI: 10.1016/j.pec.2010.09.006.
- [53] Camerini L, Camerini AL, Schulz PJ. Do participation and personalization matter? A model-driven evaluation of an Internet-based patient education intervention for fibromyalgia patients[J]. *Patient Educ Couns*, 2013, 92(2): 229-234. DOI: 10.1016/j.pec.2013.04.007.
- [54] Andrade A, Dominski FH, Sieczkowska SM. What we already know about the effects of exercise in patients with fibromyalgia: an umbrella review[J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2020, 50(6): 1465-1480. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2020.02.003.
- [55] Larkey L, Jahnke R, Etnier J, et al. Meditative movement as a category of exercise: implications for research[J]. *J Phys Act Health*, 2009, 6(2): 230-238. DOI: 10.1123/jpah.6.2.230.
- [56] 王本德. 太极拳的“风貌”[J]. 搏击, 2015, (7): 32-33.
- [57] Skelly AC, Chou R, Dettori JR, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review update[R]. Rockville (MD): Agency for



- Healthcare Research and Quality (US), 2020.
- [58] Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, et al. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 5(5): CD013340. DOI: 10.1002/14651858.CD013340.
- [59] Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis[J]. Ann Rheum Dis, 2013, 72(6): 955-962. DOI: 10.1136/annrheumdis-2011-201249.
- [60] Zhang XC, Chen H, Xu WT, et al. Acupuncture therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Pain Res, 2019, 12: 527-542. DOI: 10.2147/JPR.S186227.
- [61] Zech N, Hansen E, Bernardy K, et al. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Eur J Pain, 2017, 21(2): 217-227. DOI: 10.1002/ejp.933.
- [62] Conde-Antón Á, Hernando-Garijo I, Jiménez-Del-Barrio S, et al. Effects of transcranial direct current stimulation and transcranial magnetic stimulation in patients with fibromyalgia. A systematic review[J]. Neurologia (Engl Ed), 2020, S0213-4853(20)30278-4. DOI: 10.1016/j.nrl.2020.07.024.
- [63] Yuan SL, Matsutani LA, Marques AP. Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis[J]. Man Ther, 2015, 20(2): 257-264. DOI: 10.1016/j.math.2014.09.003.
- [64] Schulze NB, Salemi MM, de Alencar GG, et al. Efficacy of manual therapy on pain, impact of disease, and quality of life in the treatment of fibromyalgia: a systematic review[J]. Pain Physician, 2020, 23(5): 461-476.
- [65] Yeh SW, Hong CH, Shih MC, et al. Low-Level laser therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis[J]. Pain Physician, 2019, 22(3): 241-254.
- [66] Langhorst J, Musial F, Klose P, et al. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome--a meta-analysis of randomized controlled clinical trials[J]. Rheumatology (Oxford), 2009, 48(9): 1155-1159. DOI: 10.1093/rheumatology/kep182.
- [67] Fioravanti A, Manica P, Bortolotti R, et al. Is balneotherapy effective for fibromyalgia? Results from a 6-month double-blind randomized clinical trial[J]. Clin Rheumatol, 2018, 37(8): 2203-2212. DOI: 10.1007/s10067-018-4117-z.
- [68] 雍晨, 汪锐. 中医药治疗纤维肌痛综合征的网状 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(12): 2477-2483. DOI: 10.13192/j.issn.1000-1719.
- [69] Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, et al. Anticonvulsants for fibromyalgia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, (10): CD010782. DOI: 10.1002/14651858.CD010782.
- [70] Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 2014(4): CD007938. DOI: 10.1002/14651858.
- [71] Rodrigues-Amorim D, Olivares JM, Spuch C, et al. A systematic review of efficacy, safety, and tolerability of duloxetine[J]. Front Psychiatry, 2020, 11: 554899. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.554899.
- [72] Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, (1): CD007115. DOI: 10.1002/14651858.CD007115.pub3.
- [73] Häuser W, Wolfe F, Tölle T, et al. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis[J]. CNS Drugs, 2012, 26(4): 297-307. DOI: 10.2165/11598970-00000000-00000.
- [74] Häuser W, Urrútia G, Tort S, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, (1): CD010292. DOI: 10.1002/14651858.
- [75] Häuser W, Petzke F, Üçeyler N, et al. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis[J]. Rheumatology (Oxford), 2011, 50(3): 532-543. DOI: 10.1093/rheumatology/keq354.
- [76] Calandre EP, Rico-Villademoros F, Galán J, et al. Quetiapine extended-release (Seroquel-XR) versus amitriptyline monotherapy for treating patients with fibromyalgia: a 16-week, randomized, flexible-dose, open-label trial[J]. Psychopharmacology (Berl), 2014, 231(12): 2525-2531. DOI: 10.1007/s00213-013-3422-0.
- [77] Bernardy K, Klose P, Welsch P, et al. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Eur J Pain, 2018, 22(2): 242-260. DOI: 10.1002/ejp.1121.
- [78] Haugmark T, Hagen KB, Smedslund G, et al. Mindfulness-and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia-a systematic review and meta-analyses[J]. PLoS One, 2019, 14(9): e0221897. DOI: 10.1371/journal.pone.0221897.
- [79] Silverman SL, Backonja M, Pauer L, et al. Effect of baseline characteristics on the pain response to pregabalin in fibromyalgia patients with comorbid depression[J]. Pain Med, 2018, 19(3): 419-428. DOI: 10.1093/pain/pnx091.
- [80] Yuan Z, Chen Z, Xue M, et al. Application of antidepressants in depression: a systematic review and meta-analysis[J]. J Clin Neurosci, 2020, 80: 169-181. DOI: 10.1016/j.jocn.2020.08.013.
- [81] Bourgault P, Lacasse A, Marchand S, et al. Multicomponent interdisciplinary group intervention for self-management of fibromyalgia: a mixed-methods randomized controlled trial[J]. PLoS One, 2015, 10(5): e0126324. DOI: 10.1371/journal.pone.0126324.
- [82] Musekamp G, Gerlich C, Ehlebracht-Ki Nig I, et al. Evaluation of a self-management patient education programme for fibromyalgia-results of a cluster-RCT in inpatient rehabilitation[J]. Health Educ Res, 2019, 34(2): 209-222. DOI: 10.1093/her/cyy055.
- [83] D'Onghia M, Ciaffi J, Lisi L, et al. Fibromyalgia and obesity: a comprehensive systematic review and meta-analysis[J]. Semin Arthritis Rheum, 2021, 51(2): 409-424. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2021.02.007.
- [84] Migliorini F, Maffulli N, Eschweiler J, et al. BMI but not age and sex negatively impact on the outcome of pharmacotherapy in fibromyalgia: a systematic review[J]. Expert Rev Clin Pharmacol, 2021, 14(8): 1029-1038. DOI: 10.1080/17512433.2021.1929923.



- [85] D'Souza RS, Lin G, Oh T, et al. Fibromyalgia symptom severity and psychosocial outcomes in fibromyalgia patients with hypovitaminosis D: a prospective questionnaire study[J]. Pain Med, 2020, 21(12): 3470-3478. DOI: 10.1093/pain/pnz377.
- [86] Mirzaei A, Zabihiyeganeh M, Jahed SA, et al. Effects of vitamin D optimization on quality of life of patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial[J]. Med J Islam Repub Iran, 2018, 32: 29. DOI: 10.14196/mjiri.32.29.
- [87] Choy E, Perrot S, Leon T, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis[J]. BMC Health Serv Res, 2010, 10: 102. DOI: 10.1186/1472-6963-10-102.
- [88] Fang SC, Wu YL, Chen SC, et al. Subjective sleep quality as a mediator in the relationship between pain severity and sustained attention performance in patients with fibromyalgia[J]. J Sleep Res, 2019, 28(6): e12843. DOI: 10.1111/jsr.12843.
- [89] 于平. 改变不良睡眠习惯[J]. 中国老年, 2019, (21): 46-47.

·读者·作者·编者·

新闻报道中的部分禁用词

- 对有身体残疾的人士不使用“残疾人”“瞎子”“聋子”“傻子”“弱智”等蔑称，而应使用“残疾人”“盲人”“聋人”“智力障碍者”等词语。
- 报道各种事实特别是产品、商品时不使用“最佳”“最好”“最著名”等具有强烈评价色彩的词语。
- 医药报道中不得含有“疗效最佳”“根治”“安全预防”“安全无副作用”等词语，药品报道中不得含有“药到病除”“无效退款”“保险公司保险”“最新技术”“最先进制法”“药之王”“国家级新药”等词语。
- 对各民族，不得使用旧社会流传的带有污蔑性的称呼。不能使用“回回”“蛮子”等，而应使用“回族”等。也不能随意使用简称，如“蒙古族”不能简称为“蒙族”，“维吾尔族”不能简称为“维族”等。
- “穆斯林”是伊斯兰教信徒的通称，不能把宗教和民族混为一谈。不能说“回族就是伊斯兰教”“伊斯兰教就是回族”。报道中遇到“阿拉伯人”等提法，不要改称“穆斯林”。
- 香港、澳门是中国的特别行政区，台湾是中国的一个省。在任何文字、地图、图表中都要特别注意不要将其称作“国家”。尤其是多个国家和地区名称连用时，应格外注意不要漏写“国家(和地区)”字样。不得将海峡两岸和香港并称为“两岸三地”。
- “台湾”与“祖国大陆”或“大陆”为对应概念，“香港、澳门”与“内地”为对应概念，不得弄混。不得将台湾、香港、澳门与中国并列提及，如“中台”“中港”“中澳”等。可以使用“内地与香港”“大陆与台湾”或“京港”“沪港”“闽台”等。

[摘编自《编辑学报》2011, 23(4): 334]

本刊编辑部工作人员及联系方式

编辑部联系方式：电话：010-51322201, 010-51322206

投稿及稿件查询：登录《中华内科杂志》主页(www.emedicine.org.cn)点击“在线投稿”，或登录中华医学会杂志社远程稿件管理系统(cmaes.medline.org.cn)。

刘雪松, 010-51322207, Email: liuxuesong@cma.org.cn

赵景辉, 010-51322202, Email: zhaojh@cma.org.cn

胡朝晖, 010-51322208, Email: zhaohuihu@cma.org.cn

王蕾, 010-51322201, 51322218, Email: wanglei@cma.org.cn

