

纤维肌痛综合征诊治进展

焦娟

(中国中医科学院广安门医院 风湿病科, 北京 100053)

摘要: 纤维肌痛综合征, 也称纤维肌痛症, 是较为常见的风湿性疾病, 好发于 40 岁以上女性人群, 以全身弥漫性疼痛为主要特征, 常伴有疲劳、睡眠障碍、情绪紊乱和认知功能障碍等多种非特异性临床症状, 严重影响着患者的身心健康。在我国, 纤维肌痛综合征“鲜为人知”, 在医疗界和人民群众中得不到足够的认识, 患者在多个科室之间辗转求治, 往往导致正确诊断和治疗的延迟, 加大了患者的精神和经济负担。本文对本病的历版诊断/分类标准和最新治疗管理方法及其推荐意见予以介绍和解读, 以期促进我国纤维肌痛综合征诊治水平的提高。

关键词: 纤维肌痛; 慢性疼痛; 女性

中图分类号: R685 文献标志码: A 文章编号: 1004-583X(2019)04-0293-06

doi:10.3969/j.issn.1004-583X.2019.04.001

The overview of diagnosis and treatment of fibromyalgia syndrome

Jiao Juan

Department of Rheumatology, Guang'anmen Hospital, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100053, China

Corresponding author: Jiao Juan, Email: jiao.juan@hotmail.com

ABSTRACT: Fibromyalgia syndrome, also known as fibromyalgia, is a very common rheumatic disease, which mainly occurs in women over 40 years. As the main characteristic, the diffuse pain across the whole body often accompanied by fatigue, sleep disorders, mood disorders and cognitive impairment, and other nonspecific clinical symptoms, seriously affecting the patients' physical and mental health. In China, fibromyalgia syndrome is a "little known" disease and is generally not well understood by the medical community and the general public. In order to improve the level of diagnosis and management of fibromyalgia syndrome in China, this article introduces the American College of Rheumatology Research Criteria of fibromyalgia syndrome and the latest management methods.

KEY WORDS: fibromyalgia; chronic pain; femininity



焦娟, 医学博士, 硕士研究生导师, 第六批全国老中医药专家学术经验继承人, 中华中医药学会风湿病分会青年委员, 世界中医药学会联合会免疫病分会常务理事, 海协会风疫专业纤维肌痛综合征中西医研究学组常务委员。曾于美国梅奥医学中心纤维肌痛综合征研究组做访问学者, 回国后先后主持了多项纤维肌痛综合

征国家级和省部级课题, 作为第一作者和通讯作者发表核心期刊论文 20 余篇, 英文 SCI 收录论文 7 篇, 多次参加国际学术大会, 做大会交流。

纤维肌痛综合征, 也称纤维肌痛症, 是以全身弥漫性疼痛为主要特征的疾病, 严重影响患者的身心健康。本病较为常见, 好发于 40 岁以上女性人群^[1], 按照 1990 年美国风湿病协会发布的分类标

准, 男女比例约为 1 : 7^[2], 欧美国家患病率为 2%~8%^[1-3], 我国香港地区约为 1%^[4], 大陆和台湾地区尚缺乏流行病学报道。有研究发现, 随年龄增长, 本病患病率也随之越高, 50~60 岁女性中患病率高达 8%^[5]。发病机制方面, 目前仍然不清, 主流观点认为“中枢敏化”是本病的主要发病机制^[6]。

西方医学界对本病的认知经历了 400 余年的漫长过程。最早在 1592 年就出现了对本病的描述, 当时被称为肌肉风湿症^[7]; 此后一直到 1904 年才首次应用纤维组织炎来命名本病, 假设本病病理变化是结缔组织的炎症^[8]; 但在此后的 70 年间, 组织活检未能证实结缔组织的炎症变化^[9], 因此, 在 1976 年, 美国 Hench 教授提出以纤维肌痛综合征来代替纤维组织炎^[9]; 1977 年, 开展了关于本病压痛点的临床试验^[10]; 1987 年美国风湿病学会将本病划分为一种独立的疾病, 并于 1990 年发布了第一版分类标准, 特定部位压痛阳性成为其中的重要内容^[11]。

虽然距第一版分类标准的颁布已经过去近 30 年, 纤维肌痛综合征的诊断和治疗仍然面临着巨大

基金项目: 2018 年北京市科技计划首都临床特色应用研究——路氏八段锦与普瑞巴林治疗纤维肌痛症的疗效比较研究 (Z181100001718153)

通信作者: 焦娟, Email: jiao.juan@hotmail.com

的挑战。据国外报道,患者常需耗时2年以上、平均就诊于3.7个医生才能被正确诊断,有的患者甚至用了10年的时间才得以确诊^[12]。这种得不到正确诊断的情况,不可避免地导致了患者就诊次数的大幅增加^[13],同时在不同科室和医生的辗转求诊过程中,医疗费用可观,常给患者家庭带来沉重的经济负担和心理负担。据国外医疗保险数据分析,纤维肌痛综合征患者的医疗花费达罹患其他疾病患者的3倍之多^[14]。

纤维肌痛综合征作为一种“鲜为人知”的疾病,在我国医疗界和大众中普遍得不到足够的认识。有报道显示,我国本病的首诊误诊率高达87%^[15]。由于本病症状谱多样、又没有特异的实验室指标,同时一定比例的患者存在不同程度的焦虑和抑郁情绪,导致内科医生、甚至风湿病专科医生对本病的认识存在误区。中华医学会2010年第15届全国风湿病学术年会调查显示,约30%的医生认为本病应归属于心理或精神问题,仅有1/5参与调查的医生曾经治疗过本病患者^[16]。2016年,在中华中医药学会第20次全国风湿病学术会议上对中医风湿专科医生的调查显示,仍有20%的医生不清楚本病如何诊断^[17]。由此可推测,我国医生尤其是风湿病专科医生对纤维肌痛综合征的低认知水平,是本病漏诊、误诊和误治的重要原因之一。

国际上近年来对本病的认识也发展迅速。在本病的诊断/分类标准方面,相继有3版标准出台。首先,在2010年,为了避免压痛点检测的不便、降低本病诊断的难度,同时提高对疼痛以外的核心症状的重视,美国风湿病学会发布了纤维肌痛综合征诊断标准。新版标准取消了压痛点的检测,取而代之的是评估疼痛弥漫程度的“弥漫疼痛指数”和主要临床症状严重程度的“症状严重性量表”^[18]。此后,Wolfe等^[19-20]学者分别于2011年和2016年对此版诊断标准进行了两次修订,主要简化了躯体症状数量评分,并对躯体疼痛部位进行了5个区域的划分。在本病的管理治疗方面,欧盟、加拿大、德国和以色列先后颁布了纤维肌痛综合征的管理推荐^[21-22]。目前最新的管理指南是2016年欧洲抗风湿病联盟制定的修订版纤维肌痛综合征治疗管理指南,对当前应用于纤维肌痛综合征治疗的每一种药物/非药物疗法进行了详细的评估并附有推荐级别,其中文译文已于2017年12月在纸媒“医学参考报风湿免疫频道”上发表^[23],对新版指南的解读也于2018年1月发表在中华风湿病学杂志^[24]。

目前,国内已有学者为推进我国纤维肌痛综合

征诊治和研究水平的提高而努力。依托于中华中医药学会风湿病分会等学术组织的支持,于近年多次举办纤维肌痛综合征高级研修班和论坛,邀请了国内外专家系统地讲授纤维肌痛综合征的诊治及其研究方向和方法。本病以疼痛为主要症状,而其他的常见症状,如疲劳、睡眠障碍、情绪紊乱和认知功能障碍等,虽然并不像疼痛症状那样出现在每一位患者身上,但却严重影响着本病的诊断、治疗和预后。因此,在诊疗过程中,应特别重视本病的症状多样性和疾病复杂性。

1 纤维肌痛综合征核心临床表现

“弥漫性躯体疼痛”见于所有纤维肌痛综合征患者,是纤维肌痛综合征“最核心”的症状。这种躯体疼痛必须同时具有弥漫性($\geq 11/18$ 个压痛点或 $\geq 4/5$ 个疼痛区域)和慢性(持续3个月以上)的特点。需要注意的是,这种疼痛并非单纯的肌肉疼痛、神经性疼痛或抑郁症的躯体症状,常有许多患者,尤其是中老年女性患者出现机械性腰背痛,即腰背劳累后疼痛加重,和(或)伴有四肢内侧或外侧肌肉疼痛。

本病除了全身弥漫性关节肌肉疼痛症状外,常伴有多种非特异性症状^[25]。那么,在纤维肌痛综合征的众多临床表现中,哪一种或几种是它的核心表现,和本病最相关呢?曾有国外学者将本病的核心症状进行梳理,按照发生率高低依次为:弥漫性疼痛100%、睡眠障碍90%、疲劳80%、外周压痛点70%、肠易激惹症状30%~50%、膀胱易激惹症状12%;此外,本病常见临床症状还有认知障碍、头痛、晨僵、寒冷不耐受和心悸胸痛^[26],而本病伴抑郁的发生率为20%~40%,在患者一生中抑郁的发生率为58%~71%^[26]。

2 纤维肌痛综合征的诊断/分类标准沿革

应用时间最长、临床医生较为熟悉的本病诊断标准是美国风湿病学会1990年版纤维肌痛综合征的分类标准^[11]。在这一标准中有两个条件:①持续3个月以上的全身性疼痛;②18个压痛点中至少有11个部位疼痛。同时满足以上两个条件者,可诊断为纤维肌痛综合征。继发于各种风湿病,如骨关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、白塞综合征等,及非风湿性疾病,如甲状腺功能低下、恶性肿瘤等,则诊断为继发性纤维肌痛症。

这版标准中提到全身性疼痛和压痛点的概念。全身性疼痛即分布于躯体两侧、上下部及中轴,包括颈项、前胸、后背或腰部等部位的广泛性疼痛。压痛点是采用拇指按压(按压力约为4 kg/cm²,使得检查者拇指指甲变白,恒定压力几秒钟)特定部位,这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;同时还要使用相同方法按压前额中部、前臂中部、手指中节指骨、膝关节内外侧等部位,以排除“伤痛”。

由于1990年版标准中压痛点检测的不便,为了降低本病诊断的难度,同时提高对疼痛以外的核心症状的重视,美国风湿病学会于2010年发布了新版纤维肌痛综合征诊断标准,以“弥漫疼痛指数”和“症状严重性量表”来界定患者疼痛的普遍性和非特异症状的多寡以及严重程度,而取消了压痛点的检测^[18]。

在这一版标准中,弥漫疼痛指数将全身划分为19个部位,计算过去1周内出现疼痛的部位总个数,总分为19分,部位包括:左右颌部,左右肩胛带区,左右上臂,左右前臂,左右腕部(髁区,大转子),左右大腿,左右小腿以及颈部,背部,腰部,胸部和腹部。症状严重性量表总分12分,评价疲劳、睡醒后仍觉困乏、认知症状这3大核心症状在过去1周内的严重程度;同时还对本病其他躯体症状出现的数量进行计分,包括肌肉疼痛、肠激惹综合征、乏力/疲劳、思维或记忆问题、肌无力、头痛、腹痛/痉挛、麻木、头晕、失眠、抑郁、便秘、上腹痛、恶心、紧张、胸痛、视物不清、发热、腹泻、口干、瘙痒、喘鸣、Raynaud's现象、风团、耳鸣、呕吐、烧心、口腔溃疡、味觉改变、抽搐、眼干、憋气、食欲丧失、皮疹、光过敏、听力障碍、易出现瘀斑、脱发、排尿次数增多、排尿疼痛及膀胱痉挛共41种。患者如果符合下列3个条件,则满足纤维肌痛综合征诊断标准:①弥漫疼痛指数 ≥ 7 和症状严重性量表评分 ≥ 5 或弥漫疼痛指数3~6和症状严重性量表评分 ≥ 9 ,②症状出现并维持相当的水平至少3个月,③患者没有用其他可以解释疼痛的疾病。这一版标准中的41种非特异临床症状数目繁多,给临床应用带来了困难。

2011年,美国风湿病学会发布纤维肌痛综合征患者自评量表,即将2010版中弥漫疼痛指数和症状严重性量表的标准转为患者自评,并将2010版中的41项非特异症状简化为头痛、下腹部疼痛或绞痛、心情压抑和(或)忧郁3项,以帮助医生进行判断^[19]。患者通过单页自评问卷对全身骨骼肌肉疼痛部位以及疲乏、睡眠障碍、认知障碍、相关躯体症状进行诊

前自评。2010/2011版标准仍需除外其他引起疼痛的疾病,这就有可能造成漏诊,如一些风湿性疾病患者同时合并纤维肌痛综合征的情况,对累及多部位的肌筋膜疼痛综合征,还易造成误诊,因而,这版标准常作为2010年版医生评价诊断分类标准的补充,不推荐独立用于纤维肌痛综合征的临床诊断。

为更好地区分纤维肌痛综合征与局部疼痛综合征,2016年,美国风湿病学会再次发布纤维肌痛综合征的修订诊断标准^[20],将弥漫疼痛指数中的19个部位划分为5个区域,并要求5个区域内至少4个区域出现疼痛,并将诊断标准的第一条中“弥漫疼痛指数3~6”调整为“弥漫疼痛指数4~6”;同时指出纤维肌痛综合征的诊断与其他疾病的诊断无关,并不排除其他临床重要疾病的存在。2016版修订标准综合了1990年分类标准、2010/2011年诊断标准的优点,以疼痛涉及的“区域”替代疼痛“部位”,简化躯体症状类型,明确评价方式,并且不再排除其他临床重要疾病的存在。

在纤维肌痛综合征的诊断/分类标准的不断修订中可以看出:①本病的疼痛一定是全身性的,5个区域内至少4个区域出现疼痛(不包括颌部、胸部、腹部);②疼痛及疲乏、睡眠障碍等症一定是慢性的,要求持续在相同水平至少3个月以上;③仅有疼痛症状和压痛点并不充分,一定要关注本病的6大核心症状:疼痛、压痛、睡眠障碍、疲劳、患者躯体功能下降和精神情感的异常,以及患者对自身症状严重程度的评价;④本病诊断无需排除其他临床重要疾病的存在。

3 目前纤维肌痛综合征的治疗方法

《新版欧洲抗风湿联盟纤维肌痛综合征治疗管理推荐意见》是在对涉及纤维肌痛症治疗的药物以及非药物疗法的系统评价以及Meta分析进行评估的基础上制定(见表1)^[24]。评估的主要疗效指标包括疼痛、疲劳、睡眠质量和日常功能,采用评估、发展和评价系统对目前用于治疗本病的每一种药物以及非药物治疗进行了详细的评估并且提供了推荐等级;形成推荐等级时,主要考虑了非药物或药物疗法所涉及的临床试验数量、患者数量、涵盖的症状种类、文献的质量以及疗效的可信度、不良反应以及治疗费用等因素。推荐治疗方法的力度包含:强推荐、弱推荐、弱反对和强反对。表中“强推荐”意味着,应向所有或几乎所有的患者推荐该项治疗。“弱推荐”意味着应向大多数人推荐该项治疗。所有成员将对推荐治疗的认同程度进行评分,“0”代表完全不同意,“10”代表完全同意。因此指南中对各项推荐治

疗的最后认同度(0~100%)反映了委员会成员对评分在 7 及 7 以上治疗手段的表决结果,例如,对于有氧和力量锻炼,100%的成员对其评分都是≥7,所以认同度为 100%一致^[23]。

表 1 2016 年欧洲抗风湿联盟给出的纤维肌痛综合征药物与非药物治疗的 10 条意见

建议	证据等级	分级	推荐强度	一致性 (%)
首要原则				
最佳管理要求及时诊断。全面了解纤维肌痛症需要综合评估疼痛、功能、社会心理状况。其异常的疼痛进程和其他伴发的特征使得纤维肌痛症应当被视为一种复杂且具有多样性的疾病。总之,纤维肌痛症的管理需要以渐进的方法进行。	IV	D		100
纤维肌痛症的管理旨在提高与健康相关的生活质量,平衡益处和治疗风险,治疗是根据疼痛强度、功能、相关特征(如抑郁)、疲劳、睡眠障碍和患者意愿以及合并症,结合非药物和药物治疗的多学科方法与患者共同制定的。最初的管理应集中在非药物治疗。	IV	D		100
具体建议				
非药物治疗				
有氧和力量性锻炼	Ia	A	强	100
认知行为治疗	Ia	A	弱	100
多元治疗	Ia	A	弱	93
已确定的物理治疗:针灸或水疗	Ia	A	弱	93
冥想运动治疗(气功、瑜伽、太极)和基于注意力的减压治疗	Ia	A	弱	71~73
药物治疗				
阿米替林(小剂量)	Ia	A	弱	100
度洛西汀或米那普伦	Ia	A	弱	100
曲马多	Ib	A	弱	100
普瑞巴林	Ia	A	弱	94
环苯扎林	Ia	A	弱	75

3.1 纤维肌痛综合征的首要治疗原则 目前纤维肌痛综合征的治疗应以提高患者生活质量为目的,诊断要及时,具体治疗方案应采取循序渐进的步骤,在医生与患者共同决定的基础上制定。首先是患者教育,即向患者提供疾病的具体介绍,并且对患者的疼痛、体感和心理状态进行综合评估。治疗方面,基于实用性、费用、安全性和患者意愿等考虑,首先推荐采用非药物治疗(锻炼);如果无效,进一步的治疗则应根据患者的具体情况考虑以下治疗方法:心理治疗(用于伴有情绪障碍或对应对措施无效的患者),药物治疗(用于有严重疼痛或睡眠障碍的患者),以及(或)多元化康复治疗(用于严重失能的患者),疾病的诊疗流程图 1^[23-24]。

3.2 纤维肌痛综合征的非药物治疗 非药物治疗方面,考虑到锻炼在疼痛、体感和健康方面的效果以及其实用性、相对低花费、没有安全隐患方面的优势,目前首选锻炼,包括有氧锻炼与力量训练,都可以改善疼痛和提高躯体功能^[23-24]。

其次推荐^[23-24]:①针灸,作为标准治疗的辅助治

疗,可以使患者得到改善 30%疼痛的受益,电针也可以改善疼痛和疲乏;②认知行为治疗,在缓解疼痛和改善失能方面有疗效,并且效果持续较长时间;③水疗法/温泉疗法,中位数为 4 小时的水疗(时间范围 200~300 分钟)有改善疼痛的作用,并且可以维持较长时间(中位数:14 周),水疗法和温泉疗法具有相类似的效果;④冥想运动,包括太极、瑜伽、气功和身体觉醒疗法,总治疗时间为 12~24 小时,对睡眠和疲劳有改善,其中部分疗效可以长期维持;⑤关注力/心身治疗,关注力引导的减压疗法可以在治疗后立即改善疼痛症状;⑥多元治疗,在治疗后立即减轻疼痛和疲劳,但效果短暂。

如上述非药物治疗方法无明显疗效时,根据患者需求,可以建议予以个体化治疗^[23-24]。心理治疗(弱推荐)可考虑用于伴有情绪障碍或对应对措施无效的患者;认知行为治疗能中度、长期地减轻疼痛、改善失能状态和情绪障碍;多元化的康复项目可用于严重失能的患者,与单一的治疗相比,多元化的治疗可在一定程度上短期改善症状。

由于患者数量少、试验规模小、对照措施不当、试验质量低下,甚至研究结果并不一致、缺乏足够证据来评估疗效和安全性等原因,不推荐使用的非药物疗法有生物反馈、辣椒素、催眠疗法、按摩、S-腺苷基蛋氨酸、整脊疗法、意象引导疗法和顺势疗法,以及电热和光疗、植物热疗法、音乐治疗,记日记或讲故事和静态磁疗法^[23-24]。

3.3 纤维肌痛综合征的药物治疗 本病的药物治疗应当在严重疼痛(建议应用度洛西汀、普瑞巴林、曲马多)或睡眠障碍(建议应用阿米替林、环苯扎林、普瑞巴林)的患者中考虑应用,推荐使用的药物有^[23-24]:①阿米替林,低剂量服用可以改善疼痛[疼痛程度可以下降 30%的需要治疗人数(NNT)为 3.54]、睡眠质量,并在改善疲乏方面有轻度疗效。②抗惊厥药普瑞巴林,具有改善疼痛的效果(疼痛程度可以下降 30%的 NNT 为 9),并在改善疲乏、睡眠质量方面有轻微疗效,在改善躯体功能方面没有疗效。③血清去甲肾上腺素再摄取抑制剂度洛西汀和米那普伦,度洛西汀在减轻疼痛方面有效,并有轻度改善睡眠和改善躯体功能的疗效,但在改善疲乏方面无效;米那普伦可以减轻疼痛,并对疲乏、躯体功能有轻度疗效,对改善睡眠质量无效;④曲马多,弱阿片样药物,可以改善疼痛程度;⑤环苯扎林,对疼痛的治疗无效,在治疗 12 周后有改善睡眠的轻微疗效。

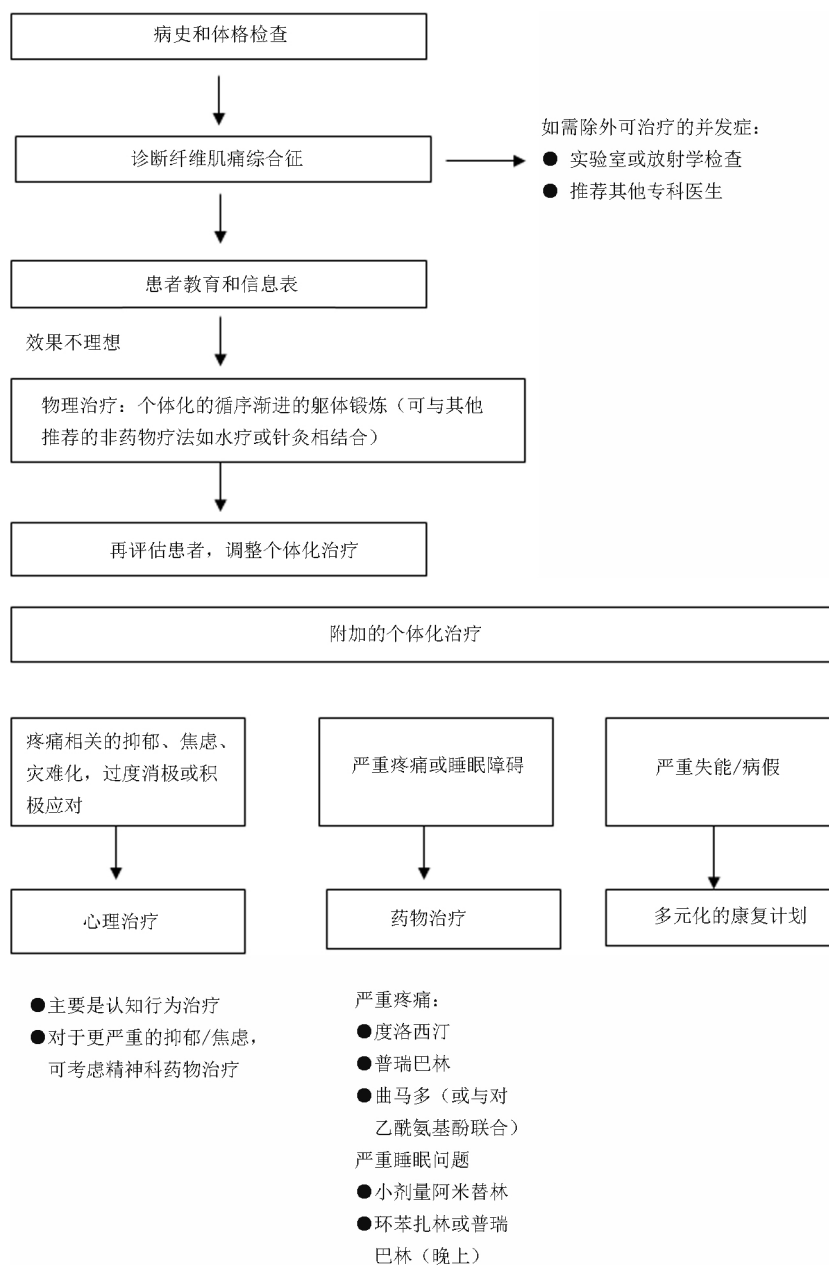


图1 纤维肌痛综合征诊疗流程

鉴于缺乏疗效、安全问题和所基于临床研究的样本量及质量问题,不建议使用以下药物治疗本病,包括^[23-24]:①单胺氧化酶抑制剂,在改善疼痛上有中等疗效,在改善疲乏和睡眠方面无效,但有报道发生危及生命的相互作用;②选择性血清素再摄取阻断剂,对于疼痛、睡眠有中等程度的效果,但是对于疲乏无效。③非甾体抗炎药,并未显示出治疗作用;④生长激素,有缓解疼痛作用,在改善躯体功能方面没有见到满意疗效,而药物安全性方面仍需考虑(发生睡眠障碍,腕管综合征);⑤羟丁酸钠,对于疼痛程度,睡眠问题和疲乏症状仅有轻微疗效。由于样本量小等问题,目前建议抗惊厥药加巴喷丁仅在本病的研究中使用。

由于缺乏糖皮质激素、强阿片类、大麻酚类和抗精神病药物有效性的临床证据,目前不建议使用,尤其是强阿片类和糖皮质激素这两种存在高风险的不良反应和成瘾性的药物。

随着近年纤维肌痛综合征多个版本的修订诊断标准的出台,使得本病的诊断易于广大医护人员的掌握,有利于本病的及时诊断和正确诊断。在本病的治疗中,一定要注重因人而治,根据患者具体病情和条件开展非药物治疗和选择药物进行治疗。非药物治疗为目前的一线治疗,应向所有初诊的患者推荐,当无明显效果时,应根据患者的具体病情和需要进行个性化治疗,其中可能包括药物治疗。

目前国外学者尝试了众多的非药物和药物方法

来治疗本病,取得了一定的疗效。众多周知,中医药复方治疗在缓解本病多种非特异症状方面具有明显的优势,笔者尝试应用中医药方法治疗本病,包括中药和中医非药物疗法(中国养生气功八段锦和针灸),使很多患者的躯体疼痛得以减轻,甚至缓解,前期进行的临床随机对照试验初步证实我国养生气功八段锦具有缓解本病疼痛、减轻睡眠障碍、疲乏和抑郁情绪的作用^[27]。然而,治疗领域仍然有很多亟待解决的问题,比如在同等条件下,患者应如何选择不同的非药物疗法?非药物和药物联合疗法的联合是否比单一治疗更有效?纤维肌痛综合征患者是否有能预测治疗应答与否的特征?当纤维肌痛综合征与炎症性关节炎合并时,该如何治疗?这些与治疗方案的制定密切相关的问题都值得我国学者进一步研究。

参考文献:

- [1] Rusu C, Gee ME, Lagace C, et al. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in Canada: prevalence and associations with six health status indicators[J]. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 2015, 35(1): 3-11.
- [2] 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.
- [3] Queiroz LP. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia[J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2013, 17(8): 356.
- [4] Scudds RA, Li KM, Scudds RJ. The Prevalence of Fibromyalgia Syndrome in Chinese People in Hong Kong[J]. *J Musculoskelet Pain*, 2006, 14(2): 3-11.
- [5] Campos RP, Vázquez Rodríguez MI. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated[J]. *Clin Rheumatol*, 2012, 31(2): 347-355.
- [6] Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review[J]. *Jama*, 2014, 311(15): 1547-1555.
- [7] Ruhman W. The earliest book on rheumatism[J]. *Bri J rheumatol*, 1940, 2: 140-162.
- [8] Gowers WR. A Lecture On Lumbago: Its Lessons And Analogues[J]. *Bri Med J*, 1904, 1(2246): 117-121.
- [9] No authors listed. Twenty-second rheumatism review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974[J]. *Arthritis Rheum*, 1976, 19(6 SUPPL): 973-1223.
- [10] Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, et al. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls[J]. *Semin Arthritis Rheum*, 1981, 11(1): 151-171.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] Hughes G, Martinez C, Myon E, et al. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice[J]. *Arthritis Rheum*, 2010, 54(1): 177-183.
- [14] Berger A, Dukes E, Martin S, et al. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome[J]. *Int J Clin Pract*, 2007, 61(9): 1498-1508.
- [15] 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.
- [16] Mu R, Li C, Zhu JX, et al. National survey of knowledge, attitude and practice of fibromyalgia among rheumatologists in China[J]. *Int J Rheum Dis*, 2013, 16(3): 258-263.
- [17] 焦娟, 张柔曼, 姜泉. 中医风湿专科医生对纤维肌痛症认知水平的调查[J]. *中医杂志*, 2017, 58(20): 1740-1742.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. [EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia] [J]. *Semergen*, 2017, 43(6): 472-473.
- [22] Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, et al. Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 2013: 485272.
- [23] 焦娟, 贾园, 吴庆军, 等(译). 欧洲抗风湿病联盟纤维肌痛症治疗管理指南(2017年修订版)[N]. *医学参考报风湿免疫频道*, 2017-12-16.
- [24] 焦娟, 贾园, 吴庆军, 等. 解读 2017 年欧洲抗风湿病联盟纤维肌痛治疗管理建议[J]. *中华风湿病学杂志*, 2018, 22(1): 67-70.
- [25] Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, et al. Fibromyalgia[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2015, 1: 15022.
- [26] Mease P, Arnold LM, Choy EH, et al. fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct[J]. *J Rheumatol*, 2009, 36(10): 2318-2329.
- [27] Jiao J, Russell IJ, Wang W, et al. Ba-Duan-Jin alleviates pain and fibromyalgia-related symptoms in patients with fibromyalgia: results of a randomised controlled trial[J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2019 Feb 15. [Epub ahead of print]

收稿日期: 2019-03-19 编辑: 王秋红