

白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽的随机双盲对照临床研究

马荣, 高荣林*, 齐文升, 杨秀捷, 杨忆熙

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053)

摘要 目的 评价白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽的临床疗效及安全性。方法 将 70 例感染后咳嗽内有郁热、外邪未尽证患者随机分为中药组和对照组各 35 例, 中药组采用白牛宣肺汤和孟鲁司特钠片模拟剂口服, 对照组采用白牛宣肺汤模拟剂和孟鲁司特钠片口服, 疗程均为 7 天, 随访 7 天。随访结束后评价临床疗效及安全性。结果 中药组日间咳嗽症状评分、夜间咳嗽症状评分及视觉模拟咳嗽症状积分 (VAS 积分) 均较治疗前明显降低 ($P < 0.001$), 且日间咳嗽评分、VAS 积分均较对照组降低显著 ($P < 0.05$)。中药组临床疗效愈显率为 90.91%, 对照组为 62.50%, 中药组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。中药组治疗后综合症状评分较治疗前明显降低 ($P < 0.001$), 且中药组较对照组降低更显著 ($P < 0.01$)。中药组止咳起效时间、咳嗽缓解时间和咳嗽痊愈时间均明显短于对照组 ($P < 0.01$)。中药组复发率为 12.50%, 对照组为 40.00%, 中药组复发率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者均未出现不良事件。结论 白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽临床疗效显著, 且复发率低、安全性好。

关键词 感染后咳嗽; 白牛宣肺汤; 清热宣肺; 随机对照试验; 双盲法; 安慰剂对照

感染后咳嗽是指病毒、细菌、支原体等病原体导致的上呼吸道感染, 在感染得到有效控制后, 咳嗽仍迁延不愈, 病程可持续 3~8 周, 甚至更长时间。有调查显示, 在感冒高发季节, 咳嗽的发病率可为平时的 1~5 倍^[1]。虽然感染后咳嗽有一定的自愈性, 但长期的剧烈咳嗽易发展成慢性咳嗽, 或出现呼吸系统、心血管系统、泌尿生殖系统等并发症, 而现代医学多采用止咳等对症治疗, 但病情易于反复, 严重者可影响患者的社会生活和工作。我们在长期临床观察中发现感染后咳嗽的证型多为内有郁热、外邪未尽。本研究采用随机、双盲、双模拟、阳性药物和安慰剂的临床研究设计, 评价白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽的临床疗效和安全性。本研究通过中国中医科学院广安门医院伦理委员会批准, 批准文号: 2015EC095。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《咳嗽的诊断与治疗指南 (2015 版)》^[2]和文献^[3]制定: 有上呼吸道感染

病史; 上呼吸道感染急性期症状消失后, 咳嗽仍迁延不愈, 表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰, 时间持续 3~8 周; 血常规正常, X 线胸片检查正常; 肺通气功能正常, 气道激发试验阴性; 血清总 IgE 检测正常; 排除其他引起咳嗽的病因。

中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]及《24 个专业 105 个病种中医诊疗方案 (合订本试行版)》^[5]并结合临床经验制定内有郁热、外邪未尽证的辨证标准。主症: 阵发性咳嗽, 咽痛, 咽痒引咳或咽干; 兼次症: 少痰或无痰, 咯痰不畅, 或有夜咳, 饮酒、进食辛辣食品或遇气候变化等刺激引起咳嗽加重, 口干苦, 小便黄, 面赤, 大便正常或干; 舌象: 舌红, 苔薄白或黄白; 脉象: 脉浮数或弦数。具备主症及兼次症中的 2 项或以上, 并符合舌象、脉象表现者即可诊断。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断标准及中医辨证标准; 日间咳嗽症状计分 ≥ 3 分和/或夜间咳嗽症状计分 ≥ 3 分^[6]; 年龄 18~65 岁; 签署知情同意书者。

1.3 排除标准

合并重症心脑血管病、肝肾功能不全、血液系统疾患及精神病患者; 慢性支气管炎、嗜酸粒细胞

基金项目: 中国中医科学院基本科研业务自主选题课题 (ZZ0908006)

* 通讯作者: mr2015doctor@sina.com

性支气管炎、咳嗽变异性哮喘、胃食管返流病等引起的咳嗽或其他肺部疾病者；过敏体质或对本研究应用药物过敏者；妊娠期、哺乳期或意向妊娠妇女；怀疑或确有烟草、酒精、药物滥用史者；近 3 个月内服用过 ACEI 类降压药；1 个月内参加过其他临床试验者。

1.4 脱落标准

受试者中途自行要求退出试验；临床观察过程中发生不良事件、因身体状况不宜继续受试者。

1.5 剔除标准

进入临床试验观察后发现有不符纳入标准者；未按试验要求按时服药者；违反试验方案，未经允许服用其他止咳药物者；在观察中自然脱落且无法判定疗效及安全性或无任何可利用数据者。

1.6 一般资料

收集 2015 年 11 月至 2017 年 1 月中国中医科学院广安门医院急诊、普通门诊及咳嗽专题门诊患者 70 例。患者随机分配至中药组和对照组各 35 例。随机盲法的设计分二级设盲，一级盲底为病例随机编号所对应的组别及所对应的药物编号，二级盲底为组别的相应处理，随机应用 SAS 8.2 统计软件编程实现，采用区组随机。中药组药物与对照组药物采用完全一致的包装，统一制作与药物编号一一对应的应急信件，盲底分别单独密封保存。病例收集结束，建立数据库并锁定数据后一级揭盲，进行统计分析，完成统计报告后进行二级揭盲。入选 70 例中剔除 3 例（中药组 1 例，对照组 2 例）。中药组纳入 34 例，女 21 例，男 13 例；年龄 20 ~ 63 岁，平均年龄（41.50 ± 10.21）岁；病程 22 ~ 46 天，平均病程（26.07 ± 11.53）天。对照组纳入 33 例，女 19 例，男 14 例；年龄 23 ~ 63 岁，平均年龄（43.39 ± 13.72）岁；病程 22 ~ 45 天，平均病程（25.83 ± 13.32）天。两组患者一般情况比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

中药组给予白牛宣肺汤，组成：炙麻黄 10 g，僵蚕 10 g，蝉蜕 10 g，牛蒡子 10 g，桃仁 9 g，苦杏仁 9 g，前胡 10 g，荆芥穗 9 g，薄荷 9 g，蜜紫菀 10 g，蜜百部 10 g，芦根 30 g，桑白皮 10 g，甘草 6 g，每日 1 剂，分 2 次口服；孟鲁斯特钠片模拟剂（由淀粉、糊精及食用色素组成，模拟外观、重量与孟鲁斯特钠片相似），10 mg，1 次/日，以上药

物由中国中医科学院广安门医院药剂科制备。

对照组：白牛宣肺汤模拟剂（由水和白牛宣肺汤原药物的 1/10 组成，以保证既没有药效作用，又可以模拟外观、颜色和气味口感与原药相似的效果，由中国中医科学院广安门医院药剂科制备），每日 1 剂，分 2 次口服；孟鲁斯特钠片（由杭州默沙东制药有限公司提供，批号：国药准字 J20130047），10 mg，1 次/日。

两组疗程均 7 天，随访 7 天。合并用药：若患者既往有慢性病如高血压病、冠心病、糖尿病等可继续服用相关疾病治疗用药。在试验期间，不得使用其他治疗感染后咳嗽的药物。

受试者填写基本信息，测量生命体征，进行胸片、心电图、血常规、二便常规、血清 IgE、肝肾功能检测并记录结果。观察医生按每位患者就诊顺序和药物编号发放药品，记录病例报告表后，由患者带日志卡回家按要求填写，每 3 日电话随访 1 次，填写病例报告表相关内容。7 天后（第 8 天）复诊，复查血象、二便常规、肝肾功能等项目，进行止咳疗效、综合症状评分和安全性评价。电话随访 7 天，进行止咳时间及复发情况评价。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 止咳疗效 1) 咳嗽症状积分^[8]，分为日间和夜间咳嗽症状计分；2) 视觉模拟咳嗽症状积分（VAS，采取 100 mm 法），对患者咳嗽严重程度进行自我评价。

2.2.2 综合症状评分^[9] 1) 咳嗽评分：重度，昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响工作和睡眠（6 分）；中度，介于轻重之间（4 分）；轻度，间断咳嗽，不影响正常生活和工作（2 分）；无咳嗽（0 分）。2) 咽痒评分：明显，痒即咳嗽（4 分）；轻微，不引起咳嗽（2 分）；无咽痒（0 分）。3) 咽干评分：有咽干（1 分）；无咽干（0 分）。4) 咽痛评分：有咽痛（1 分）；无咽痛（0 分）。5) 咯痰评分：痰稍多，难以咯出（3 分）；少量痰，稍难咯出（2 分）；极少量痰，易于咯出（1 分）；无（0 分）。6) 小便评分：有小便黄（1 分），无小便黄（0 分）。7) 口干评分：口干明显（3 分）；口干（2 分）；极少口干（1 分）；无（0 分）。8) 大便评分：大便干燥（2 分）；大便稍干，每日 1 行，便时延长（1 分）；正常（0 分）。9) 遇风或寒则咳，或食辛辣燥热之品则咳：无（0 分）；有（1 分）。舌象、脉象详细记录，不计分。

2.2.3 止咳时间^[7-8] 1) 止咳起效时间: VAS 积分改善 30% 以上即为起效, 起效所需最短时间即为起效时间; 2) 咳嗽缓解时间: 从服药开始至咳嗽缓解的时间 (日间或夜间咳嗽症状计分 ≤ 2 分, 持续 48 h); 3) 咳嗽痊愈时间: 从服药开始到咳嗽消失的时间。

2.2.4 复发情况^[7-8] 1) 复发率: 复发例数 / (缓解例数 + 痊愈例数); 2) 咳嗽复发次数: 指从开始服药起, 到咳嗽症状缓解 (日间或夜间咳嗽症状计分 ≤ 2 分, 持续 48 h), 又再度出现日间或夜间咳嗽症状计分 ≥ 3 分的次数。

2.2.5 安全性评价 治疗前后进行血、尿、便常规及肝、肾功能检测; 记录患者在临床试验过程中的不良事件。

2.3 疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[9] 和《中医病证诊断疗效标准》^[10] 制定, 咳嗽疗效采用视觉模拟评分法 (VAS) 法评定, VAS 改善率 = (治疗后 VAS - 治疗前 VAS) / 治疗前 VAS $\times 100\%$, 痊愈: VAS 改善率 $\geq 95\%$; 显效: VAS 改善率 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$; 有效: VAS 改善率 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$; 无效: VAS 改善率 $< 30\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计分析软件进行分析, 计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 数据为正态分布时, 治疗前后采用配对 t 检验, 两组间用两独立样本 t 检验或校正的 t 检验, 非正态分布者采用秩和检验; 计数资料用 χ^2 检验; 等级资料采用秩和检验。均采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

两组各有 1 例中途退出试验, 最终完成病例 65 例, 其中中药组 33 例, 对照组 32 例。

3.1 两组患者治疗前后咳嗽症状积分比较

表 1 两组感染后咳嗽患者治疗前后咳嗽症状积分和 VAS 积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	日间咳嗽积分	夜间咳嗽积分	VAS 积分
中药组	治疗前	33	3.72 $\pm$ 0.71	3.61 $\pm$ 1.39	6.69 $\pm$ 1.51
	治疗后	33	0.30 $\pm$ 0.52 ^{*Δ}	0.48 $\pm$ 1.60 [*]	0.54 $\pm$ 1.00 ^{*Δ}
对照组	治疗前	32	3.41 $\pm$ 0.87	3.38 $\pm$ 1.36	6.15 $\pm$ 1.05
	治疗后	32	0.81 $\pm$ 0.99 [*]	0.56 $\pm$ 1.07 [*]	1.31 $\pm$ 1.71 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.001$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 1 示, 两组日间、夜间咳嗽积分、VAS 积分

均较治疗前明显降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。治疗后中药组日间咳嗽积分、VAS 积分均较对照组明显改善, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但夜间咳嗽积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.2 两组患者临床疗效比较

表 2 示, 中药组临床疗效愈显率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组感染后咳嗽患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显
中药组	33	24 (72.72)	6 (18.18)	2 (6.06)	1 (3.04)	30 (90.91)
对照组	32	17 (53.13)	3 (9.37)	10 (31.25)	2 (6.25)	20 (62.50)

3.3 两组患者综合症状评分比较

表 3 示, 两组治疗后综合症状评分均较本组治疗前明显降低 ($P < 0.001$), 而中药组综合症状评分较对照组降低更显著, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 3 两组感染后咳嗽患者治疗前后综合症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	综合症状评分
中药组	治疗前	33	14.69 $\pm$ 2.17
	治疗后	33	1.66 $\pm$ 1.38 ^{*Δ}
对照组	治疗前	32	13.53 $\pm$ 3.42
	治疗后	32	3.68 $\pm$ 3.14 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.001$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

3.4 两组患者止咳时间比较

表 4 示, 中药组止咳起效时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.001$)。中药组咳嗽缓解时间和咳嗽痊愈时间明显短于对照组 ($P < 0.01$)。

表 4 两组感染后咳嗽患者止咳起效时间、咳嗽缓解时间及咳嗽、痊愈时间比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	止咳起效时间	咳嗽缓解时间	咳嗽痊愈时间
中药组	33	2.84 $\pm$ 0.66 ^{**}	3.66 $\pm$ 1.21 [*]	6.15 $\pm$ 1.69 [*]
对照组	32	5.09 $\pm$ 2.56	6.06 $\pm$ 3.44	8.31 $\pm$ 3.85

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$, ** $P < 0.001$

3.5 两组患者随访时复发情况比较

中药组 33 例, 复发 4 例, 复发率为 12.50%, 复发次数为 (0.15 $\pm$ 0.36) 次; 对照组 32 例, 复发 12 例, 复发率为 40.00%, 复发次数为 (0.78 $\pm$ 1.12) 次, 中药组复发率明显低于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义。

3.6 安全性评价

中药组和对照组用药后生命体征、实验室理化检查均在正常范围,在整个临床观察过程中未发生与研究药物有关的不良事件。

4 讨论

中医学在数千年的实践中对咳嗽的诊治积累了丰富的经验。感染后咳嗽属于中医学“外感咳嗽”“久咳”“风咳”“顽咳”的范畴。由于现代人生活和工作节奏较快,精神压力大,思虑过度,情志不遂,加之劳逸失度,熬夜起居不慎,这些不良的生活方式都会影响人体气机的正常运行,导致气滞不畅,郁久则化热,郁热之邪内伏于体内,伺机而发。体内有郁热伏邪的患者,感受外邪后,正邪抗争,若邪胜正不足,或是治不得法外邪未尽,或是滥用大量抗生素、清热解毒中药等苦寒之品,或是误服养阴滋腻止咳敛肺之品,极易耗伤正气和郁遏邪气,使邪气伏留于肺,若外邪引动隐匿之郁热伏邪,使邪不能达解,则扰于肺,肺失宣降,肺气上逆发为咳嗽。故而我们提出感染后咳嗽的病机特点为郁热内伏、外邪束肺、肺失宣降。在治疗上遵循“火郁发之”的原则,治以宣肺透邪、清透郁热为主兼以宣降气机,以求恢复肺主气、主宣发肃降、宣散卫气、输布津液的功能,从而邪去正安。

在临床上我们采用白牛宣肺汤治疗喉源性咳嗽已近十余年^[1],并在此方基础上化裁用于治疗各种难治性咳嗽,疗效显著^[1]。本方以僵蚕、蝉蜕、牛蒡子、炙麻黄宣肺散邪、化痰止咳为君;苦杏仁、桃仁、前胡下气祛痰止咳为臣;荆芥、薄荷、紫菀、百部祛风散邪、利咽止咳为佐;芦根、桑白皮以宣肺清肺,清透热邪而不伤正,甘草调和诸药为使。本方配伍特点一是辛凉之中反佐少量辛温之品,既有利于透邪,又有助于宣畅气机;二是宣散外邪与清透郁热之品相配,具有透邪解表、透散郁热,兼以升降气机之功。本研究结果显示,白牛宣肺汤组可以明显降低感染后咳嗽患者日间咳嗽计分、VAS 积分和综合症状评分;在止咳时间方面,白牛宣肺汤组止咳起效时间快,咳嗽缓解时间和痊愈时间均明显短于对照组;同时中药组的复发率及复发次数均明显低于对照组,说明白牛宣肺汤可以明显缓解感染后咳嗽患者咳嗽、咯痰、咽痒、咽痛等症状,且安全性好、不易复发。目前西医尚缺乏公认有效的治疗药物^[2],亦有临床研究显示孟鲁司特钠治疗感染后咳嗽有一定的临床疗效^[13-14]。

孟鲁司特钠是一种强效的白三烯受体拮抗剂,能有效阻断白三烯与其受体结合,抑制气道炎症,减轻气道高反应,从而缓解感染后咳嗽的症状^[7],故西药对照药选择了孟鲁司特钠片。本研究结果显示两组均能明显减低患者夜间咳嗽症状评分,虽然中药组减低趋势更显著,但两组比较差异无统计学意义,说明两组改善夜间咳嗽症状评分方面疗效相当。

综上所述,白牛宣肺汤治疗感染后咳嗽临床疗效显著,且在止咳方面有一定优势,明显缩短了病程,改善了患者临床症状,同时还具有复发率低、安全等特点,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 曹照龙. 感染后咳嗽 [J]. 中国临床医生杂志, 2007, 35 (1): 13-14.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.
- [3] BRAMAN SS. Postinfectious cough ACCP evidence-based clinical practice guidelines [J]. Chest, 2006, 129(1 Suppl): 138S-146S.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 17.
- [5] 国家中医药管理局医政司. 24 个专业 105 个病种中医诊疗方案(合订本试行版) [M]. 北京: 国家中医药管理局, 2012: 71-78.
- [6] 赖克方. 咳嗽严重度界定与咳嗽激发试验 [J]. 中国实用内科杂志, 2006, 26(1): 15-17.
- [7] 吴蕾. 中医药辨治感染后咳嗽的临床研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2011: 14.
- [8] 季坤. 祛风宣肺方治疗感染后咳嗽的疗效观察及对气道神经源性炎症的作用研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2013: 46.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [10] 刘凯军. 白牛宣肺汤治疗喉源性咳嗽 [J]. 北京中医, 1999(1): 18-19.
- [11] 卢建新, 提桂香, 章波. 高荣林治疗咳嗽经验 [J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(8): 82-83.
- [12] 赖克方, 钟南山. 慢性咳嗽 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1-3.
- [13] 王迪, 于丽娜. 孟鲁司特治疗成人感染后咳嗽的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(7): 11-12.
- [14] 韩志耘. 孟鲁司特钠片治疗感染后咳嗽 75 例 [J]. 医药前沿, 2011, 23(1): 189-190.
- [15] 程绪梅, 潘峰. 孟鲁司特钠联合氨茶碱治疗感染后咳嗽临床观察 [J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(2): 272-273.
- [16] 沈瑶, 金美玲, 白春学. 慢性咳嗽和白三烯受体拮抗剂 [J]. 国际呼吸杂志, 2007, 27(7): 528-530.

7] HAN J, JIA Y, TAKEDA K, et al. Montelukast during primary infection prevents airway hyperresponsiveness and inflammation after reinfection with respiratory syncytial

virus [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2010, 182(4): 455-463.

A Double Blind, Randomized Controlled Trial on *Bainiu Xuanfei Decoction* (白牛宣肺汤) in Treating Postinfectious Cough

MA Rong, GAO Ronglin, QI Wensheng, YANG Xiujie, YANG Yixi

(Guang'anmen Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053)

ABSTRACT Objective To evaluate the clinical efficacy and safety of *Bainiu Xuanfei Decoction* (白牛宣肺汤) in treating postinfectious cough. **Methods** Seventy postinfectious cough patients with syndrome of endogenous stagnated heat and remaining exogenous pathogen were randomly divided into a Chinese medicine group and a control group, with 35 cases in each group. Chinese medicine group was given *Bainiu Xuanfei Decoction* and montelukast sodium tablet simulants orally. The control group was given *Bainiu Xuanfei Decoction* simulants and montelukast sodium tablets orally. Both groups were treated for 7 days and followed up for 7 days. Clinical efficacy and safety were evaluated after follow-up. **Results** After treatment, daytime and night cough symptom scores and visual analogue scale (VAS score) in Chinese medicine group were all obviously lower than those before treatment ($P < 0.001$). Daytime cough symptom scores and VAS score in Chinese medicine group were all obviously lower than those in control group ($P < 0.05$). The effective rate in Chinese medicine group was 90.91%, which was obviously higher than 62.50% in control group ($P < 0.05$). After treatment, overall symptom score in Chinese medicine group was obviously lower than that before treatment ($P < 0.001$). Composite symptom score in Chinese medicine group was obviously lower than that in control group ($P < 0.01$). The onset time of stopping the cough, remission time of cough and healing time of cough in Chinese medicine group were all obviously shorter than those in control group ($P < 0.01$). Recurrence rate in Chinese medicine group was 12.50%, which was lower than 40.00% in control group ($P < 0.05$). There were no adverse events in the two groups. **Conclusion** *Bainiu Xuanfei Decoction* seems to have notable curative effect, low recurrence rate and good security in the treatment of postinfectious cough.

Keywords postinfectious cough; *Bainiu Xuanfei Decoction*; clearing heat and ventilating lung qi; randomized controlled trial; double blind; placebo

(收稿日期: 2017-04-13; 修回日期: 2017-07-10)

编辑: 柴倩云

(上接第 1742 页)

Investigation on Cognitive Levels of Chinese Medicine Rheumatologists on Fibromyalgia

JIAO Juan, ZHANG Rouman, JIANG Quan

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053)

ABSTRACT Objective To investigate the cognitive level of Chinese medicine rheumatologists on fibromyalgia by conducting questionnaire survey. **Methods** An anonymous questionnaire survey was adopted to record the basic information of doctors, examine condition that how doctors master the classification and pathogenesis of fibromyalgia, and investigate the cognition of doctors on common Chinese medical syndromes of this disease. **Results** Three hundred and twenty six questionnaires were issued, and 201 valid questionnaires were collected. Among 201 doctors who answered the questionnaires appropriately, 162 (80.6%) knew one version of classification standard at least, and 88 (43.8%) knew the pathogenesis of this disease. Doctors involved in the investigation supposed that the most common syndrome of this disease is stagnation of liver Qi, Qi stagnation and blood stasis syndrome. There were still 20% of the doctors without knowledge of how to diagnose the disease, and more than 50% of the doctors not knowing the pathogenesis of this disease. **Conclusion** In the present, cognitive level of Chinese Medicine rheumatologists in China on fibromyalgia is rather low. Skills of treatment and diagnosis of this disease need to be improved.

Keywords fibromyalgia; rheumatism; specialist; cognitive level; questionnaire survey

(收稿日期: 2017-04-25; 修回日期: 2017-06-14)

编辑: 柴倩云