

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.20.008

中医风湿专科医生对纤维肌痛症认知水平的调查

焦娟, 张柔曼, 姜泉*

(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 通过问卷调查了解中医风湿专科医生对纤维肌痛症的认知水平。方法 采用匿名问卷调查的形式, 记录医生基本信息, 考察医生对纤维肌痛症分类标准和发病机理的掌握情况, 调查医生对本病常见中医证候的认知情况。结果 发放 326 份调查问卷, 回收有效问卷 201 份, 其中 162 名医生 (80.6%) 至少知晓一版分类标准, 88 名医生 (43.8%) 知晓本病发病机理, 参与调查的医生认为本病最常见证候为肝气郁结证和气滞血瘀证。仍有 20% 的医生不清楚本病如何诊断, 而超过 50% 的医生不清楚本病的发病机理。结论 目前我国中医风湿专科医生对纤维肌痛症的认知水平较低, 诊治本病的水平有待提高。

关键词 纤维肌痛症; 风湿病; 专科医生; 认知水平; 问卷调查

纤维肌痛症 (fibromyalgia, FM) 是一种特发性的风湿病, 以全身广泛性疼痛为主要特征, 常伴有疲劳、睡眠障碍、认知功能障碍等多种非特异性症状^[1], 患者生活质量明显下降^[2], 相较于其他风湿性疾病, 本病患者更感痛苦^[3-5]。目前欧美国家人群患病率为 2%~4%^[6], 韩国人群患病率为 2%^[7], 香港特别行政区人群患病率为 1%^[8], 我国大陆地区尚缺乏全面的流行病学资料。

与高患病率相左的是, 医生对该病仍存在认识不足、忽视诊治的情况, 直接导致了该病的高漏诊、误诊现象, 被称为“医学界中最被低估的疾病”。据国外报道, 相当一部分患者是在症状持续了很长时间、看过多个医生后才得到确诊^[9]。而我国近年的报道显示, 本病的首诊误诊率高达 87%^[10]。由于本病症状繁杂、缺乏特异的实验室阳性指标, 许多医生对本病存在误区。在 2010 年第 15 届全国风湿病学术年会上对我国风湿病专科医生的调查显示, 约 30% 的医生认为本病应归属于心理或精神问题^[11]。为了解中医风湿专科医生对本病的认知水平, 我们在 2016 年中华中医药学会第 20 次全国风湿病学术会议上进行了问卷调查, 现将结果公布如下。

1 研究方法

1.1 调查对象来源

参加 2016 年中华中医药学会第 20 次全国风湿病学术会议纤维肌痛症研修班的学员, 共计 326 人。

1.2 调查问卷的设计

本研究采用匿名问卷调查的形式, 共设置 16 个题目, 分为 3 个部分。第一部分记录中医风湿专科医生基本信息, 包括年龄、性别、工作地点、工作单位、工作年限、职称及教育背景, 共 7 个题目。第二部分以多选题的形式考察医生对纤维肌痛症的分类标准和发病机理的了解掌握情况。第三部分询问医生对纤维肌痛症常见中医证候的认知情况。填写过程大约需要 5 min。

在第二部分的题目设置上, 其选项来源于目前行业内公认的纤维肌痛症分类标准, 即 1990 年^[12]和 2010 年美国风湿病协会分类标准^[13], 以多选题的形式询问两版分类标准中的具体内容。在发病机理的题目中, 采用了多选题的形式询问本病主要病理机制和常见的异常实验室指标。

本问卷第三部分询问了医生所认为的常见中医证候类型, 由于目前缺乏对纤维肌痛症中医证候的流行病学调查, 所列中医证候类型是根据已发表的中医专业论文中所提及的证候分型设立, 包括: 外感风寒证、肝气郁结证、脾虚湿阻证、胆胃不和证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证^[13-14]。

基金项目: 首都特色临床应用研究项目 (Z141107002514094)

* 通讯方式: doctorjq@126.com, (010) 88001132

2 结果

2.1 调查对象一般情况

调查对象共计 326 人, 回收问卷 201 份 (61.7%), 其中, 男性 106 人 (52.7%), 女性 95 人 (47.3%)。来自全国 26 个省市自治区, 其中最多的为江苏省 (45 人, 22.4%), 其后依次为北京市 (31 人, 15.4%)、河南省 (23 人, 11.4%)、上海市 (21 人, 10.4%)、浙江省 (15 人, 7.5%); 平均工作年限 12.0 年; 除 4 人 (2.0%) 未填写学历外, 其余专科 3 人 (1.5%)、本科 39 人 (19.4%)、硕士 114 人 (56.7%) 及博士 41 人 (20.4%); 职称分布: 初级 32 人 (15.9%)、中级 60 人 (29.9%)、副高级 41 人 (20.4%) 和正高级职称 32 人 (15.9%), 此外有 36 人 (17.9%) 未填写职称情况; 除 12 人 (6.0%) 未填写工作单位, 44 人 (21.9%) 未填写正确单位名称外, 127 人 (63.2%) 来自三级医院, 10 人 (5.0%) 来自二级医院。

201 名医生中, 仅有 65 人 (32.3%) 知晓美国风湿病协会 1990 年和 2010 年两版分类标准和发病机理, 其中博士 19 人 (占博士总人数 46.3%), 硕士 31 人 (占硕士总人数 27.2%); 从职称情况看正高级 19 人 (占正高级总人数 59.4%), 副高级 15 人 (占副高级总人数 12.2%), 中级 21 人 (占中级总人数 35.0%), 初级 5 人 (占初级总人数 15.6%)。

2.2 对纤维肌痛症分类标准的掌握情况

201 名医生中, 至少知晓一版分类标准的医生有 162 人 (80.6%), 两版分类标准都知晓的医生有 128 人 (63.7%), 仍然有 38 名 (18.9%) 医生对两版分类标准都不知晓, 其具体教育水平和职称分布情况见表 1、表 2。

表 1 不同教育水平医生知晓纤维肌痛症分类标准的情况 [例 (%)]

教育水平	例数	知晓 1990 版 分类标准	知晓 2010 版 分类标准	都知晓	都不知晓
博士	41	6 (1.5)	1 (2.4)	31 (75.6)	3 (7.3)
硕士	114	16 (14.0)	6 (5.3)	67 (58.8)	25 (21.9)
学士	39	2 (5.1)	1 (2.6)	27 (69.2)	9 (23.1)
专科	3	1 (33.3)	0	1 (33.3)	1 (33.3)

注: 有 4 名医生未提供教育水平信息

2.3 对纤维肌痛症发病机理的掌握情况

在是否知晓本病发病机理的题目中, 参与调查的 201 名医生中有 100 人 (49.8%) 填写知晓, 但在

表 2 不同职称医生知晓纤维肌痛症分类标准的情况 [例 (%)]

职称	例数	知晓 1990 版 分类标准	知晓 2010 版 分类标准	都知晓	都不知晓
正高	32	2 (6.3)	0	26 (81.3)	4 (12.5)
副高	41	5 (12.2)	3 (7.3)	29 (70.7)	4 (9.8)
中级	60	7 (11.7)	2 (3.3)	45 (75.0)	6 (10.0)
初级	32	6 (18.8)	2 (6.3)	15 (46.9)	9 (28.1)

注: 有 36 名医生未提供职称信息

随后常见实验室异常指标的多选题中, 只有 88 人 (43.8%) 选择正确。因此, 认为真正知晓本病发病机理的医生人数为 88 人。在这 88 人中, 有 1 人未提供学位信息, 9 人未提供职称信息, 其余博士 23 人 (占博士总人数 56.1%), 硕士 50 人 (占硕士总人数 43.9%), 学士 14 人 (占学士总人数 35.9%), 专科 0 人; 从职称情况看正高 17 人 (占正高总人数 21.9%), 副高 19 人 (占副高总人数 22.0%), 中级职称 27 人 (占中级总人数 45.0%), 初级职称 16 人 (占初级总人数 50.0%)。

2.4 对纤维肌痛症常见中医证候的认识情况

问卷第三部分是针对中医风湿专科医生对纤维肌痛症的中医证候类型认知的多项选择题。参与调查的医生认为常见中医证候类型依次为肝气郁结证 (141 人次, 25.1%), 气滞血瘀证 (134 人次, 23.9%), 外感风寒证 (79 人次, 14.1%), 肝肾阴虚证 (78 人次, 13.9%), 脾虚湿阻证 (71 人次, 12.7%) 和胆胃不和证 (58 人次, 10.3%)。

3 讨论

参加本次调查的中医风湿病专科医生中, 有 77.1% 的硕士、博士学历和 36.3% 的中级、高级职称医生, 平均工作年限 12.0 年, 可以认为其所具学历、职称相对较高, 临床经验较为丰富。本次调查结果显示, 80.6% 的医生至少知晓一版分类标准, 43.8% 的医生知晓本病的发病机理。仅有 32.3% 的医生同时知晓两版分类标准和发病机理, 以具有博士学位和正高级职称的医生所占比例最大。但是仍有 1/5 的医生不知道纤维肌痛症如何诊断, 而超过半数的医生不知道本病的发病机理, 说明我国中医风湿病专科医生诊治本病的水平仍然有待提高。但需注意, 此次参与调查的医生人数有限, 此结果并不能完全代表全国中医风湿病专科医生对纤维肌痛症的认知程度。

国际、国内学界已经意识到医生对纤维肌痛症

这一疾病的低认知水平,并进行了多次调查。2005 年法国对 1560 名风湿科及全科医生的调查显示,86.7% 认为纤维肌痛症是一个独立的疾病,35.9% 熟悉美国风湿病协会的分类标准,并有 11.8% 的人接受过纤维肌痛症的培训^[13]。东南亚也有相关报道,2007 年调查了 108 名风湿科专科医生后发现,83% 的人熟悉美国风湿病协会的分类标准,60% 的人接受过纤维肌痛症的培训^[14]。而国内西医同行也在 2010 年对 707 人风湿病专科医生进行了调查,65.5% 的人声称熟悉美国风湿病协会的分类标准,但仅有 20% 的医生曾经治疗过纤维肌痛症患者^[11]。与国外调查结果相比较,我们不难发现,除了强于 10 余年前的法国调查结果(但不应忽略法国调查对象有相当一部分是全科医生,而非风湿专科医生),我国风湿专科医生对本病的认知水平远低于 10 年前的东南亚地区。此次调查也显示我国中医风湿病专科医生对本病的认知水平与 6 年前国内西医同行水平基本持平,提示急需提高中医风湿病专科医生对纤维肌痛症的认知水平。

本次调查第三部分是针对中医风湿专科医生对纤维肌痛症临床常见中医证候类型认知的多项选择题。参与调查的医生认为肝气郁结证和气滞血瘀证是纤维肌痛症最为常见的证候类型。而这两种证型是不是实际临床中的主要证型,还需要开展中医证候流行病学调查,寻找本病的证候分布及演变规律,进一步指导中医治疗以提高疗效。

纤维肌痛症并非罕见性疾病,但国内关于患病率和中医证候分布规律相关数据的缺失和我国风湿病专科医生的低认知水平,直接会导致大量患者的长期漏诊、误诊和误治,提高风湿专科医生对纤维肌痛症的诊治水平工作任重而道远。

参考文献

- [1] 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.
- [2] CAMPOS RP, VAZQUEZ RODRIGUEZ MI. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated [J]. *Clin Rheumatol*, 2012, 31(2): 347-355.
- [3] TANDER B, CENGİZ 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] HÄUSER W, ABLIN J, FITZCHARLES MA, et al. Fibromyalgia [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2015, 1: 15022. doi: 10.1038/nrdp.2015.22.
- [7] KIM SH, BAE GR, LIM HS. Prevalence and risk factors of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain in two communities in Korea—first report in Korean [J]. *J Korean Rheum Assoc*, 2006, 13(1): 18-25.
- [8] ROGER AS, EDMUND KML, RHONDA JS. The prevalence of fibromyalgia syndrome in Chinese people in Hong Kong [J]. *J Musculoskeletal Pain*, 2006, 14(2): 3-11.
- [9] DI FRANCO M, IANNUCELLI C, BAZZICHI L, et al. Misdiagnosis in fibromyalgia: a multicentre study [J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2011, 29(6 Suppl 69): S104-S108.
- [10] 尉国师,周海核,唐力.原发性纤维肌痛症 113 例临床误诊分析 [J]. *河北医学*, 2013, 19(12): 1845-1846.
- [11] RONG M, CHUN L, JIA-XIN Z, 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.
- [12] LEE JW, BAE SH, JEONG JW, et al. Hypoxia-inducible factor (HIF-1) alpha: its protein stability and biological functions [J]. *Exp Mol Med*, 2004, 36(1): 1-12.
- [13] 曲源.纤维肌痛症的辨证施治 [J]. *实用中医内科杂志*, 2010, 24(7): 27-28.
- [14] 宋敏,刘宗权,宋志靖,等.纤维肌痛症中医临床研究进展 [J]. *中国中医药信息杂志*, 2013, 20(12): 106-108.
- [15] BLOTMAN F, THOMAS E, MYON E, et al. Awareness and knowledge of fibromyalgia among French rheumatologists and general practitioners [J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2005, 23(5): 697-700.
- [16] ARSHAD A, KONG KO. Awareness and perceptions of fibromyalgia syndrome: a survey of southeast asian rheumatologists [J]. *J Clin Rheumatol*, 2007, 13(2): 59-62.

(下转第 1759 页)

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